

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 254 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ	TARRAGO GIL ROSA	2016_1064	F	16/02/2018	PREVENCION DE LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ)
Z3	AMB	USM DELICIAS	GIL HERNANDEZ MARIA NIEVES	2016_0567	S1	20/12/2017	ATENCION GRUPAL EN PACIENTES CON TMG EN EL CSM DELICIAS
Z3	AMB	USM DELICIAS	MORALES ROZAS ANA BELEN	2016_0569	S1	20/12/2017	ELABORACION DE UN REGISTRO DE LA SITUACION LEGAL Y SOCIOLABORAL DE LOS PACIENTES CON TMG EN CSM DELICIAS
Z3	AP	CS ALAGON ADMISION Y DOCUMENTACION	SANAGUSTIN RIAZUELO ALFONSO	2016_1677	F	06/02/2018	DEMANDA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS ALAGON	MAINAR LATORRE MARIA PILAR	2016_1070	F	30/01/2018	OPORTUNIDAD DE MEJORA EN EL REGISTRO OMI. CIERRE DE ORDENES MEDICAS
Z3	AP	CS ALAGON	LUÑO GARCIA BENITO	2016_1340	S1	08/02/2018	CONSEJO DE SALUD.-PROMOCION DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS
Z3	AP	CS ALAGON	ABELLO BLASCO PIEDAD	2016_1386	F	10/01/2019	MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON EPOC Y ASMA ADULTOS
Z3	AP	CS ALAGON	MARTINEZ FRAILE PILAR	2016_1542	S1	12/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA
Z3	AP	CS BOMBARDA ADMISION Y DOCUMENTACION	OÑA RAMOS ANA MARIA	2016_1678	F	09/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS BOMBARDA	RENALES SOLER ISABEL	2016_1625	F	13/01/2018	GESTION DE RIESGOS. MATERIAL SANITARIO SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS BOMBARDA	LOBERA NAVAZ MARIA PILAR	2016_1633	S1	25/01/2018	APOYO A LA LACTANCIA Y MASAJE INFANTIL
Z3	AP	CS BOMBARDA	GUTIERREZ MORENO FELIX	2016_1645	S1	14/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION SANITARIA EN ADULTOS. EAP BOMBARDA
Z3	AP	CS BOMBARDA	MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL	2016_1647	F	23/01/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA
Z3	AP	CS BOMBARDA	ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL	2016_1654	S1	14/02/2018	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD: RCP BASICA
Z3	AP	CS BORJA	GAYARRE JORGE RAIMUNDA	2016_1638	F	08/02/2018	GESTION DE RIESGOS:MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS BORJA	GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO	2016_1646	S1	14/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP BORJA
Z3	AP	CS BORJA	GARIJO BARSELO MERCEDES	2016_1664	S1	11/12/2017	PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA
Z3	AP	CS BORJA	ESTEBAN JIMENEZ OSCAR	2016_1664	F	11/05/2018	PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA
Z3	AP	CS BORJA	PABLO OCON LUIS DANIEL	2016_1680	F	15/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS CARIÑENA	MARTINEZ CUÑADO ANA ISABEL	2016_0370	S1	16/01/2018	ATENCION EN DOMICILIO: LAVAR, SECAR, DESINFECTAR Y TAPAR; REVISION DE CADUCIDADES DE FÁRMACOS; REVISION DEL BOTIQUIN DOMICILIARIO
Z3	AP	CS CARIÑENA	LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA	2016_0659	F	14/01/2018	ARCHIVO DEFINITIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES FALLECIDOS. SALVAGUARDA Y CUSTODIA DE DATOS DEL PACIENTE,CUMPLIMIENTO LEY DE PROTECCION DE DATOS,MEJORA EN PROCESO ORGANIZATIVO DE DOCUMENTACION
Z3	AP	CS CARIÑENA	MINGUEZ MARTIN CRISTINA	2016_1133	F	11/12/2017	MEJORA INTEGRAL EN EL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA
Z3	AP	CS CARIÑENA	REDONDO COLLADO MARIA	2016_1627	F	26/01/2018	GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA
Z3	AP	CS CARIÑENA	SANCHO ARIÑO VIRGINIA	2016_1667	S1	26/01/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS CAJETAS ADMISION Y DOCUMENTACION	PENON GIMENO ANA MARIA	2016_1686	S1	17/01/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS CAJETAS	CAMATS FRANCO MARIA CARMEN	2016_1331	S1	29/01/2018	GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CAJETAS
Z3	AP	CS CAJETAS	NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES	2016_1641	S1	04/12/2017	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS CAJETAS	MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA	2016_1648	S1	18/01/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CAJETAS
Z3	AP	CS CAJETAS TRABAJO SOCIAL	SANCHEZ MATEO OLGA	2016_1630	S2	22/01/2018	TALLER PARA CUIDADORES "CUIDAR Y CUIDARSE"
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	DEL CAMPO PASTOR	2016_1631	S1	05/02/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 254 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		ADMISION Y DOCUMENTACION	ABELARDO				URGENCIAS
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE ADMISION Y DOCUMENTACION	CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA	2016_1665	F	05/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	GONZALEZ MIR MARIA FE	2016_1302	S1	20/12/2017	EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN EL ANCIANO FRAGIL
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	PINILLA LAFUENTE MARINA	2016_1617	S1	20/12/2017	ADECUACION EN LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EAP DELICIAS NORTE
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	DEL CAMPO PASTOR ABELARDO	2016_1631	F	12/02/2019	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	TORRES ORTEGA ALBA	2016_1640	S1	16/02/2018	GRUPO DE LACTANCIA-CRIANZA
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	JIMENEZ DOMINGUEZ BLANCA	2016_1362	S1	07/02/2018	EDUCACION MATERNA PRE-PARTO
Z3	AP	CS DELICIAS SUR ADMISION Y DOCUMENTACION	CALLEN POLO JOAQUIN	2016_1662	F	16/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL	2016_0403	S1	14/02/2018	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2016-2017
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	GALINDO MORALES GEMA	2016_0430	F	28/12/2017	PUESTA EN MARCHA DE UNA ESCUELA DE ESPALDA CON CONTENIDO TEORICO-PRACTICO EN TODAS LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	VAL LECHUZ BELEN	2016_1399	S1	14/02/2018	GRUPO DE LACTANCIA Y CRIANZA EN DELICIAS-SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	AGUIRRE ABADIA NOELIA MARIA	2016_1415	S1	19/01/2018	PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN AMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	AGUIRRE ABADIA NOELIA MARIA	2016_1415	S3	20/02/2019	PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN AMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	LACLETA LORENTE ROSA MARIA	2016_1636	S1	19/01/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	GONZALEZ RUBIO FRANCISCA	2016_1650	S1	14/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SAINITARIA EAP DELICIAS SUR
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS ADMISION Y DOCUMENTACION	GARCIA YESTE MIGUEL	2016_1688	S1	16/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS	BLASCO CASTELLO LUCIA CONSUELO	2016_1547	F	28/12/2017	PROMOCION DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE LA Z.B.S. DE EJE DE LOS CABALLEROS EN 2017. REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE EJE DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS	SORINAS DELGADO NOELIA	2016_1622	F	14/02/2018	GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS	VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR	2016_1705	S1	08/02/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS EPILA ADMISION Y DOCUMENTACION	GRACIA ANDRES MERCEDES	2016_1691	S1	12/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS EPILA	SANZA PILAS JESUS	2016_1420	S1	29/01/2018	INSTRUCCION DEL MANEJO DEL DESA Y SOPORTE VITAL BASICO EN LA POBLACION DE EPILA Y LA MUELA
Z3	AP	CS EPILA	GRACIA CERVERO ETHEL	2016_1421	S1	26/01/2018	INSTRUCCION EN EL MANEJO DE UNA OVACE (OBSTRUCCION VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO) EN LACTANTES Y NIÑOS
Z3	AP	CS EPILA	SERRABLO REQUEJO SERGIO	2016_1682	S1	13/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA
Z3	AP	CS EPILA	SANCHEZ NUÑEZ JAVIER	2016_1685	S1	15/02/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS GALLUR	BERNAL GARCIA ALICIA	2016_0204	F	18/01/2018	REVISION DEL PACIENTE POLIMEDICADO MAYOR DE 75 AÑOS
Z3	AP	CS GALLUR	CHICOTE ABADIA BEGOÑA	2016_1419	S1	23/01/2018	DIABETES Y COLEGIO
Z3	AP	CS GALLUR	CARCAS ESCALERA MARIA PILAR	2016_1661	F	24/01/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS GALLUR	LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA	2016_1670	F	26/01/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP GALLUR
Z3	AP	CS GALLUR	ESPINACH LOSADA ALICIA	2016_1687	F	24/01/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	BELLOSO ABAD ANA MARIA	2016_1357	F	15/02/2018	EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA. HIGIENE UNA SANA COSTUMBRE EN EL DIA A DIA

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 254 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	GORGOJO ITOIZ MARIA PUY	2016_1358	F	16/02/2018	OPTIMIZACION DEL USO DE INHALADORES PARA UN CORRECTO CONTROL DE LAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	ALCAINE ALEGRE BEATRIZ	2016_1359	F	16/02/2018	EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: HABITOS DE VIDA SALUDABLES Y NUTRICION PARA LA PROMOCION DE LA SALUD
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO	2016_1360	F	15/02/2018	RCP PRIMEROS AUXILIOS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	GORGOJO ITOIZ MARIA PUY	2016_1529	F	06/02/2018	TRABAJAR EL CUADRO DE DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	ALCAINE ALEGRE BEATRIZ	2016_1533	F	06/02/2018	REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	POLO PASCUAL MANUELA	2016_1560	F	15/02/2018	REVISION Y MANTENIMIENTO APARATOS DE SALA DE URGENCIAS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	DUEÑAS AGULLO FRANCISCO	2016_1694	S1	15/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	TOVAR CORREA MARIA JESUS	2016_1694	F	16/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	ABENGOCHEA COTAINA BELEN	2016_0474	F	07/02/2018	LA IMPORTANCIA DE ADQUIRIR UNOS BUENOS HABITOS DURANTE LA INFANCIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	GARCIA LISON SILVESTRE	2016_0681	S1	14/02/2018	ADECUACION DEL CONTENIDO DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA URGENTE DEL C. DE SALUD DE LA ALMUNIA Y DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DE LA ZONA DE SALUD. PLAN UNIFICADO DEREVISION Y MANTENIMIENTO
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	MELUS GUTIERREZ ANGEL	2016_0757	S1	12/02/2018	TABLON VIRTUAL EN UN CENTRO RURAL (SEGUNDA PARTE)
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	TIRADO AZNAR MARTA	2016_1531	F	23/01/2018	ATENCION AL TEMPORERO EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA EN COLABORACION CON LAS ENTIDADES SOCIALES DE LA COMARCA DE VALDEJALON. TRAMITACION Y GESTION DE TARJETA SANITARIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE	2016_1540	F	09/02/2018	PASEOS PARA UN CORAZON SANO
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	BLESA RAMIREZ MARIA	2016_1651	F	11/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL EAP LA ALMUNIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	BAYONESTA BRUSELL MARIA JOSE	2016_1684	F	11/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO	2016_1700	F	11/02/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	CARA GRANADOS MARIA YOLANDA	2016_0105	S1	11/01/2018	MEJORA DEL REGISTRO VACUNAL DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA	2016_0673	S1	13/02/2018	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES	2016_1572	S1	26/01/2018	ATENCION PLENA: MINDFULNESS Y RELAJACION EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	CASAÑAL QUINTANA GONZALO	2016_1671	F	15/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	FRANCO GARCIA SARAY	2016_1336	F	09/01/2018	R.C.P. EN ESTUDIANTES DE PRIMERO DE BACHILLER EN LA ZBS MIRALBUENO - GARRAPINILLOS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	ISANTA POMAR CARLOS	2016_1672	S1	09/01/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA, E.A.P. MIRALBUENO
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GRIMA MOLINER JOSE LUIS	2016_1695	S1	08/01/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GIL MOSTEO MARIA JOSE	2016_1701	S1	09/01/2018	GESTION DE RIESGOS MATERIAL SANITARIO, SALA, Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS OLIVER	OLIVEROS BRIZ TERESA	2016_1306	S1	14/02/2018	RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	LOPEZ GRANADA MANUEL	2016_1320	S1	12/02/2018	PASEOS Y SALUD EN OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	LOPEZ GRANADA MANUEL	2016_1320	F	26/01/2020	PASEOS SALUDABLES EN EL PARQUE OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	VALIENTE LLORENTE BELEN	2016_1660	S1	21/12/2017	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS OLIVER	RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL	2016_1673	S1	20/12/2017	USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO
Z3	AP	CS SADABA	PEREZ-CABALLERO BONA MARIA CARMEN	2016_1372	F	24/01/2018	CREACION DE UN BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA HTTPS://CONSEJOSALUDSADABA.WORDPRESS.COM

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 254 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AP	CS SADABA	MARIN MURILLO MARIA PILAR	2016_1659	F	24/01/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS SADABA	ALCOLADO ARANDA ANA MARIA	2016_1674	F	25/01/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA EAP SADABA
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	HERNANDEZ ABADIAS LUCIA	2016_1658	F	05/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL	2016_1703	F	08/02/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS TARAZONA ADMISION Y DOCUMENTACION	GARCIA HUERTA EMILIA	2016_1624	F	16/01/2018	GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS TARAZONA	LATORRE ORTE PALOMA	2016_1424	S1	15/02/2018	REANIMACION CARDIOPULMONAR DESDE COLEGIO
Z3	AP	CS TARAZONA	RIOS DOMINGUEZ FRANCISCA	2016_1434	S1	14/02/2018	UN PASEO POR EL CENTRO DE SALUD PARA NIÑOS DE INFANTIL Y SECUNDARIA
Z3	AP	CS TARAZONA	COSCOLIN GARCIA MARIA PILAR	2016_1618	F	15/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TARAZONA
Z3	AP	CS TARAZONA	PEÑA LEON IRENE	2016_1626	F	12/02/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS TARAZONA ODONTOESTOMATOLOGIA	MARTINEZ SANZ ELENA	2016_0543	F	03/01/2018	LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO-MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL
Z3	AP	CS TARAZONA ODONTOESTOMATOLOGIA	MARTINEZ MARCO ESTRELLA	2016_1061	F	02/01/2018	ESTUDIO SOBRE LAS EXODONCIAS QUIRURGICAS DE TERCEROS MOLARES EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DE TARAZONA
Z3	AP	CS TAUSTE	BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL	2016_0789	F	24/04/2018	FACILITANDO LA PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD: CREACION Y DINAMIZACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	ASTIER PEÑA MARIA PILAR	2016_0793	F	10/01/2018	BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCION URGENTE EN LA ZONA BASICA DE TAUSTE PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
Z3	AP	CS TAUSTE	LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE	2016_1328	S1	04/02/2018	GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA
Z3	AP	CS TAUSTE	GUILLEN GALVE MARIA	2016_1334	S1	01/02/2018	PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL Y MUJERES EMBARAZADAS
Z3	AP	CS TAUSTE	JACA PINZOLAS JUAN CARLOS	2016_1697	F	21/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	DIESTE AISA LUCIA	2016_0670	S1	28/02/2018	CIRUGIA MENOR PROGRAMADA EN EL CS UNIVERSITAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	TEMPORAL VISUS ANTONIO	2016_1649	S1	01/03/2018	ADECUACION A LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	LIZANDRA FRON PEDRO	2016_1649	F	06/03/2018	ADECUACION EN LA PRESCRIPCIONB EN LA ASISTENCIA SANITARIA
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	AZNAR TEJERO PILAR	2016_1676	S1	27/02/2018	CAMINANDO CON CORAZON
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	CARRIQUIRI MILIAN CARMEN	2016_1683	S1	07/12/2017	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	SANCHEZ GARCIA ALICIA	2016_1690	S1	07/12/2017	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS UTEBO	GARVI SOLER PAULA	2016_1312	S1	31/01/2018	TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS
Z3	AP	CS UTEBO	BRUN ALONSO BELEN	2016_1619	S1	12/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS UTEBO	GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR	2016_1704	F	01/02/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS UTEBO	GASTON FACI ANA	2016_1707	S1	30/01/2018	ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARRANCO OBIS PATRICIA	2016_0291	S1	09/01/2018	MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARTOLOME LALANZA MARIA LUCIA	2016_0470	F	05/02/2018	ATENCION VIA TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE UN EAPS
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLARES ANDRES ROSA ISABEL	2016_0516	S1	25/01/2018	ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS TOMAS	2016_1620	F	16/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO	2016_1642	S1	09/01/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS	2016_1657	S1	31/01/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 254 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	ROYO SARTO ANGEL	2016_1112	S2	22/02/2018	LIBRO DE PROCEDIMIENTOS
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES	2016_1114	F	16/02/2018	CONTROL Y GESTION DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS Y DEL MATERIAL FUNGIBLE EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LAFITA MAINZ SERGIO	2016_1118	F	25/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	ZUECO OLIVAN MARIA GEMMA	2016_1120	F	16/02/2018	HIGIENE DE MANOS
Z3	AP	ESAD ZARAGOZA 3 ESAD	AZNAR ARRIBAS MARIA LUISA	2016_0733	F	15/02/2018	CONTROL DE SINTOMAS EN LA AGONIA. FACILITAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL
Z3	HOSP	CME INOCENCIO JIMENEZ REHABILITACION	GASPAR CALVO ELENA MARIA	2016_0202	F	15/01/2018	DIFUSION DE LOS TALLERES PARA CUIDADORES DEL HCU "LOZANO Blesa" EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR PSIQUIATRIA	MIR FERNANDEZ MARIA CRISTINA	2016_0319	S1	16/02/2018	MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION PARA FAMILIARES Y USUARIOS DEL C.R.P. NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ALERGOLOGIA	GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR	2016_0627	S1	30/01/2018	ABORDAJE INTEGRAL DE LA SOSPECHA DE ALERGIA A ANTIBIOTICOS BETA LACTAMICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa (HCLUB)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	GONZALES SEJAS ARIEL GONZALO	2016_0312	S1	13/12/2017	TRIAJE DE BIOPSIAS NEOPLASICAS DE COLON. DIAGNOSTICO PRECOZ E INCLUSION INMEDIATA EN EL PROGRAMA DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS. PARA EL ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO Y TOMA DE DECISIONES ANTICIPADA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	SOTA OCHOA PATRICIA	2016_0325	S1	13/12/2017	MODELO INFORMATIVO SOBRE LA ADECUADA RECOGIDA DE ORINA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON SOSPECHA O SEGUIMIENTO DEL CARCINOMA VESICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO	2016_0326	S1	18/12/2017	PAUTAS DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS NO FIJADAS PARA UN OPTIMO TALLAJE Y DIAGNOSTICO POSTERIOR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	RAMIREZ GASCA MARIA TERESA	2016_0358	S1	11/12/2017	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA. ELABORACION E IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS DE ERRORES EN EL LABORATORIO. FASE PREANALITICA Y ANALITICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	LAFUENTE MAINAR ANA BELEN	2016_0363	F	19/12/2017	ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PUNCIONES EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA, ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS DE LA PUNCION CON AGUJA FINA (PAAF)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	MARTA CASANOVA CARLO BRUNO	2016_0364	F	15/12/2017	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN CHECKLIST DE SEGURIDAD, PARA LA TRANSCRIPCION DE LOS RESULTADOS DEL SCREENING CITOLOGICO GINECOLOGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	ANOZ CARBONELL ELISABETH	2016_0448	S1	31/01/2018	DISEÑO Y PUESTA EN USO DE UN FORMATO DE SOLICITUD PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DEL GANGLIO CENTINELA (GC), MEDIANTE TECNICA DE OSNA (ONE STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	FLORIA TRUC LIDIA	2016_0500	F	19/12/2017	ELABORACION DE UN NUEVO METODO DE TRABAJO PARA LA COMPROBACION DE CASETES/BLOQUES/PREPARACIONES EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	MEJIA URBAEZ ELAINE	2016_0506	F	12/12/2017	PROTOCOLIZACION DE LAS DESCRIPCIONES MACROSCOPICAS EN EL TALLADO DE LA BIOPSIA PEQUEÑA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	FELIPO BERLANGA FRANCESC	2016_0514	S1	04/01/2018	GESTION DEL MATERIAL BIOLÓGICO ANATOMOPATOLOGICO REMITIDO A OTROS CENTROS PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS MOLECULARES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	CARDIEL GARCIA MARIA JOSE	2016_0672	S1	12/12/2017	ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN LA EMISION DEL INFORME ANATOMOPATOLOGICO DE LA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG) EN CARCINOMA DE MAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	FERRER FERRER MARTA LUCIA	2016_0091	F	31/12/2017	CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA LA REALIZACION DE TECNICAS DE ANESTESIA LOCORREGIONAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	LONGAS VALIEN JAVIER	2016_0133	F	09/01/2018	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTRECTOMIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	MURILLO PINA RAQUEL	2016_0233	S1	09/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACION TRIMODAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA. ¿UNA ESTRATEGIA MAS A INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE RECUPERACION INTENSIFICADA?
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	GASCA ANDREU OLGA	2016_0937	S2	12/01/2018	PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS. UNIDAD DEL DOLOR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	GUILLEN ANTON JULIA	2016_1643	S1	14/01/2018	OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANALGESIA DEL PARTO: INFORMACION ADECUADA ANTES DE FINALIZAR LA

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 254 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							GESTACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX	2016_1663	F	27/01/2018	MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE NEUROQUIRURGICO INTERVENIDO DE COLUMNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	GRIMA LAENCINA GEMA	2016_1753	S1	15/03/2019	MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPICO INFORMATIVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	GRIMA LAENCINA GEMA	2016_1753	S1	14/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPICO INFORMATIVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	SANTAMARIA GONZALEZ MARIA	2016_0200	F	22/12/2017	IDENTIFICACION DE LAS INTERFERENCIAS POR MACROPROLACTINA EN PACIENTES CONHIPERPROLACTINEMIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	RUIZ BUDRIA JOSE	2016_0611	S1	22/12/2017	GESTION INFORMATICA DEL CONTROL DE REACTIVOS DE LABORATORIO. IMPLANTACION DEL MODULO DE GESTION DE STOCK A TODAS LAS SECCIONES DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	CUEVA RECALDE JUAN FRANCISCO	2016_0466	F	13/12/2017	VALORACION CARDIOLOGICA DE ALTA RESOLUCION Y DETECCION DE FUENTE DE CARDIOEMBOLISMO EN PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	REVILLA MARTI PABLO	2016_0790	F	29/11/2017	GRUPO DE APOYO AL MANEJO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UNCENTRO SIN CIRUGIA CARDIACA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ROYO DACHARY PABLO	2016_0140	S1	18/12/2017	ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS PARA SEGUIMIENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MARTINEZ GUILLEN JOSE	2016_0198	F	09/01/2018	INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SOLER LANZUELA FRANCISCO	2016_0341	F	15/01/2018	CREACION DE AUDIOVISUAL PARA IMPARTICION DE SEMINARIOS/CURSOS SOBRE EL PACIENTE OSTOMIZADO, DIRIGIDOS A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA	2016_0597	F	20/12/2017	PROCESO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL (PROA-Q)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	PALACIOS FANLO MARIA JOSE	2016_0728	F	28/01/2018	OPTIMIZACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA QUE VAN A SER SOMETIDOS A BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	LAMATA DE LA ORDEN LAURA	2016_0838	F	16/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MATINAL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CIRUGIAGENERAL MEDIANTE LA ASIGNACION DE UN MEDICO RESPONSABLE DE UNIDAD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ALLUE CABAÑUZ MARTA	2016_0895	S1	24/01/2018	ESTANDARIZACION DE HOJA INFORMATIVA Y RECOMENDACIONES PARA PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL H. CLINICO UNIVESITARIO LOZANO Blesa
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	NAVARRO GONZALO ANA	2016_1085	S1	15/02/2018	PLAN DE MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA Y/O ESOFAGUECTOMIAONCOLOGICA. PREVENCION Y TRATAMIENTO DE CARENCIAS NUTRICIONALES Y ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA POSTOPERATORIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ALBAREDA ALBAREDA JORGE	2016_0168	S1	12/12/2017	PLANIFICACION INFORMATICA DEL PROGRAMA QUIRURGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	HERRERA SERRANO ANA ISABEL	2016_0170	S1	22/12/2017	MEJORA Y AMPLIACION DE LA INFORMACION A LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DIFICULTADES EN LADEGLUCION, A TRAVES DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS QUE OFRECE EL H.C.U. LOZANO Blesa
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	SERAL GARCIA BELEN	2016_0218	F	20/12/2017	PROTOCOLO DE ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	NICOLAU ABADIA FRANCISCO JAVIER	2016_0237	S1	11/01/2018	HOJA INFORMATIVA POSTOPERATORIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA DE LA SECCION DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	BLANCO RUBIO NIEVES	2016_0239	F	12/12/2017	LA ADMINISTRACION DE VITAMINA K PREOPERATORIA COMO ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE Y DISMINUCION DE DEMORA QUIRURGICA EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA Y CONSUMIDORES DE DICUMARINICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	GARGALLO PUYUELO CARLA	2016_0568	F	27/03/2018	OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 254 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		DIGESTIVO	JERUSALEN				DIGESTIVA EN EL CENTRO SANITARIO DE ALTA RESOLUCION DE LAS CINCO VILLAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	MILLASTRE BOCOS JUDITH	2016_0783	S1	16/05/2018	COMITE MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA PANCREATICA EN EL SECTOR III, HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESÁ, ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	MILLASTRE BOCOS JUDITH	2016_0783	S2	25/02/2019	COMITE MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA PANCREATICA EN EL SECTOR III, HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESÁ, ZARAGOZA)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIRECCION	JASA ARDANAZ VICENTE	2016_1757	S1	15/01/2018	GESTION CLINICA DE LOS PROCESOS DE PATOLOGIA DE MAMA. UNIDAD DE MAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIRECCION	JASA ARDANAZ VICENTE	2016_1757	F	31/01/2019	GESTION CLINICA DE LOS PROCESOS DE PATOLOGIA DE MAMA. UNIDAD DE MAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIRECCION	GUTIERREZ CIA ISABEL	2016_1758	S1	15/02/2018	ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	GIMENO ORNA JOSE ANTONIO	2016_0722	F	20/02/2018	PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS DE DUE EN DIAGNOSTICO Y ASISTENCIA AL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESÁ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENFERMEDADES INFECCIOSAS	SANJOAQUIN CONDE ISABEL	2016_1011	S1	04/01/2018	MEJORA DE LA ASISTENCIA AL VIAJERO Y AL INMIGRANTE QUE REGRESAN DEL TROPICO EN EL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	SAGREDO SAMANES MARIA ASUNCION	2016_0484	S1	22/12/2017	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATETER INTRAVASCULAR DE LARGA DURACION, MEDIANTE EL SELLADO DE CATETER CON SOLUCIONES ANTIBIOTICAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	GIMENO GRACIA MERCEDES	2016_0586	S1	09/01/2018	VALORACION DEL PROGRAMA DE MEJORA DEL USO DE INSULINAS EN EL HCU Y MEDIDAS DE MEJORA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	BONAGA SERRANO BEATRIZ	2016_0748	S1	04/02/2018	MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	PUERTOLAS TENA ISABEL	2016_0911	F	29/12/2017	MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ANTIBIOTICOS DE ESTRECHO RANGO TERAPEUTICO: VANCOMICINA Y AMINOGLUCOSIDOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	FRUTOS PEREZ-SURIO ALBERTO	2016_0933	F	18/12/2017	PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA PLANIFICACION SANITARIA DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICOTICOS INYECTABLES DE LIBERACION PROLONGADA EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO GESTION DE CASOS	MONCHE PALACIN ANA MARIA	2016_0210	F	21/12/2017	INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS DE PACIENTES CRONICOS DEPENDIENTES DEL HCU LOZANO BLESÁ Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE EN LA INTRANET DE HCU
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	OLAVE RUBIO MARIA TERESA	2016_1034	S1	27/01/2018	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LAS INFECCIONES EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA: PROA-HEMATOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA DEL TRABAJO	INGLES GARCIA DE LA CALERA MARIA CONCEPCION	2016_0434	F	02/02/2018	MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESÁ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	DIAZ MELE MARIA CARMEN	2016_0003	F	09/12/2017	CULTURA DE SEGURIDAD Y PROFESIONALES SANITARIOS EN MEDICINA INTENSIVA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	LUQUE GOMEZ PILAR	2016_0587	F	16/02/2018	PROYECTO HUCI: HUMANIZAR LOS CUIDADOS INTENSIVOS. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	JUBERIAS SANCHEZ VALERA ESTHER	2016_0744	F	05/06/2018	SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACION CONTINUADA Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS TOLERANCIA ZERO EN LAS UNIDADES DE CRITICOS DEL HCULB
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	SANCHEZ DONOSO NURIA	2016_0769	S2	27/02/2019	ACTIVIDAD DE SEGUIMIENTO EXTRA-UCI: EL PROCESO DEL PACIENTE CRITICO COMO UN CONTINUO ASISTENCIAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	RUIZ LAIGLESIA FERNANDO JOSE	2016_0030	F	31/01/2018	IMPLANTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION "CHECK-LIST", EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD QUE PRECISA INGRESO HOSPITALARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	BURILLO FUERTES PILAR	2016_0258	S1	15/02/2018	ASISTENCIA MEDICA AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO. ESTUDIOS PRELIMINARES PARA LA INSTAURACION DE UNA GUIA CLINICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO	2016_0983	F	14/02/2018	IASO: PROGRAMA TURNO DE GUARDIAS INFORMATIZADO

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 254 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD	2016_0273	F	18/12/2017	ACTUALIZACION DEL MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS PARA ESTUDIO MICROBIOLÓGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	SERAL GARCIA CRISTINA	2016_0602	F	11/12/2017	IMPLEMENTACION DE BIOLOGIA MOLECULAR EN LA VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTES COLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LAS UCIS (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROCIRUGIA	ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR	2016_0338	S1	10/12/2017	EDUCACION TERAPEUTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIACA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROFISIOLOGIA CLINICA	RODRIGUEZ MENA DIEGO	2016_0449	S1	21/12/2017	VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROFISIOLOGIA CLINICA	RODRIGUEZ MENA DIEGO	2016_0449	S2	25/02/2019	VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROFISIOLOGIA CLINICA	RODRIGUEZ MENA DIEGO	2016_0449	F	27/02/2019	VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROFISIOLOGIA CLINICA	MONTES PEÑA VIZMARY	2016_0450	S1	21/12/2017	VALORACION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROFISIOLOGIA CLINICA	GUZMAN CARRERAS BEIRA	2016_0450	F	25/02/2019	VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	PEREZ LAZARO CRISTINA	2016_0244	S1	13/12/2017	MANEJO DE LA INFECCION EN EL ICTUS AGUDO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	OROS LOPEZ DANIEL	2016_0034	F	12/12/2017	MANEJO CLINICO DE LA RESTRICCION DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO: ESTANDARIZACION DE LA VALORACION DEL CRECIMIENTO FETAL Y ESTADO HEMODINAMICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REPOLLES LASHERAS SIRA	2016_0187	S2	31/01/2018	REDEFINICION DE CONTENIDOS DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ANTICONCEPCION DEL AREA 3 DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MORENO LAMANA VIRGINIA	2016_0275	S1	12/12/2017	PROGRAMA DE ALIVIO DEL DOLOR CON TECNICAS NO FARMACOLOGICAS Y ALTERNATIVAS A LA ANALGESIA EPIDURAL EN DILATACION Y PARTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	CARAZO HERNANDEZ BELEN	2016_0339	S1	19/12/2017	DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD DENTRO DE LA BUENA PRACTICA CLINICA (BPC) DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA	2016_0426	S1	29/12/2017	VIA CLINICA DE PARTO NORMAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BESCOS SANTANA ELENA	2016_0478	F	31/01/2019	PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BESCOS SANTANA ELENA	2016_0478	F	10/12/2017	PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	NASSAR MELIC NADIA	2016_0771	F	16/12/2017	INCORPORACION DEL DIU JAYDESS® A LOS METODOS DE ANTICONCEPCION FINANCIADOS EN ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MATEO ALCALA PURIFICACION	2016_0816	F	14/12/2017	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE FETAL ANTEPARTO Y SEGUIMIENTO DEL DUELO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BOILLOS CALVO MARIA JOSE	2016_0843	S1	04/01/2018	APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BOILLOS CALVO MARIA JOSE	2016_0843	F	22/02/2019	APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GASCON MAS ELENA	2016_0982	F	03/01/2018	SEGUIMIENTO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO DESDE SU COMPLETA FINANCIACION EN ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	MATEO GABAS JAVIER	2016_1623	F	17/05/2018	ACTUALIZACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LAS INYECCIONES INTRAVITREAS DEANTIANGIOGENICOS Y DEL IMPLANTE INTRAVITREO DE DEXAMETASONA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	IBAÑEZ ALPERTE JUAN	2016_1639	F	21/12/2017	OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRURGICO EN PACIENTES CON GLAUCOMA REFRACTARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	CASAS PASCUAL PAULA	2016_1669	S1	03/01/2018	USO FUERA DE INDICACION DEL COLIRIO DE BEVAZUCIMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION CORNEAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	ESTEBAN FLORIA OLIVIA	2016_1696	S1	26/01/2018	USO COMPASIVO DE BEVACIZUMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION OCULAR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ONCOLOGIA MEDICA	RAMOS FERNANDEZ MARTA	2016_0188	S1	13/11/2017	PROYECTO DE MEJORA DEL TIEMPO DE OCIO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA ("RINCON DE OCIO")

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 254 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ONCOLOGIA MEDICA	PERIBAÑEZ GAIRIN ANTONIA	2016_0498	F	28/12/2017	MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLOGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OTORRINOLARINGOLOGIA	AGREDA MORENO BEATRIZ	2016_0240	S1	13/12/2017	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS PRESENTANDO EPISTAXIS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PARTORIOS	ECHARTE OBREGOZO MARIA TERESA	2016_0269	S1	29/12/2017	PROGRAMA ASISTENCIAL DE LA MATRONA A LA GESTANTE EN FASE PRODROMICA Y/O TRABAJO DE PARTO. USO DE LA ESFERODINAMIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	GONZALEZ GARCIA GONZALO	2016_0616	F	15/01/2018	REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PSIQUIATRIA	REVILLA PEIRO BELEN	2016_0532	F	18/12/2017	PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE TALLERES INCLUIDO EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA. REGISTRO BASICO Y PRIMERA APROXIMACION EVALUATIVA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PSIQUIATRIA	IRIGOYEN RECALDE ISABEL	2016_0628	F	13/02/2018	CREACION DE REGISTRO DE CASOS DE PACIENTES AFECTOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PSIQUIATRIA	QUEROL NASARRE AURORA PILAR	2016_0691	F	04/02/2018	DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	DOMENE MOROS RUTH	2016_0579	S1	16/02/2018	ADECUACION INDICACIONES DE ECOGRAFIA ABDOMINAL. CALIDAD DE CUMPLIMENTACION DE LA PETICION CURSADA EN URGENCIAS. CONOCER SI LA PETICION DE LA ECOGRAFIA TUVO RELEVANCIA EN EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	IBAÑEZ MUÑOZ DAVID	2016_0764	F	27/02/2018	IMPLANTACION Y ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE ANGIOGRAFIA CORONARIA MEDIANTE TC EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	ESTEBAN CUESTA HELENA	2016_0810	S1	02/01/2018	DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE	2016_0881	S1	25/02/2018	PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE RESONANCIAS MAGNETICAS EN NEURORRADIOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	RIVAS BALLARIN MARIA ANGELES	2016_0107	F	07/12/2017	DISEÑO DE CURSOS ON-LINE EN LA PLATAFORMA MOODLE. DESTINADOS A LA FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS EN LAS UNIDADES QUE UTILIZAN EQUIPOS DE RAYOS X
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	ORTEGA PARDINA PABLO	2016_0132	F	19/12/2017	CONTROL DE DOSIS ADMINISTRATIVAS ASIGNADAS POR PERDIDA DE INFORMACION DOSIMETRICA DEBIDA AL NO CAMBIO MENSUAL DE DOSIMETRO. ELABORACION DE ESTADISTICAS. ANALISIS DE RESULTADOS Y ACCIONES DERIVADAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	GARCIA ROMERO ALEJANDRO	2016_0171	F	11/12/2017	SEGUIMIENTO DE AVERIAS EN LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	REGLA RAUFAST ANA JESUS	2016_0196	S1	21/12/2017	MEJORA DEL MATERIAL AUDIOVISUAL DE LOS TALLERES A CUIDADORES QUE SE IMPARTEN EN H.C.U LOZANO BLESA Y SU DIFUSION A TRAVES DE LA INTRANET Y PAGINA WEB DEL HOSPITAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	MARTINEZ GONZALEZ ANA	2016_0222	F	11/02/2018	MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE SUELO PELVICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	PUEYO RUIZ CRISTINA MARIA	2016_0706	S1	24/01/2018	ATENCION MULTIDISCIPLINAR A LOS NIÑOS CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR O CON RIESGO NEUROLOGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	VILLARREAL SALCEDO ISABEL	2016_0735	S1	29/01/2018	EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	VILLARREAL SALCEDO ISABEL	2016_0735	F	20/02/2019	EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UCI	ROYO PUERTO MILAGROS	2016_0525	F	14/12/2017	IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO: "MEDICION DE PRESION INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UCI QUIRURGICA	GOMEZ BACA CARMEN ANGUSTIAS	2016_0729	S1	15/01/2018	ESPACIO VIRTUAL DE ENFERMERIA DE LAS UCIS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UCI QUIRURGICA	SANCHEZ DONOSO NURIA	2016_0769	F	08/01/2018	PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA DE UCI: UCI SIN PAREDES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MOZOTA DUARTE JULIAN	2016_1754	S1	15/02/2018	DAÑO CERO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE ESTOMATERAPIA (CIRUGIA)	DIARTE ABENIA MARIA CARMEN	2016_0754	F	15/01/2018	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL Sº DE CIRUGIA GENERAL Y LA UNIDAD

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 254 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							DE ESTOMATERAPIA, PARA DERIVACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESTOMAS DIGESTIVOS DE ELIMINACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE FORMACION	CHARLO BERNARDOS MARTA	2016_1652	F	26/12/2017	GESTION DE PRACTICAS EN EL SECTOR III: ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO UNIFICADO QUE AGILICE Y GARANTICE SU SOLICITUD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	PEÑA JIMENEZ TASIO	2016_0127	S1	20/12/2017	CANAL URGENCIAS. CONTENEDOR DE ARCHIVOS MULTIMEDIA PARA FACILITAR LA INCORPORACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO	2016_0158	F	27/12/2017	EDEV DIAGNOSTICADA EN URGENCIAS. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU EVOLUCION TEMPORAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN	2016_0767	F	27/12/2017	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	VALIENTE MARTINEZ CAROLINA	2016_0845	F	01/01/2018	PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	MONZON ALEBESQUE FRANCISCO	2016_0359	S1	15/02/2018	APLICACION DE UN FORMATO INFORMATIVO DE RECOGIDA DE DATOS, PARA LOS PACIENTES AFECTOS DE DISFUNCION ERECTIL, SOMETIDOS A TEST DE DROGAS VASOACTIVAS, DE CARA A SU UTILIZACION CON FINES TERAPEUTICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	UCAR TERREN ALBERTO	2016_0360	S1	14/02/2018	PROYECTO DE REHABILITACION PRECOZ PENEANA DE CARA A LA CPNSERVACION/RECUPERACION DE LA FUNCION ERECTIL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA RADICAL PELVIANA UROLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	MURILLO PEREZ CARLOS	2016_0418	F	19/12/2017	VIGILANCIA ACTIVA EN CARCINOMA VESICAL NO MUSCULO INVASIVO DE BAJO GRADO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	AMBROJ NAVARRO CARMEN	2016_0441	F	13/12/2017	IMPLANTACION DEL MODELO DE "DIARIO MICCIONAL" EN LOS PACIENTES QUE SE REMITEN A CONSULTAS ESPECIALIZADAS DE SUELO PELVICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	TIMON GARCIA ALEJANDRO	2016_0442	F	13/12/2017	HOJA INFORMATIVA DE SOLICITUD DE ESTUDIOS URODINAMICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	SUBIRA RIOS JORGE	2016_0588	F	14/12/2017	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE UROLOGIA Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA PARA LA ENSEÑANZA Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UROSTOMIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	GARCIA CABELLO CELIA ISABEL	2016_0590	F	19/12/2017	ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMIA RADICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	HIJAZO GASCON DANIEL	2016_0745	F	12/12/2017	BASE DE DATOS DE LA CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA EN EL SERVICIO REFERENCIA DE LITIASIS DE ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	BLASCO BELTRAN BENJAMIN	2016_0773	F	11/12/2017	IMPLEMENTACION DE DOCUMENTO INFORMATIZADO PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES TRATADOS MEDIANTE ESWL EN NUESTRA UNIDAD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	PLAZA ALONSO CRISTINA	2016_1024	F	18/12/2017	GESTION PERIOPERATORIA DE PACIENTES EN CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA
Z3	HOSP	USM DELICIAS PSIQUIATRIA	SEVA FERNANDEZ ANTONIO	2016_0781	F	19/12/2017	PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) QUE PRECISAN TRATAMIENTO ANTIPsicOTICO INYECTABLE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1064

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ)

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA TARRAGO GIL
• Profesión HIGIENISTA DENTAL
• Centro CME INOCENCIO JIMENEZ
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLER TABERNER ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo de diciembre 2016 hasta noviembre del 2017, hemos estado llevando a cabo un registro de todos los niños que presentaron lesiones de Hipomineralización Incisivo Molar (MIH, siglas en inglés) atendidos en el marco del Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ) del Servicio Aragonés de Salud y de los tratamientos aplicados. En la presente memoria se adjunta datos de un año de diciembre 2016 a noviembre 2017.

Como ni en OMI ni en la aplicación web del PABIJ (<http://atencionbucodental.salud.aragon.es/pabij2/>), no hay casilla para cuantificar la MIH hemos registrado los datos en una ficha diseñada por nosotras, la cual se podría incluir en OMI y nos gustaría que se añadiera en la aplicación PABIJ una casilla para cuantificar MIH. Asimismo, además de anotar los datos y tratamientos realizados en la ficha papel, hemos anotado los datos en cada una de las historias clínicas de los niños con esta patología dentro del programa "OMI-AP".
Para cada uno de los niños/as atendidos en nuestra Unidad de Salud Bucodental, los datos que hemos registrado han sido:

1. Dientes afectados por MIH y grado de severidad en los mismos.
2. Evaluación de el índice CAOD y cod de niños con MIH. Hemos tenido problemas para calcular los datos finales del índice CAOD y cod ya que en la aplicación Pabij al transportar los datos finales solo sale en la tablas el numero de obturaciones realizadas, selladores, exodoncias visitas, y reposición de selladores y obturaciones no el CAOD. Además al anotar el CAOD y cod y no tener en la aplicación una pestaña para registrar la MIH no podemos distinguir el CAOD y cod de los niños/as con MIH y de los niños/as sin MIH
3. Cuantificación de los tratamientos llevados a cabo en los niños con MIH: aplicaciones de barniz de flúor.
4. Se ha Registro del nº de Selladores de fosas y fisuras en MIH grado leve y se ha hecho un seguimiento citándole a los tres meses para la evaluación de los selladores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En primer lugar, adjuntamos los datos globales del PABIJ de nuestra unidad:

- Hemos realizado un total de 1.334 asistencias dentro del PABIJ, que engloba a una población de niños/as de 6 a 13 años. De esas 1.334 asistencias, 824 corresponden a primeras visitas y 510 a visitas sucesivas.
- Además, en cuanto a tratamientos, hemos realizado más de 1.334 fluorizaciones y 955 selladores (incluyendo las 143 reposiciones de selladores ausentes).
- En relación a tratamientos conservadores, hemos obturado 71 dientes (incluyendo 2 reposiciones de obturaciones).
- Por último, hemos exodonciado un total de 2 dientes.

Hemos registrado un total de 140 niños/as que están afectados de MIH. Se reporto 307 molares de casos leves, 102 molares que tenían al menos un diente con MIH moderada y 34 molares eran severos.

Teniendo en cuenta que de las 824 primeras visitas registramos un total de 137 niños sin dientes permanentes -donde no se puede valorar esta patología-, la prevalencia de MIH en nuestra población atendida es del 20,37%. Respecto al grado de afectación, observamos que la mayoría de los niños que presentan MIH lo hacen en un grado leve (69,3%), mientras que un (23,02%) de los casos presentaban formas moderadas de esta enfermedad, quedando la afectación severa limitada a un número más reducido de niños (7,67%).

En cuanto a los tratamientos llevados a cabo en los pacientes afectados por MIH, se han seguido unos protocolos de aplicaciones de barniz de flúor al 5% (Enamelast®). El 100% de los niños/as con MIH han recibido tratamiento tópico con flúor, al menos cada 3 meses, y han venido a la consulta a aplicar flúor al 5% tres veces consecutivas el primer mes que se ha detectado la patología dejando espacio de una semana y se les ha citado a los tres meses para una 4ª aplicación si tienen molares afectados con MIH moderada y severa, y cada 6 meses si tienen afectación leve. Además, en estos niños/as con MIH hemos realizado y 307 selladores en molares con afectación leve.

El proyecto nos ha servido para constatar que la MIH es un problema muy importante ya que los niños con MIH tiene mas caries y sensibilidad en las piezas afectadas. Con una prevalencia, en nuestra USB parecida a las cifra encontrada en Barcelona o Valencia. En cuanto a los grados de severidad, nuestros datos son parecidos a los publicados en estos otros estudios. En cuanto a los tratamientos son muy elevados, lo que también coincide.

Gracias a este proyecto hemos diseñado un folleto explicativo con recomendaciones dirigido a los padres y cuidadores de lo niños/as afectados por MIH.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1064

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El síndrome de hipomineralización incisivo molar es una patología que cursa con defectos cualitativos del esmalte en los primeros molares permanentes (pudiendo afectar a uno, dos, tres o a los cuatro molares) y se encuentra asociada a opacidades de distinto grado en los incisivos definitivos. El término de MIH siglas en Inglés, fue descrito como tal en el año 2001 por Weerheijm y Coles para definir una patología de etiología desconocida. El síndrome de hipomineralización incisivo-molar es una alteración del esmalte cuya etiología, de origen sistémico, todavía es desconocida, parece que es multifactorial. Los factores actúan de un modo sumatorio y ocurren en una etapa susceptible en el desarrollo de dientes específicos. Entre estos factores se han citado las infecciones del aparato respiratorio en el periodo postnatal, el consumo de antibióticos o la lactancia materna más de 6 meses (Gómez Santos G. Protocolos preventivos y terapéuticos de la MIH, 2010). Un mejor conocimiento de estos factores podría permitir la prevención de la aparición del síndrome y un diagnóstico precoz favorecería la posibilidad de enfoques terapéuticos más conservadores. La prevalencia del síndrome está aumentando, alcanza valores que oscilan en España: 23,4% en Madrid, 21,8 en Valencia y 17,8% en niños de Barcelona. En Aragón no se tienen datos. Es una patología y problema de salud bucodental importante dentro del Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ).

La MIH puede llegar a afectar a otros dientes, aparte de incisivos y molares. Así, segundos molares permanentes, premolares y caninos permanentes también pueden verse afectados por MIH. Particularmente, cuando las hipomineralizaciones se observan en segundos molares temporales se denominan HSPM, por sus siglas en inglés.

Además, es fundamental hacer un diagnóstico lo más temprano posible para poder abordar el mejor tratamiento según severidad. En dentición temporal, es muy importante recomendar las visitas periódicas al odontopediatra a partir del primer año de vida. Si los segundos molares temporales erupcionen con signos de HSPM es un indicador de riesgo para MIH en la dentición definitiva (factor predictivo positivo).

La MIH y la HSPM es una patología con repercusiones muy importantes ya que los dientes con hipomineralización pueden afectarse más fácilmente por caries, incluso acabar con la pérdida de los dientes en los casos más graves. En nuestra unidad los tratamientos realizados tanto de prevención como restauración se basan en los "Protocolos preventivos y terapéuticos de la Hipomineralización Incisivo-Molar" publicados por la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral. Además hemos diseñado un tríptico dirigido a los padres y cuidadores de niños/as afectados por MIH con recomendaciones de cepillado, dentífricos remineralizantes, cepillos especiales para eliminar el biofilm de los dientes afectados, geles con caseína y flúor y recomendaciones de alimentación no cariogénica para prevenir la caries en estos molares afectados por hipomineralización incisivo molar.

La recomendación más importante de este proyecto es que hay que prevenir y tratar lo antes posible la patología MIH. Que los pacientes con esta patología deben ser tratados lo antes posible con agentes remineralizantes ya que el esmalte afectado por MIH es de baja calidad. Además es importante de sellar las fosas y fisuras del esmalte afectado por MIH en grado leve y moderada. Por otro lado es muy importante que los servicios de informática del Servicio Aragonés de Salud modifiquen si es posible la aplicación web del PABIJ de manera que se pueda registrar, en la ficha de cada individuo, si presenta MIH, o no, y, en caso afirmativo, si es de grado leve, moderada o severa, Así poder contabilizar esta patología en Aragón. Al igual que en el programa OMI- Ap.

7. OBSERVACIONES.

LOS PADRE Y MADRES DE LOS NIÑOS/AS ATENDIDOS SE HAN IMPLICADO MUCHO Y HAN SEGUIDO MUY BIEN LAS RECOMENDACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1064 ===== ***

Nº de registro: 1064

Título
PREVENCIÓN DE LA HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ)

Autores:
TARRAGO GIL ROSA, SOLER TABERNER ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO MOLAR
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1064

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ)

Tipo de Objetivos :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El síndrome de hipomineralización incisivo molar es una patología que cursa con defectos cualitativos del esmalte en los primeros molares permanentes (pudiendo afectar a uno, dos, tres o a los cuatro molares) y se encuentra asociada a opacidades de distinto grado en los incisivos definitivos. El término de MIH siglas en Ingles, fue descrito como tal en el año 2001 por Weerheijm y Cois para definir una patología de etiología desconocida. El síndrome de hipomineralización incisivo-molar es una alteración del esmalte cuya etiología, de origen sistémico, todavía es desconocida, parece que es multifactorial. Los factores actúan de un modo sumatorio y ocurren en una etapa susceptible en el desarrollo de dientes específicos. Entre estos factores se han citado las infecciones del aparato respiratorio en el periodo postnatal, el consumo de antibióticos o la lactancia materna más de 6 meses (Gómez Santos G. Protocolos preventivos y terapéuticos de la MIH, 2010). Un mejor conocimiento de estos factores podría permitir la prevención de la aparición del síndrome y un diagnóstico precoz favorecería la posibilidad de enfoques terapéuticos más conservadores. La prevalencia del síndrome esta aumentando, alcanza valores que oscilan en España: 23,4% en Madrid, 21,8 en Valencia y 17,8% en niños de Barcelona. En Aragón no se tienen datos. Es una patología y problema de salud bucodental importante dentro del Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ). En primer lugar creemos que sería fundamental conocer la prevalencia de niños afectados por MIH en nuestra unidad. En segundo lugar registrar las posibles causas de esta patología multifactorial. Por último creemos que es muy importante establecer un programa de prevención y tratamiento temprano en los niños afectados por MIH con la aplicación de remineralizantes y así mejorar la calidad de vida de estos pacientes disminuyendo la caries y la sensibilidad dental

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer la prevalencia del nº de niños atendidos en nuestra unidad afectados por MIH y su clasificación según la clasificación Mathu-Muju 2006.- Detectar las posibles causas de HIM de los niños de nuestra unidad.- Registrar el índice CAOD y cod de estos niños con HIM. - Contabilizar las aplicaciones tópicas de remineralizantes (flúor, fosfato de calcio) llevadas a cabo en los niños con MIH y de barnices de clorhexidina para bajar la carga bacteriana de los pacientes con HIM. - Cuantificar el número de selladores de fosas y fisuras aplicados a los niños con HIM de grado leve. - Establecer un programa especial de medidas de prevención y tratamiento temprano en los niños afectados por MIH basándonos en los protocolos de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral.

MÉTODO

- Registrando la patología MIH detectada en niños del programa PABIJ atendidos en nuestra unidad, ya que no hay ningún sistema para registrar el número de niños con HIM. Ni en el programa OMI-AP ni con la aplicación web del registro de la atención bucodental del PABIJ. Por lo que nos gustaría contar con ella para mejorar el registro de esta patología mediante un índice MIH y su grado: leve, moderado, severa. - Aplicando barnices tópicos "remineralizantes" para fortalecer el esmalte afectado por MIH previniendo y revirtiendo los procesos iniciales de caries dental como son la mancha blanca. Además estos barnices ayudan a disminuir la sensibilidad. Los dientes con MIH suelen doler mucho incluso con el cepillado, lo cual supone un problema para el niño, muchas veces evitarán cepillarse en estas zonas de la boca. La placa se acumulará e irá actuando, contribuyendo a un proceso de aparición de la caries. Estas aplicaciones de barniz tópico estarán basadas en los protocolos preventivos y terapéuticos de la MIH publicados por la SESPO. Implantando medidas de promoción de salud oral, medidas preventivas dirigidas a niños con MIH y a sus padres y/o cuidadores dando especial hincapié a instrucciones exhaustivas sobre higiene oral que incluyan estrategias motivacionales.

INDICADORES

1. Número de niños con MIH atendidos y el grado de severidad. Para ello, registraremos toda la actividad generada dentro del PABIJ en relación con estos niños. 2. Evaluación de el índice CAOD y cod de niños con MIH. 3. Cuantificación de los tratamientos llevados a cabo en los niños con MIH: aplicaciones de barniz de flúor, de fosfato de calcio y clorhexidina realizadas. 4. Registro del nº de Selladores de fosas y fisuras en MIH grado leve y se hará un seguimiento y evaluación de ellos durante todo el año.

DURACIÓN

La duración de este proyecto será de un año, y si es posible implantarlo definitivamente en nuestra unidad. La fecha de comienzo del proyecto sería tan pronto como nos comuniquen la concesión del mismo. Diariamente dedicamos al PABIJ la mitad de nuestra actividad asistencial incluidos los casos de niños con MIH. Llevaremos a cabo y registraremos toda la actividad asistencial pertinente.

OBSERVACIONES

Bibliografía: -Gómez Santos G. Protocolos preventivos y terapéuticos de la hipomineralización incisivo-molar. Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral, 2013. - Mathu-Muju K, Wright JT. Diagnosis and treatment of molar hypomineralization. Compend 2006.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1064

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ)

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0567

1. TÍTULO

ATENCION GRUPAL EN PACIENTES CON TMG EN EL CSM DELICIAS

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA NIEVES GIL HERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro USM DELICIAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAMPLONA FONDEVILLA SUSANA
MARTINEZ VERA MARIA TERESA
SANCHEZ LAZARO CARMEN
MARTIN MARTINEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Salidas durante el primer jueves de mes, toma de cafe, charla, recomendación y comentarios de peliculas vistas durante ese mes, comentario y debate de las noticias de actualidad en cada jueves en concreto, puesta en común de los momentos vitales de cada uno de los participantes del grupo, vivencias importante, intervenciones en salud, muerte de algún miembro familiar cercano etc.
Celebración de los cumpleaños de los miembros del grupo, y otros acontecimientos festivos, pilar, navidad con salida al centro para visitar el Belen de la plaza el Pilar, toma de chocolate con churros.
Empoderar las iniciativas de los miembros del grupo para la realización de las actividades propuestas por ellos.
no se ha desarrollado material concreto para desarrollar el proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejorar resultados de atención2,5
disminuir riesgos derivados de la atención.....2,7
mejorar utilización de recursos.....2
garantizar derechos de los usuarios (y satisfacción).....3,7
atender expectativas de los profesionales.....1,9
el proyecto ha sido satisfactorio, los indicadores utilizados para la evaluación es la opinión de los propios usuarios del proyecto, la asistencia al grupo, la fuente son los propios usuarios y eL método de obtención la pregunta directa a cada uno de ellos, más la observación y el control de la asistencia a las sesiones grupales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad grupal va a continuarse considera benefeciosa para el grupo, se pueden incluir mejoras en las actividades a realizar, ampliando y potenciando la variedad, asi como que sean los propios miembros del grupo quienes propongan nuevas actividades, quedaría pendiente una mayor variedad de actividades a realizar, y una mayor implicación de sus miembros para proponerlas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/567 ===== ***

Nº de registro: 0567

Título
ATENCION GRUPAL EN PACIENTES CON TMG EN EL CSM DELICIAS

Autores:
GIL HERNANDEZ NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: USM DELICIAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0567

1. TÍTULO

ATENCIÓN GRUPAL EN PACIENTES CON TMG EN EL CSM DELICIAS

El problema detectado es la existencia de pacientes con TMG, atendidos en el CSM DELICIAS, con difícil adherencia a otros dispositivos de atención en salud mental (CENTROS DE DIA, TALLERES, etc), y aislados socialmente.

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar la socialización para este grupo de pacientes con TMG, favoreciendo la relación interpersonal.

MÉTODO

Realizar salidas, de forma continuada, de los pacientes acompañados por T.S. Y ENFERMERIA, para conseguir una mejor integración en su entorno

INDICADORES

1-Realización de salidas grupales programadas durante los 1º jueves de mes.

2-Al menos en el 80% de las salidas los pacientes irán acompañados de los dos profesionales implicados en el proyecto de mejora

DURACIÓN

Inicio: febrero 2017

Finalización: Diciembre 2017.

El miércoles previo a la salida del día siguiente, se hará contacto telefónico para recordar la actividad.

Salida 1º jueves de cada mes.

OBSERVACIONES

Se excluyen los meses de enero, julio y agosto por periodos vacacionales.

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0569

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN REGISTRO DE LA SITUACION LEGAL Y SOCIOLABORAL DE LOS PACIENTES CON TMG EN CSM DELICIAS

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE ANA BELEN MORALES ROZAS
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro USM DELICIAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIL HERNANDEZ MARIA NIEVES
PAMPLONA FONDEVILLA SUSANA
MARTINEZ VERA MARIA TERESA
AZNAR LAPUENTE MIRIAM
SEVA FERNANDEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elabora y rellena un documento para colocar en el reverso de la portada de la historia clínica con los siguientes ítems:

Situación legal/ fecha (curatela, incapacitado, tutela...)
Grado de discapacidad/ fecha
Situación laboral/ fecha (activo, paro, incapacidad laboral...)
Pensión (contributiva, no contributiva)
Dispositivos a los que acude (talleres, centro de día, centro especial de empleo, inserción laboral)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejorar resultados de atención 2.9
Disminuir riesgos derivados de la atención 2.9
Mejorar utilización de recursos 3.9
Garantizar derechos de los usuarios (y satisfacción) 2.9
Atender expectativas de los profesionales 1.9
La fuente de información es la entrevista a los pacientes y la revisión de la historia clínica.
El proyecto ha sido satisfactorio y nos permite de un vistazo acceder de forma sencilla, rápida y actualizada a la situación legal y sociolaboral de los pacientes con TMG evitando pérdida de tiempo al buscar esos datos en la voluminosa historia de nuestros pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto va a continuarse hasta extenderse a la totalidad de las historias por los beneficios que obtenemos los profesionales y los pacientes de forma directa e indirecta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/569 ===== ***

Nº de registro: 0569

Título
ELABORACION DE UN REGISTRO DE LA SITUACION LEGAL Y SOCIO-LABORAL DE LOS PACIENTES CON TMG EN CSM DELICIAS

Autores:
MORALES ROZAS ANA BELEN, GIL HERNANDEZ NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: USM DELICIAS

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

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las historias de los pacientes atendidos en consulta de enfermería del CSM Delicias son muy voluminosas, ya

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0569

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN REGISTRO DE LA SITUACION LEGAL Y SOCIOLABORAL DE LOS PACIENTES CON TMG EN CSM DELICIAS

que son pacientes con TMG en seguimiento por varios profesionales dónde es difícil encontrar la información relacionada con su situación legal.

RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto se pretende que el equipo multidisciplinar pueda acceder de forma sencilla y rápida a la información actualizada de su situación legal, socio - laboral de los pacientes con TMG en seguimiento en la consulta de enfermería del CSM Delicias.

MÉTODO

Elaborar un documento en un folio de color colocado en el reverso de la portada de la historia clínica con los siguientes ítems:

- 1- Situación legal/fecha(incapacitado,curatela, tutela..)
- 2- Grado de discapacidad/ fecha
- 3- Situación laboral /fecha (activo, paro, incapacidad laboral..)
- 4- Pensión (contributiva, no contributiva, importe..)
- 5- Dispositivos a los que acude (talleres, C de Día, CE Empleo,Taller inserción laboral...)

INDICADORES

Revisión de 10 historias clínicas semanales y rellenar el nuevo documento dejando registrada la fecha en la que se lleva a cabo.

En enero de 2018 el 80% de las historias con TMG en seguimiento en la consulta de enfermería dispongan del nuevo documento.

DURACIÓN

Inicio : Enero 2017

Finalización : Diciembre 2017

Se realizarán reuniones semanales de ½ hora de duración de enfermería y trabajo social.

Durante los meses de enero y febrero se elaborará el nuevo documento y será a partir de febrero cuando se comenzará la revisión de las historias para la recogida de datos y se rellenará el nuevo documento.

OBSERVACIONES

Se excluye el periodo vacacional

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1677

1. TÍTULO

DEMANDA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ALFONSO SANAGUSTIN RIAZUELO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ALAGON
· Localidad ALAGON
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ ALCAIDE GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
MODIFICACION DE LAS AGENDAS DE LOS PROFESIONALES IMPLEMENTANDO LOS HUECOS DE (=DEMANDA NO PRESENCIAL) EN SUS AGENDAS

19 AGENDAS = 36HUECOS DE DEMANDA NO PRESENCIAL DIARIOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1/ AGENDAS = 19

2/ DIAS HABILES DESDE EL 01/10/2017 = 52 DIAS

3/ 36 HUECOS DIARIOS DE DEMANDA NO PRESENCIAL EN

19 AGENDAS

4/ CONSULTAS DE DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL PERIODO 1/10/17 AL 31/12/17 = TOTAL= 1.872 CONSULTAS NO PRESENCIALES EN EL PERIODO INDICADO EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALAGON

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

HEMOS DERIVADO A CONSULTA NO PRESENCIAL 1872 CONSULTAS EN EL PERIODO INDICADO EN TODA LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALAGON COMPUESTA POR 11 CUPOS MEDICOS Y 19 AGENDAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1677 ===== ***

Nº de registro: 1677

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
SANAGUSTIN RIAZUELO ALFONSO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica ..: Continuidad asistencial: consulta no presencial

Tipo de Objetivos ..: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1677

1. TÍTULO

DEMANDA NO PRESENCIAL

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

- 5 % de consultas no presenciales en medicina
- 10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1070

1. TÍTULO

OPORTUNIDAD DE MEJORA EN EL REGISTRO OMI. CIERRE DE ORDENES MEDICAS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MAINAR LATORRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALAGON
· Localidad ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ FRAILE PILAR
AGUILAR CORTES JESUS
HERRERO GIL MARIA ANGELES
GARISA ROCHA GEMMA
CERRADA PURI INMACULADA
ARBUES PALACIOS JUAN CARLOS
OLLERO ORTIGAS ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un muestreo aleatorio estratificado por cada cupo asignado a los diferentes profesionales del centro. Se han elegido un numero de pacientes, proporcional al tamaño con un mínimo de 10 y un máximo de 20 por cupo.

Se ha procedido a la revisión de la historia en OMI de dichos pacientes, en concreto de las ordenes médicas de analíticas realizadas a lo largo de 2016. En el caso de no tener dichas ordenes el paciente elegido, se desestima su inclusión en el estudio procediendo a la elección de otro al azar hasta conseguir que todos los pacientes del muestreo tengan ordenes medicas de laboratorio.

Se cuantifican las ordenes cerradas y las que permanecen abiertas de cada paciente. Se construyen los indicadores :

- 1) n° de ordenes cerradas / total de órdenes evaluadas x100
- 2)n° de ordenes con datos ya introducidos / total de órdenes evaluadas x 100

Como variación a la planificación prevista inicialmente, se ha realizado el muestreo al final del año y no trimestralmente como estaba previsto, debido a lo trabajoso de la tarea y la falta de tiempo dada la carga asistencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En términos generales el cumplimiento es aceptable, habiendo mejorado significativamente el cierre de las ordenes de tratamiento tras el inicio del presente proyecto.

Se han incluido una muestra de 170 pacientes del Área de Salud de Alagón. El porcentaje de ordenes cerradas era del 83,5%. En un 89% de los casos los datos estaban volcados en la historia del paciente, bien por cierre de la orden, bien por su introducción manual.

En general representan porcentajes elevados, pero aun subóptimos, dada la importancia que el cierre de ordenes representa para la asistencia diaria de nuestros pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se confirma la impresión general del Equipo sobre la necesidad de actuaciones en este ámbito.

La evaluación de nuestra actividad y las propuestas de ciclos de mejora continua, aparece como una parte esencial para garantizar una asistencia de calidad.

En lo negativo, destacar el escaso tiempo que deja la actividad asistencial para estas actividades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1070 ===== ***

Nº de registro: 1070

Título
OPORTUNIDAD DE MEJORA EN EL REGISTRO OMI. CIERRE DE ORDENES MEDICAS

Autores:
MAINAR LATORRE PILAR, MARTINEZ FRAILE PILAR, AGUILAR CORTES JESUS, HERRERO GIL MARIA ANGELES, GARISA ROCHA GEMA, CERRADA PURI INMACULADA, ARBUES PALACIOS JUAN CARLOS, OLLERO ORTIGAS ANDRES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1070

1. TÍTULO

OPORTUNIDAD DE MEJORA EN EL REGISTRO OMI. CIERRE DE ORDENES MEDICAS

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CONTROLES
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se detecta por los profesionales del EAP que en la historias clinicas permanecen abiertas ordenes medicas antiguas. Algunas de estas órdenes contienen datos e informacion que todavía no se ha volcado a la historia del paciente,

En reunión de Equipo con el objetivo de proponer tres indicadores para el Contrato Programa 2016, se decide corregir esta deficiencia. Seleccionamos volcado y cierre de Resultados de Analisis clínicos.
El buen registro de los parametros permite la explotacion estadistica de los mismos, elaboración de gráficas y un mejor seguimiento de la evolución de paciente a lo largo del tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro punto de partida es desde un porcentaje de cumplimiento bajo hasta 2015. Ante la expectativa de mejora propuesta, se establece un objetivo de alto cumplimiento, de hasta 90 % de las órdenes registradas,

MÉTODO

En la primera sesión de trabajo, se propone que de forma sistemática se haga volcado de los datos de análisis y a continuación se cierre la orden médica.
Se desestiman las órdenes correspondientes a 2015 y años anteriores.

INDICADORES

Acordamos una autoevaluación trimestral, por la que cada profesional selecciona de forma aleatoria un número representativo de cada cupo, al menos diez pacientes, a los que se les ha realizado análisis de sangre durante el año 2016. Indicadores:

nº de ordenes cerradas / total de órdenes evaluadas x100

nº de ordenes con datos ya introducidos / total de órdenes evaluadas x 100

Los datos recogidos trimestralmente por cada profesional se registran en una plantilla impresa.

DURACIÓN

- marzo 2016.- se detecta oportunidad de mejora y se propone para ser incluida en Contrato Programa.
- mayo 2016.- en reunion de EAP se decide proponer el proyecto a la convocatoria 2016 y se programa calendario de autoevaluación.
- septiembre 2016.- primera autoevaluación de historias clinicas.
- diciembre 2016.- segunda evaluación
- marzo 2016 puesta en comun de los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1340

1. TÍTULO

CONSEJO DE SALUD.-PROMOCION DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE BENITO LUÑO GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALAGON
· Localidad ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORTES MARINA ROSA
MAINAR LATORRE MARIA PILAR
OLLERO ARTIGAS ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-ELABORACIÓN DE UNA PROPUESTA DE REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO.
-NOMBRAMIENTO DE LOS MIEMBROS ENTRE LOS PROFESIONALES DEL EAP
-CELEBRACION DE SESIONES ORDINARIAS, CARÁCTER TRIMESTRAL.
-CALENDARIO DE SESIONES PREVISTAS PARA EL AÑO
-ELABORACION DE ACTAS DE CADA SESION
-CREACION DE COMISION DE TRABAJO PARA ELABORACION DE MEMORIAS Y COMISION DE TRABAJO PARA DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA ZONA.
-ELABORACION DE MEMORIA ANUAL
-DISPOSICION DE BUZON DE SUGERENCIAS AL CONSEJO DE SALUD.
-EXPOSICION DE TEMAS DE INTERÉS EN EL TABLÓN DE ANUNCIOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES CUALITATIVOS:
EXISTENCIA DE REGLAMENTO INTERNO SI / NO (SI)
REUNIONES TRIMESTRALES SI / NO (SI)
ACTA DE CADA SESION SI / NO (SI)
CITACION EN TIEMPO Y FORMA SI / NO (SI)
EXISTEN VIAS DE COMUNICACIÓN SI / NO (SI)
DISPONE DE BUZON DE SUGERENCIAS SI / NO (SI)
DISPONE DE TABLON DE ANUNCIOS SI / NO (SI)
ELABORACION DE MEMORIA ANUAL SI / NO ()

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN LA ZONA DE SALUD DE ALAGON YA SE HABÍA CONSTITUIDO EL CONSEJO DE SALUD, QUE FUNCIONABA SIGUIENDO EL COMPROMISO DEL ACUERDO DE GESTION CON LA GERENCIA DEL AREA. NOS PROPONEMOS MEJORAR SU FUNCIONAMIENTO SIGUIENDO EL MARCO LEGAL. ESTE PROYECTO DE MEJORA SE ELABORA POR LOS COMPONENTES CITADOS, SE EXPONE AL RESTO DEL EQUIPO MEDIANTE REUNIÓN ORDINARIA DE CALIDAD.
TRAS LA ELABORACIÓN DEL BORRADOR DEL REGLAMENTO DEL CONSEJO DE SALUD, SE VOLVIÓ A PRESENTAR AL EQUIPO Y SE CREAN LAS COMISIONES DE TRABAJO.
PARA MEDIR LOS RESULTADOS ALCANZADOS, HEMOS ACEPTADO COMO INDICADORES QUE SE CITAN

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1340 ===== ***

Nº de registro: 1340

Título
CONSEJO SALUD

Autores:
LUÑO GARCIA BENITO, OLLERO ARTIGA ANDRES, CORTES MARINA ROSA BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1340

1. TÍTULO

CONSEJO DE SALUD.-PROMOCION DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el año 2014 en el Centro de Salud de Alagón se crea el Consejo de Salud.
Se establece una comunicación con la comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Informar a la comunidad de las actividades que se realizan en el centro.

MÉTODO

En el año 2017 se pretende convocar dos reuniones de Consejo de Salud.
Se informa al equipo del contenido de las sesiones en el Consejo de salud.

INDICADORES

Cumplimiento del mínimo de reuniones.
Registro de actas de reunión.

DURACIÓN

Desde el 2 de enero 2017 hasta el día 31 de diciembre del 2017 se convocan reuniones del los miembros del consejo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1386

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON EPOC Y ASMA ADULTOS

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE PIEDAD ABELLO BLASCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALAGON
· Localidad ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ
PUYELO GALLAN MONTSERRAT
EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA
RUIZ FERRANDEZ ELISA
GARCIA GARCIA ARTURO
MIRANDA ARTO PILAR
TRINCHAN FERNANDEZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesiones clínicas realizadas durante el año del proyecto:

Se realizan 5 sesiones clínicas en horario de 8-9 horas, una hora de duración, durante el año.

Manejo de inhaladores (dos sesiones una teorica y otra práctica, con todos los dispositivos).Durante los tres primeros meses, solicitamos a los laboratorios los diferentes inhaladores con placebo, para poder disponer de ellos los profesionales del centro de salud de Alagón.

Sesión clínica manejo de peak-flow, COPD-6, Espirometro, Incentivador respiratorio. (Durante los tres primeros meses, conseguimos este material).

Sesión clínica:realización e interpretación de espirometrías.

Sesión clínica: EPOC

Pendiente de realizar sesión Asma.

Se planifica actividad comunitaria. Se presenta trabajo en curso de actividades comunitarias.

Trabajo fin de grado de fisioterapia por una de las profesionales de nuestro centro: actividad comunitaria, rehabilitación respiratoria con pacientes de nuestro centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejora en el manejo de los inhaladores de los profesionales, y sensibilización para enseñar a los pacientes(siendo una de las causas más frecuentes de fallo del tratamiento)

Mejora la realización e interpretación de espirometrías.

En la actividad comunitaria, trabajo fin de grado, se hace un estudio y seguimiento de los pacientes tras la rehabilitación respiratoria en nuestro centro de salud, presentan una mayor tolerancia al ejercicio.Se realizan diferentes encuestas sobre calidad de vida, conocimientos de la enfermedad a los pacientes que participan en el estudio...).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las sesiones clínicas realizadas en el centro de salud nos sirven para compartir opiniones y comentar casos.

Tenemos que explicar a los pacientes la técnica con los inhaladores, porque hasta los propios profesionales tenemos que revisar esta técnica.

La espirometría es una prueba muy accesible en nuestro centro, tenemos que informar a los pacientes antes de realizarla de como deben acudir (sin fumar, sin haber tomado la última dosis de inhaladores...) que a veces no lo hacemos.

Mejorar la realización de la técnica de la espirometría y la interpretación, fundamental para el diagnostico de EPOC y Asma.

La EPOC es la cuarta causa de enfermedad y está en aumento, produce una importante limitación en la actividad diaria del paciente por ello consideramos importante seguir formandonos los profesionales y también la educación a los pacientes, para mejorar el control, disminuir las agudizaciones y tambien el coste económico y social.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1386 ===== ***

Nº de registro: 1386

Título
MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON EPOC Y ASMA ADULTOS

Autores:
ABELLO BLASCO PIEDAD, GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ, PUYELO SALLAN MONTSERRAT, EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA, RUIZ FERRANDEZ ELISA, GARCIA GARCIA ARTURO, MIRANDA ARTO PILAR, TRINCHAN FERNANDEZ PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1386

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON EPOC Y ASMA ADULTOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PROYECTO DE MEJORA
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la zona de salud atendemos a numerosos pacientes diagnosticados de EPOC y ASMA. El seguimiento de estos pacientes esta dentro de la cartera de servicios. La formación de los profesionales es un tema importante por la prevalencia de esta patología. En la educación para la salud es un grupo donde creemos que podemos intervenir para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la formación de los profesionales a la hora de tratar y diagnosticar al EPOC y Asmático.
Mejorar la interpretación de las espirometrías y el registro de los datos.
Mejorar el conocimiento en el manejo de los inhaladores.
Crear una actividad comunitaria.
El proyecto está dirigido a los profesionales sanitarios del centro de salud de Alagón.

MÉTODO

*Los responsables de formación del centro de salud organizan cuatro sesiones a tratar:1-Caso clínico de EPOC.2-Caso clínico de ASMA.3. Interpretación de espirometría.4.Manejo de inhaladores.
Manejo de In-check dial. y COPD 6.-
*Rotación para ver la realización de la prueba de espirometría por todos los miembros del equipo.
*Valorar por los profesionales el registro de los datos de la espirometría.
*Realizar una actividad comunitaria con los pacientes. Talleres de una hora de duración en los diferentes municipios. Donde de forma activa participan los pacientes aclarando sus dudas. Buscando la mejora de los tratamientos con inhaladores, el manejo del peak-flow, reconocer los síntomas de las reagudizaciones y los autocuidados.

INDICADORES

Encuesta de satisfacción a los profesionales.
Valorar de 1 a 5 puntos. Si los profesionales consideran la puntuación en 4 y 5 puntos crearemos que lo consideran una mejora de calidad.
-¿Te ha parecido útil para tu trabajo?
-¿Ha cumplido tus expectativas?
-¿Te ha parecido interesantante este proyecto?
-¿Crees que después de este proyecto podrás dar una mejor atención a estos pacientes?

DURACIÓN

Desde el 1-enero 2017 al 31 de mayo del 2017 planificación del proyecto.
En mayo y junio del año 2017 sesiones formativas y rotación por la sala de espirometrías.
Desde julio hasta 31-12-2017 planificar y realizar proyecto comunitario.
Desde julio hasta 31-12-2017 valorar registro de la interpretación de las espirometrías

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1542

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR MARTINEZ FRAILE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALAGON
· Localidad ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LUÑO GARCIA BENITO
CORTES MARINA ROSA
OLLERO ARTIGAS ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaborar un listado de pacientes en tratamiento con estatinas y con opiáceos y se hace puesta en común. Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos.
-Reunión con Farmacéuticas Área III
-Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión. Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
-Monitorizar a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
-Registrar las actividades realizadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

estatinas: estatinas eficaces / total de estatinas prescritas x 100=
25.22% (Estándar: 19,6%-9,5%)

-faringoamigdalitis: prescripción de penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina./ Total de antibióticos prescritos
-opiáceos: pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata "revisados"/ Total de pacientes en tratamiento
-Elaboración de Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos. (si / No)
-Elaboración de Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mejora en la selección eficiente de estatinas en 0,18%

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1542 ===== ***

Nº de registro: 1542

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA GOO.GL/XKBJ9J

Autores:
MARTINEZ FRAILE PILAR, OLLERO ORTIGAS ANDRES, AGUILAR CORTES JESUS, PELEGRIN INGLES FELIX, HERRERO GIL MARIA ANGELES, ARBUES PALACIOS JUAN CARLOS, CORTES MARINA ROSA BLANCA, MAINAR LATORRE PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DISLIPEMIAS/ TRATAMIENTO DEL DOLOR/ PATOLOGIA PEDIATRICA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1542

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:

- estatinas de menor eficiencia,
- opiáceos de liberación inmediata,
- utilización de antibióticos apropiados ante faringoamigdalitis en pediatría: penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina.

MÉTODO

A petición de la responsable del Proyecto, se reúne el grupo de trabajo en Calidad para nombrar responsables de cada actividad. Acciones Previstas:

- Elaborar un listado de pacientes en tratamiento con estatinas y con opiáceos y se hace puesta en común. Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos.
- Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión. Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
- Monitorizar a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
- Registrar las actividades realizadas

INDICADORES

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia:

- estatinas: estatinas eficaces / total de estatinas prescritas x 100
- faringoamigdalitis: prescripción de penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina.
- Total de antibióticos prescritos
- opiáceos: pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata "revisados"
- Total de pacientes en tratamiento
- Elaboración de Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos. (si / No)
- Elaboración de Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:

Presentación del acuerdo de gestión al EAP .Definición de responsables.

Junio-Octubre:

- Nombramiento de responsables de Actividades.
- Elaboración de Listados de pacientes en tratamiento.
- Puesta en común de datos.
- Sesiones clínicas formativas: tres sesiones
- Registro de las Actividades.

Noviembre-Diciembre:

Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1678

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA OÑA RAMOS
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS BOMBARDA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RENALES SOLER ISABEL
LOGROÑO GONZALEZ DEL CASTILLO LUIS
ARGÜELLO GARCIA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado reuniones del grupo de trabajo para elaborar el plan de actuación que se presentó al resto del equipo, con el fin de elaborar la estrategia a seguir para incluir la consulta no presencial en las agendas de medicina y enfermería del Centro de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han incluido en las agendas de OMI al menos dos huecos de consulta no presencial de medicina y enfermería.

En estos huecos son citados aquellos pacientes que solicitan contactar con su médico/enfermera sin necesidad de acudir presencialmente a su Centro de Salud.

Su médico y enfermera contacta con ellos telefonicamente para resolver el problema planteado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos observado una buena aceptación tanto por parte de los pacientes como del personal sanitario, permitiendo una comunicación más fluida con los pacientes y mejorando por tanto la calidad de la asistencia.

7. OBSERVACIONES.

En el caso de que no se hubieran utilizado los huecos de demanda no presencial, podrán utilizarse como demanda ordinaria con el fin de no disminuir el número de pacientes que deben ser atendidos en el día.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1678 ===== ***

Nº de registro: 1678

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
OÑA RAMOS ANA, LANZ AGUIRRE JESUS, SANZ ANDRES CONCEPCION, RENALES SOLER ISABEL, LOGROÑO GONZALEZ DEL CASTILLO LUIS, ARGUELLO GARCIA JOAQUINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1678

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

- 5 % de consultas no presenciales en medicina
- 10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1625

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS. MATERIAL SANITARIO SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE ISABEL RENALES SOLER
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BOMBARDA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DUO BUENDIA MARIA PILAR
PLANA PUIG JOSE MANUEL
SORA USON OLGA
NAUDIN BERDUQUE JESUS ANGEL
VAL VILLAVERDE MARIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado varias reuniones del grupo de trabajo para establecer el calendario de actividades y seguimiento del proyecto. Revisiones de la sala, material y personal responsable de la sala de urgencias.
Sesiones informativas al resto del equipo (tres a lo largo del año) y elaboración de los modelos de planillas para anotar las incidencias y uso de los maletines de urgencias, carro de paradas y vitrina de material de urgencia.
Listado de responsables de las revisiones periódicas
Se han reubicado los recursos materiales disponibles con vistas a optimizar al máximo el reducido espacio de la sala, en espera de que se apruebe la ampliación solicitada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha creado un espacio dedicado exclusivamente a la atención de urgencia y se ha creado un circuito de atención urgente, conocido por todo el personal del centro.
Se ha modificado y optimizado el contenido de los maletines de urgencia de médico y Enfermera (uno con material y otro con medicación)
Se ha redistribuido el material y medicación del carro de paradas, de manera que en él solo existe lo necesario para esa situación específica, dejando el resto de medicación y material para situaciones de urgencia, no de parada, en una vitrina dentro de la misma sala. Rotulada de forma clara y con el material organizado alfabéticamente y a la vista.
Se ha simplificado el sistema de revisiones periódicas al separar los contenidos del Carro de paradas y Vitrina de urgencias.
El carro de paradas está precintado de manera que con precinto íntegro se tiene la garantía de que su interior está completo y en orden.
Existe un listado en el archivo compartido del ordenador de Bombarda con los contenidos y caducidades.
Cada dos meses se revisaran los contenidos de la Sala de urgencias por parte de dos miembros del equipo siguiendo un listado previo (Un médico y un enfermero/a).
Para dicha revisión utilizarán como punto de partida el listado de material mencionado y las hojas de incidencias descritas.
Carro de paradas: si el precinto está intacto y según el listado no hay caducidades, no será necesario abrirlo.
Vitrina y maletines: revisar según el listado mencionado y las hojas de incidencias si las hubiera.
El resultado de la revisión se comunicará a la persona que se ha establecido como responsable de la sala y que tiene acceso a la modificación del listado en el ordenador para que proceda a actualizarlo.
Se establece la existencia de un responsable de la sala de urgencias que podrá ser nombrado con una periodicidad anual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo ha valorado muy positivamente la nueva distribución y contenidos de la sala de urgencia por considerarla más operativa por accesibilidad y manejo.
El carro de paradas y su contenido resultan más accesibles.
Existe una mayor concienciación y compromiso por parte de todo el equipo sobre la necesidad de utilizar adecuadamente el material de la sala y de reponer de forma inmediata todo lo que se utilice.

7. OBSERVACIONES.

Sigue siendo necesario ampliar la sala derribando la pared que separa la zona principal de la zona de lavabo.
Se necesita disponer de un ordenador para una correcta asistencia y ello requiere que sea posible tener abiertos a la vez dos ordenadores con la misma clave. El personal que atiende la urgencia en un momento determinado está trabajando en su consulta y no es operativo tener que apagar primero uno y encender el de urgencias cada vez que se necesite.
De forma unánime, el equipo considera conveniente realizar simulacros y/o sesiones de RCP en el Centro al menos una vez al año.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1625 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1625

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS. MATERIAL SANITARIO SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Nº de registro: 1625

Título

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS. C.S. BOMBARDA

Autores:

RENALES SOLER ISABEL, PLANA PUIG JOSE MANUEL, VAL VILLAVERDE MARIA ANGELES, SORA USON OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO

Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).
Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1625

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS. MATERIAL SANITARIO SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1633

1. TÍTULO

APOYO A LA LACTANCIA Y MASAJE INFANTIL

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR LOBERA NAVAZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BOMBARDA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES REDONDO CARMEN
CAPELLA ESCARIHUELA MONTSERRAT
MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado semanalmente una reunión con el grupo de madres lactantes y otra de masaje infantil. En ambas reuniones ha participado la matrona y en el grupo de lactancia también han participado la enfermera de pediatría y la pediatra.
La captación de los pacientes y la difusión de las reuniones se ha llevado a cabo en las consultas de las profesionales que dirigen las actividades.
Se entrega a las madres información por escrito de estos proyectos durante el seguimiento del embarazo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha observado mejora en la solución de problemas de lactancia y manejo de disconfort del lactante entre las madres que acuden a estas reuniones.
La forma de obtención de esta información es la observación de los motivos de demanda en las consultas
No se han propuesto indicadores concretos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se pretende continuar con esta cadencia de reuniones mientras sea posible y la carga asistencial lo permita.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1633 ===== ***

Nº de registro: 1633

Título
APOYO A LA LACTANCIA Y MASAJE INFANTIL

Autores:
LOBERA NAVAZ PILAR, ANDRES REDONDO MARIA CARMEN, CAPELLA ESCARIHUELA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: toda la poblacion
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La zona de salud de Zaragoza capital Bombarda tiene una población de 16.082 (tis). Esta zona forma parte, junto con el resto de zonas de salud de Zaragoza capital, de la entidad de Zaragoza del municipio del mismo nombre. El Equipo de Atención Primaria está constituido y en funcionamiento desde el 1 de noviembre de 1991
Índice de Dispersión Geográfica del EAP: G1.
Recursos humanos:
En el Centro de Salud trabajan 9 médicos de Familia, 2 pediatras, 1médicos de Atención continuada, 10 enfermeras, 1 enfermera de atención continuada, 1 matrona, 1 auxiliar de clínica, 5 personal de admisión.
Existen varias asociaciones de vecinos, tres colegios y dos institutos.
Ademas en la zona existen varias guarderías, una residencia de ancianos y Centros de día de mayores.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1633

1. TÍTULO

APOYO A LA LACTANCIA Y MASAJE INFANTIL

Mantener y mejorar en lo posible el conocimiento de la población sobre los beneficios de la lactancia materna.

MÉTODO

A través de sesiones prácticas, a modo de talleres de periodicidad semanal acompañadas de charlas para aumentar los conocimientos, y eliminar tabues, el el que se adiestra a las madres en la técnica más apropiada de lactancia y masaje infantil.

INDICADORES

Encuestas de conocimiento previo y posterior así como encuesta de satisfacción

DURACIÓN

El año del actual Acuerdo de Gestión con el objetivo de su continuidad permanente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1645

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION SANITARIA EN ADULTOS. EAP BOMBARDA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE FELIX GUTIERREZ MORENO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS BOMBARDA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TORRECILLA CONDE JESUS
SANZ ANDRES CONCEPCION
FERNANDEZ FALCON CAMINO
DE LA ROSA LUCAS DOLORES
ORTA CASAS MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y del uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

En primer lugar se presentó en el Centro de Salud Bombarda el acuerdo de gestión de 2017. Así mismo, se crearon los grupos de trabajo entre los componentes del equipo de los diferentes proyectos de mejora.

Se decidieron dos actuaciones en la adecuación de la prescripción sanitaria:

- Adecuación del tratamiento con estatinas, cuya población diana era todos los pacientes sin distinción de sexo y edad que estaban tomando estatinas.
 - Medicamentos con alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años, cuya población diana era todos los pacientes sin distinción de sexo mayores de 75 años.
 - Mejora de la indicación de uso de tiras reactivas para medir la glucemia capilar, cuya población diana eran todos los pacientes diabéticos que recibían tiras reactivas
- Posteriormente se celebró una reunión de responsables de URM la Dirección de Atención Primaria del Sector III, con el propósito de revisar los indicadores del cuadro de mandos de farmacia y el proyecto de adecuación de la prescripción en la asistencia sanitaria.
- En cuanto a la adecuación del tratamiento eficiente con estatinas, se realizó una sesión clínica, donde primeramente, los miembros del equipo contestaron un pretest, previo a la sesión para valorar los conocimientos previos de las nuevas indicaciones del uso de estatinas y posteriormente a la sesión un postest. Para la sesión se utilizó como base la nueva "Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular" perteneciente a las Guías de Práctica Clínica del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, editada en este mismo año 2017.

- Se presentó una sesión sobre medicamentos con alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años. En la sesión se presentaron la escala ACB/2102 (Anticholinergic Cognitive Burden Scale) que clasifica a los fármacos según su efecto colinérgico y los criterios STOPP-START. Estos criterios describen los errores más comunes de tratamiento y de omisión en la prescripción.

- En cuanto a mejora de la indicación de uso de tiras reactivas para medir la glucemia capilar, se creó un grupo formado por un médico, una enfermera y la auxiliar de clínica. Este grupo elaboró un plan de acción y unas recomendaciones de buen uso que fueron transmitidos al equipo junto con la instrucción del Salud donde especificaba el uso o no de tiras reactivas según el tratamiento prescrito. El plan consistía en recoger el número de pacientes que utilizaban tiras reactivas y distribuirlos por cupos para la revisión y devolución de nuevo a la auxiliar de clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Adecuación del tratamiento con estatinas.
 - o Selección ineficiente de estatinas: el rango de objetivos de prescripción farmacológica para este año estaba entre 19,6 % y 9,5 %. Nuestro centro partía de un 15,43 el 1 de enero de 2017 y a 31 de diciembre de 2017 era de 14,88%.
 - o Estatinas en prevención secundaria: el rango de objetivos de prescripción farmacológica para este año estaba entre 59,5 % y 73,1 %. Nuestro centro partía de un 77 % el 1 de enero de 2017 y a 31 de diciembre de 2017 era de 78,13%.
 - o Uso inadecuado de hipolipemiantes combinados: el rango de objetivos de prescripción farmacológica para este año estaba entre 10,1 % y 4,7 %. Nuestro centro partía de un 7,46 % el 1 de enero de 2017 y a 31 de diciembre de 2017 era de 8,04%.
- Medicamentos con alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años. El rango de objetivos de prescripción farmacológica para este año estaba entre 14,4% y 8,7 %. Nuestro centro partía de un 14,84 % el 1 de enero de 2017 y a 31 de diciembre de 2017 era de 12,18%.
- Mejora de la indicación de uso de tiras reactivas para medir la glucemia capilar.
La evaluación de los resultados se realizará comparando el consumo de tiras el primer semestre de 2017 y el primer trimestre de 2018 y posteriormente comparando todo el año 2017 con todo 2018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1645

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION SANITARIA EN ADULTOS. EAP BOMBARDA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el uso de estatinas partíamos en cifras de rango. En todos los apartados han mejorado los porcentajes, excepto en el de fármacos hipolipemiantes combinados, pero manteniéndose en cifras de objetivo de este año. En este último caso podría estar relacionado el estudio IMPROVE-IT, cuyo objetivo principal del estudio, compuesto por muerte cardiovascular, infarto de miocardio, angina inestable, revascularización coronaria, AVC se redujo un 2,0% absoluto, lo que pudo originar un aumento de prescripción de la asociación simvastatina y ezetimibe.

En el caso de los medicamentos con alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años, debemos familiarizarnos con las escalas y criterios que nos pueden ayudar a decidir el tratamiento, sobre todo en aquellos que llevan múltiples fármacos. Muy problemáticas son las prescripciones de especializada en las diferentes patologías en las que se usan estos fármacos, que se hacen sin tener en cuenta los fármacos que toman e incluso si toman algún otro fármaco con efecto colinérgico prescrito por otro problema de salud.

En el uso de tiras reactivas hubo un importante cambio con la instrucción del Salud que provocó en algún caso la no aceptación por parte del paciente del cambio de directriz, así como, la no información a la auxiliar de clínica de los tratamientos del paciente, por lo que su colaboración no podía ser completa. Con este trabajo de depuración quedará plenamente establecido quien puede recibir tiras y el número de ellas. Si hubiera un problema con algún paciente, cualquier personal sanitario será capaz de aclarar el caso.

Creemos que los resultados pueden mejorar con el paso del tiempo (este año al ser el primero no se ha tenido mucho tiempo de implementar toda la información recibida). La información periódica de actualizaciones y guías junto con la herramienta del Cuadro de Mandos de Farmacia, que nos ofrece datos mes a mes, pueden resultar muy útiles para nuestra prescripción.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1645 ===== ***

Nº de registro: 1645

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA EN ADULTOS. EAP BOMBARDA

Autores:
GUTIERREZ MORENO FELIX, FERNANDEZ FALCON CAMINO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-medicamentos de alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años,

MÉTODO
Adecuación de la prescripción de medicamentos
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1645

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION SANITARIA EN ADULTOS. EAP BOMBARDA

gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, medicamentos de alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años.
Revisión de pacientes en tratamiento con medicamentos de alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:

Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:

Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1647

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL MARTINEZ ALGORA

- Profesión PEDIATRA
- Centro CS BOMBARDA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOBERA NAVAZ MARIA PILAR
ANDRES REDONDO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones con la Compañera Pediatra del Centro de Salud Bombarda,Zaragoza,y con la Coordinadora del Centro de Salud referido,comunicando los resultados que hemos ido presentando a lo largo del año,datos que obtenia de un sistema de informacion (DATA Farmacia),basado en las prescripciones realizadas en receta electronica.Ello permite la monitorizacion de nuevos indicadores en los que se relaciona la prescripcion con el diagnostico.Cada profesional de Pediatría dispone de los medios informaticos en OMI para proceder a valorar a traves del Centro Mando-Farmacia(CMFARMACIA),de los indicadores de Farmacia,"Porcentaje de Uso de antibioticos en faringoamigdalitis estreptococica" y "porcentaje de uso de antibioticos en otitis media aguda.En el cuadro de mando de Farmacia(CMFARMACIA),se dispone de la informacion relacionada a los indicadores referidos con anterioridad por meses.Valorados los indicadores,se comentaban los valores de los mismos, ayudado de los graficos,de los que se disponia,obtenidos de la manera referida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la faringoamigdalitis estreptococica en edad pediatrica,siendo el uso de antibioticos de primera eleccion en faringoamigdalitis estreptococica superior al 83,78% y fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la otitis media agua en pacientes pediatricos,intentando que el uso de antibioticos de primera eleccion (amoxicilina y amoxicilina-clavulánico),en otitis media debiera ser superior al 86,13%.Dentro del capitulo 6(Proyectos y Objetivos de la unidad),contrato programa Centro Salud Bombarda 2017,y dentro del apartado Indicadores y Valor a alcanzar,(En Adecuacion de la prescripcion de medicamentos),se establece,pacientes pediatricos con prescripciones de cualquier antibiotico y diagnostico de otitis media aguda:86,13-95,83%,y pacientes pediatricos con prescripciones de cualquier antibiotico y diagnostico de faringoamigdalitis estreptococica aguda:83,78%-95,24%.En la actualidad,revisados los Indicadores en OMI-apartado Cuadro Mando de Farmacia-Pediatría-consta mayo 2017,"Uso de antibioticos en faringoamigdalitis estreptococica",para la Pediatra Pilar Lobera 96,43%,y "Uso de antibioticos en otitis media aguda",mayo 2017,97,78,y para junio 2017,respectivamente,96,36% y 97,67%.Estos indicadores para el Pediatra,M.Angel Martinez,respectivamente, mayo 2017,94,74%,92,86%, y para junio 2017,96,15% y 93,02%. Revisados los indicadores correspondientes a enero del 2018,para el pediatra M.Angel Martinez,presenta porcentaje del 87,23% en Otitis Media Aguda y del 96,77% en Faringoamigdalitis estreptococica,y para la Pediatra Pilar Lobera,presenta un porcentaje del 98,44% en Faringoamigdalitis aguda y del 98,08% en Otitis Media Aguda.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Seria muy importante para el seguimiento,poder seguir accediendo al Sistema Informatico,OMI,acceso al cuadro de Mando de Farmacia(CMFARMACIA).La prescripcion razonada de medicamentos-antibioticos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud,para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos-antibioticos,garantizar la eficiencia en la utilización de recursos y en relacion mas concretamente con los antibioticos,fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la faringoamigdalitis aguda en edad pediatrica y tambien fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la otitis media aguda en pacientes pediatricos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1647 ===== ***

Nº de registro: 1647

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA.ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA. CS BOMBARDA

Autores:
MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL, LOBERA NAVAZ PILAR, ANDRES REDONDO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1647

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Infecciones tracto respiratorios superior, faringoamigdalitis, otitis.
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos del acuerdo de gestion del centro de Salud Bombarda,2017,donde dentro del capitulo 3 (Objetivos estrategicos),y dentro del URM, que el uso de antibioticos de primera eleccion (amoxicilina y amoxicilina-clavulanico)en Otitis media debera ser superior al 86,13% y el uso de antibioticos de primera eleccion en faringoamigdalitis estreptococica debera ser superior al 83,78%.La prescripcion razonada de medicamentos-antibioticos es esencial por su repercusion en la obtencion de mejores resultados en salud,para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos-antibioticos,garantizar la eficiencia en la utilizacion de recursos y en relacion mas concretamente con los antibioticos,fomentar la utilizacion de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la faringoamigdalitis aguda en edad pediatrica y tambien fomentar la utilizacion de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la otitis media aguda en pacientes pediatricos.En el capitulo 3 del contrato programa del centro de salud Bombarda,2017,tambien se establece,punto 3,"No dar antibioticos de forma rutinaria a niños y niñas con gastroenteritis".Todo encaminado a evitar el uso excesivo de antibioticos y sus consecuencias en el aumento de las resistencias bacterianas.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar la utilizacion de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la faringoamigdalitis estreptococica en edad pediatrica,siendo el uso de antibioticos de primera eleccion en faringoamigdalitis estreptococica superior al 83,78% y fomentar la utilizacion de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la otitis media aguda en pacientes pediatricos,intentando que el uso de antibioticos de primera eleccion (amoxicilina y amoxicilina-clavulanico),en otitis media debera ser superior al 86,13%.Dentro del capitulo 6(Proyectos y Objetivos de la unidad),contrato programa Centro Salud Bombarda 2017,y dentro del apartado Indicadores y Valor a alcanzar,(En Adecuacion de la prescripcion de medicamentos),se establece, pacientes pediatricos con prescripciones de cualquier antibiotico y diagnostico de otitis media aguda:86,13-95,83%,y pacientes pediatricos con prescripciones de cualquier antibiotico y diagnostico de faringoamigdalitis estreptococica aguda:83,78%-95,24%.En la actualidad,revisados los Indicadores en OMI-apartado Cuadro Mando de Farmacia-Pediatria-consta mayo 2017,"Uso de antibioticos en faringoamigdalitis estreptococica",para la Pediatra Pilar Lobera 96,43%,y "Uso de antibioticos en otitis media aguda",mayo 2017,97,78,y para junio 2017,respectivamente,96,36% y 97,67%.Estos indicadores para el Pediatra,M.Angel Martinez,respectivamente, mayo 2017,94,74%,92,86%, y para junio 2017,96,15% y 93,02%.

MÉTODO
1º) Información sobre el Proyecto
2º) En el Cuarto trimestre,información de la evolucion de los indicadores.

INDICADORES
Cada profesional de Pediatria dispone de los medios informaticos en OMI para proceder a valorar a traves del Centro Mando -Farmacia(CMFARMACIA),de los indicadores de Farmacia,referidos con anterioridad, "Porcentaje de Uso de antibioticos en faringoamigdalitis estreptococica ",(porcentaje,% EAP,% sector,% Aragon,Min,Max) y "Porcentaje de Uso de antibioticos en otitis media aguda"(%,% EAP,% sector,% Aragon,Min-Max).

En el cuadro de Mando de Farmacia(CMFARMACIA),se dispone de la informacion relacionada a los indicadores referidos con anterioridad,por meses,indicadores que se denominan "cualitativos",pudiendose tambien hacer balance de varios meses, y se puede valorar porcentajes de cada profesional,y porcentajes del EAP,porcentajes del sector III,y porcentajes de Aragon,pudiendose valorar y comparar los porcentajes y ver las evolucion.

Evaluacion inicial al comienzo del proyecto y evaluacion final a su termino en diciembre .

DURACIÓN
- Mayo: analisis de situacion en la prescripcion de antibioticos.
- Diciembre 2017. Evaluacion de indicadores.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1647

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1654

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD: RCP BASICA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE LUIS MIGUEL ALUTIZ PEÑA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BOMBARDA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTRO CAVERO CRISTINA
NAUDIN BERDUQUE JESUS
TENIAS GUALLAR JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
· EXPLICACION TEÒRICA MEDIANTE PRESENTACIÒN PPW.
· DEMOSTRACIÒN PRÀCTICA MEDIANTE VOLUNTARIO.
· EXPLICACIONES VERBALES A CUALQUIER PREGUNTA O INTERVENCIÒN POR PARTE DE LOS PRESENTES.
· CASOS PRACTICOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-MAYOR CONOCIMIENTO DE LA CADENA DE RCP BASICA Y SU PUESTA EN MARCHA. PARA ELLO SE PASO UN PRE-TEST Y POSTERIORMENTE UN POST-TEST
- LOS PARTICIPANTES TUVIERON CLARO QUE HACER EN UNA SITUACION LIMITE QUE PUDIERA PRESENTARSE. SE REALIZARON PREGUNTAS ABIERTAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-MEJORAR LA MOTIVACION A LA POBLACION PARA REALIZAR LA RCP BASICA EN SITUACIONES NECESARIAS.
- AMPLIAR LA CAMPAÑA E INFORMACION PARA LA REALIZACION DEL TALLER.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1654 ===== ***

Nº de registro: 1654

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD: RCP BASICA

Autores:
ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL, CASTRO CAVERO CRISTINA, NAUDIN BERDUQUE JESUS, TENIAS JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
· ANTE LAS DEMANDAS PROVOCADAS POR SITUACIONES DE URGENCIA EN LA VIDA DIARIA, EXISTE UNA NECESIDAD VITAL DE RESPONDER CON PRONTITUD Y PREPARACION EN LA RESOLUCION DE UN SUCESO QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA O QUE ESTE YA SE HAYA INICIADO.
· IMPARTIDO POR PROFESIONALES SANITARIOS DEL C.S.

RESULTADOS ESPERADOS
DOTAR A LA POBLACION ADULTA DE LOS CONTENIDOS TEÒRICOS DE LA RCP BÀSICA.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1654

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD: RCP BASICA

. PONER EN PRACTICA LA CADENA DE RCP BÀSICA.

MÉTODO

- . EXPLICACION TEÒRICA MEDIANTE PRESENTACIÓN PPW.
- . DEMOSTRACIÓN PRÀCTICA MEDIANTE VOLUNTARIO.
- . EXPLICACIONES VERBALES A CUALQUIER PREGUNTA O INTERVENCIÓN POR PARTE DE LOS PRESENTES.
- . CASOS PRÀCTICOS.

INDICADORES

- . MEDIANTE UNA ENCUESTA PRE-TALLER Y OTRA POST-TALLER.

DURACIÓN

2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1638

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS:MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE RAIMUNDA GAYARRE JORGE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BORJA
· Localidad BORJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADELL RUIZ MARIA BEGOÑA
ADELL RUIZ MARIA ANGELES
SANCHEZ MAGALLON NATALIA
ALVAREZ ZUAZO MARIA JESUS
GRASA ROYO MARIA PILAR
BERNA MAYOR NICOLAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión mensual de maletines de urgencias y del material de urgencias.
Reposición de medicación, material de curas y vendajes; revisión de fecha de caducidad del material; mantenimiento del orden de ampularios, sistemas venosos, material de RCP.
Presentación del procedimiento a los compañeros del centro de salud.
Registro mensual de material cambiado en los formularios estandarizados.
Registro mensual de las actividades realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_z3 y también al PO-02_z3.
Mantener el hábito de reposición y vigilancia constante y mensual del material de urgencias tanto en maletines como en el botiquín de la sala de urgencias.
Mantenimiento de dicho material garantizando la actividad urgente si se precisa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es preciso mantener el hábito de seguimiento mensual dado que garantiza que ante una situación urgente el material está en el sitio adecuado y en fecha adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1638 ===== ***

Nº de registro: 1638

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
GAYARRE JORGE RAIMUNDA, ADELL RUIZ MARIA BEGOÑA, ADELL RUIZ MARIA ANGELES, GRACIA MALO CRISTINA, SANCHEZ MAGALLON NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BORJA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1638

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS:MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

- Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO

Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines. Detección de áreas de mejora
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo. Si/no

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1646

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP BORJA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE FRANCISCO GARAFULLA GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS BORJA
- Localidad BORJA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COBOS HERNANDEZ ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Reunión el 19 de octubre de los coordinadores del proyecto de cada CS del Área III, con las responsables de Farmacia del Sector.

-Reunión con el equipo del CS Borja en noviembre-17 exponiendo la situación y evolución de los indicadores del cuadro de mandos, con turno de preguntas, planteando posibilidades de mejora para los indicadores que no están en rango. En la sesión se utilizaron medios audiovisuales, con powerpoint, gráficos, tablas...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores del cuadro de mandos:

- 1) Uso de estatinas en pacientes en prevención secundaria, en rango tanto en el año 2016 como en el año 2017.
- 2) Selección eficiente de estatinas, en rango tanto en el año 2016 como en el año 2017.
- 3) Tratamiento hipolipemiente combinado en prevención primaria, en rango tanto en el año 2016 como en el año 2017.
- 4) Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años, en rango tanto en el año 2016 como en el año 2017.
- 5) Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años, en rango tanto en el año 2016 como en el año 2017.
- 6) Selección eficiente de IBP, en rango tanto en el año 2016 como en el año 2017.
- 7) Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica, fuera de rango tanto en el año 2016 como 2017.
- 8) Uso de antibióticos en OMA, fuera de rango tanto en el año 2016 como 2017.

Adecuación de la prescripción:

- 1) Utilización de apósitos, fuera de rango tanto el año 2016 como 2017.

La fuente de datos ha sido el cuadro de mandos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las acciones proyectadas son:

- Reunión de equipo cada 3-4 meses para valorar la evolución de los indicadores, y comentar los avances y dificultades encontradas para adaptar nuestra prescripción.
 - Realizar sesiones para recordar los protocolos terapéuticos de los indicadores (estatinas, IBP, fármacos anticolinérgicos...).
 - Realizar una sesión para mejorar e incentivar el uso del cuadro de mandos.
- Se ha comentado con enfermería la situación de la utilización de los apósitos. Refieren como causas que a veces el almacén está desprovisto (no llega a tiempo el pedido), y otras veces en úlceras muy exudativas o complejas hay que cambiarlos con más frecuencia.

7. OBSERVACIONES.

Dado que la reunión con el equipo fue en noviembre de 2017 (con vacaciones de Navidad por el medio), no se han podido llevar a cabo todas las acciones proyectadas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1646 ===== ***

Nº de registro: 1646

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP BORJA

Autores:
GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO, HERNANDEZ BONO ANABEL SANDRA, GRACIA SALVADOR MARIA JOSE, ADELL RUIZ MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BORJA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1646

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP BORJA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-medicamentos con riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años,
-uso de apósitos,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-utilización de antibióticos en otitis en pediatría,

MÉTODO

Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con estatinas y medicamentos con alto riesgo anticolinérgico en pacientes mayores de 75 años
Adecuar la utilización de apósitos al catálogo del almacén del HCU
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, medicamentos con alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años, antibióticos en faringoamigdalitis y otitis en Pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con medicamentos de alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años (sí/no).
% de variación de gasto en apósitos a través de receta médica
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1664

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA

Fecha de entrada: 11/12/2017

2. RESPONSABLE MERCEDES GARIJO BARSELO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BORJA
· Localidad BORJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA SALVADOR MARIA JOSE
RODRIGO ALVAREZ MARIA DEL MAR
COBOS HERNANDEZ ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Actividad formativa 1. Descripción de qué es la farmacovigilancia. Obligatoriedad de notificar cualquier sospecha de RAMs. ¿Qué se obtiene con la notificación de RAMs?. Septiembre 2017.

-Actividad formativa 2. Pasos y medios para notificar. Ejemplos prácticos. Octubre 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A fecha de hoy se tenían que haber realizado dos actividades formativas (1 y 2) y ambas se han cumplido. El primer resultado del nº de notificaciones se obtendrá en febrero 2018 y entonces se expondrá al equipo los avances realizados durante los primeros 6 meses de trabajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consta la implicación en la notificación de RAMs por parte de los miembros del equipo y se espera una importante mejora de los datos.

Pendiente: dos reuniones, la primera a los 6 meses de iniciado el trabajo para evaluar los avances a mitad de periodo, y una segunda reunión para exposición de los datos finales.

Sostenibilidad en este tipo de trabajo es la concienciación del personal de que es un claro campo de mejora del conocimiento de los fármacos de uso diario y una obligación legal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1664 ===== ***

Nº de registro: 1664

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA

Autores:
ESTEBAN JIMENEZ OSCAR, GARIJO BARSELO MERCEDES, GRACIA SALVADOR MARIA JOSE, RODRIGO ALVAREZ MARIA DEL MAR, COBOS HERNANDEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BORJA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Este trabajo es transversal a todas las patologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente una de las funciones fundamentales del equipo de salud es velar por la seguridad de la terapéutica farmacológica, así como buscar su mayor efectividad, tomando en cuenta el hecho real de que determinadas reacciones adversas a medicamentos de uso humano (RAM) no pueden detectarse ni en los estudios preclínicos en animales, ni en los ensayos clínicos de fase II y III. Es esencial tener en cuenta que durante las fases de investigación clínica (fases II y III) sólo un número pequeño y exclusivo de pacientes son expuestos al tratamiento (2.000-5.000), por lo que no es extraño pensar que aquellas RAM de incidencia intermedia o baja, las que tienen un largo período de latencia, las que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1664

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA

ocurren tras tratamientos crónicos o aquéllas que aparecen en grupos específicos de pacientes, no sean detectadas durante el desarrollo de estos estudios. La comercialización de un medicamento sólo significa que, en el momento de concederse su licencia, no se han identificado riesgos inaceptables en su uso.

La identificación y notificación de las RAM es una de las actividades asistenciales que en los últimos años se ha incorporado a los indicadores de la calidad del Sistema Sanitario.

Uno de los ejes de la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que los tratamientos y los cuidados recibidos por los pacientes no les supongan daños, lesiones o complicaciones adicionales a la enfermedad que padezcan, más allá de los necesarios y justificados para el adecuado manejo diagnóstico, terapéutico o paliativo del proceso de enfermedad.

La prescripción de medicamentos forma parte inseparable del acto médico siendo su importancia y frecuencia de tal magnitud que la facturación de farmacia en el año 2016, según datos del Ministerio de Sanidad, era de más de 900 millones de recetas en el Sistema Nacional de Salud. Parece obvio que la exposición de la población a los medicamentos es masiva.

En este contexto, las RAM se han convertido en un nuevo problema de Salud Pública, en cifras que podrían denominarse de pandemia, obligándonos a continuar la investigación de las consecuencias del uso de los medicamentos tras su comercialización a través de la Farmacovigilancia.

La magnitud del problema que se expone es tal que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que las RAM son una de las 10 causas principales de defunción en todo el mundo. Y Lazarou, quizás en uno de los estudios con más repercusión hasta la fecha, estimó que las RAM suponían entre la cuarta y sexta causa de mortalidad en Estados Unidos.

A pesar de la importancia de las RAM existe un problema, la infranotificación de las mismas. Los datos de infranotificación varían pero aproximadamente rondan unos porcentajes en torno al 94%, según la revisión que realizó Hazell en el 2006.

Los datos demuestran que la mayor parte de las prescripciones de fármacos se producen desde la Atención Primaria (alrededor del 80-90%) y que hasta el 2,5% de las consultas pueden estar motivadas por una RAM.

Situación actual del CS Borja: Tras la solicitud del número de RAMs notificadas al Sistema de Farmacovigilancia de Aragón por parte del CS Borja, se evidenció que desde el año 2010 al 2016 no se ha notificado ninguna RAM, mientras que la tasa por cada 100000 habitantes/año en 2016 en Aragón fue de 89,68.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana serán todos los pacientes que sean atendidos en el centro de salud de Borja y en todos sus consultorios. El grupo etario comprende desde los 0-100 años de ambos sexos.

El objetivo es aproximarse a la tasa media de notificaciones de RAMs en Aragón.

Fomentar la notificación en medicina y enfermería.

La intervención conllevará una mejora en la calidad de la prescripción en los pacientes y en un mejor conocimiento de los medicamentos que se manejan en Atención Primaria.

MÉTODO

Actividad formativa 1. Descripción de qué es la farmacovigilancia. Obligatoriedad de notificar cualquier sospecha de RAMs. ¿Qué se obtiene con la notificación de RAMs?.

Actividad formativa 2. Pasos y medios para notificar. Ejemplos prácticos.

Reunión de equipo 1. Estado del nº de notificaciones a mitad de periodo de estudio.

Reunión de equipo 2. Resultados del proyecto realizado y valoración de los objetivos alcanzados.

INDICADORES

Indicador principal: número de notificaciones desde Julio 2017 a Julio 2018.

Actualmente y en los últimos años ha sido una tasa de 0 RAMs por 100000hab/año, por lo que el objetivo sería llegar a la tasa media de Aragón, 89,68.

Fuente de los datos: Solicitud del nº de notificaciones al Sistema de Farmacovigilancia de Aragón en julio 2018.

DURACIÓN

Septiembre 2017. Actividad formativa 1. Responsable Ó. Esteban.

Octubre 2017. Actividad formativa 2. Responsable Ó. Esteban.

Febrero 2018. Reunión de equipo 1. Responsable Ó. Esteban y M^a Mar Rodrigo.

Julio-Agosto 2018. Reunión de equipo 2. Responsable Ó. Esteban y M^a Mar Rodrigo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1664

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA

Fecha de entrada: 11/05/2018

2. RESPONSABLE OSCAR ESTEBAN JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BORJA
· Localidad BORJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARIJO BARSELO MERCEDES
GRACIA SALVADOR MARIA JOSE
RODRIGO ALVAREZ MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han notificado las RAM advertidas desde el inicio del proyecto en cada consulta médica y de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Datos del primer cuatrimestre de 2018 BORJA tasa por 100.000 habitantes/TIS 82,86), Sector Zaragoza III (primaria) tasa 28,29, Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y poblacion total aquí no TIS-, tasa 17,53.
Datos de 2017 (EMPEZARON LAS NOTIFICACIONES EN JULIO, HASTA JULIO 0) BORJA tasa por 100.000 habitantes/ TIS 138,10, Sector Zaragoza III (primaria) tasa 78,92, Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y poblacion total, aquí no TIS- 215, tasa 47,63.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La notificación con personal motivado es fácilmente mejorable y vistos los resultados, hemos mejorado la media del sector.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1664 ===== ***

Nº de registro: 1664

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA

Autores:
ESTEBAN JIMENEZ OSCAR, GARIJO BARSELO MERCEDES, GRACIA SALVADOR MARIA JOSE, RODRIGO ALVAREZ MARIA DEL MAR, COBOS HERNANDEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BORJA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Este trabajo es transversal a todas las patologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente una de las funciones fundamentales del equipo de salud es velar por la seguridad de la terapéutica farmacológica, así como buscar su mayor efectividad, tomando en cuenta el hecho real de que determinadas reacciones adversas a medicamentos de uso humano (RAM) no pueden detectarse ni en los estudios preclínicos en animales, ni en los ensayos clínicos de fase II y III.
Es esencial tener en cuenta que durante las fases de investigación clínica (fases II y III) sólo un número pequeño y exclusivo de pacientes son expuestos al tratamiento (2.000-5.000), por lo que no es extraño pensar que aquellas RAM de incidencia intermedia o baja, las que tienen un largo período de latencia, las que ocurren tras tratamientos crónicos o aquéllas que aparecen en grupos específicos de pacientes, no sean detectadas durante el desarrollo de estos estudios. La comercialización de un medicamento sólo significa que, en el momento de concederse su licencia, no se han identificado riesgos inaceptables en su uso.
La identificación y notificación de las RAM es una de las actividades asistenciales que en los últimos años

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1664

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA

se ha incorporado a los indicadores de la calidad del Sistema Sanitario.

Uno de los ejes de la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que los tratamientos y los cuidados recibidos por los pacientes no les supongan daños, lesiones o complicaciones adicionales a la enfermedad que padezcan, más allá de los necesarios y justificados para el adecuado manejo diagnóstico, terapéutico o paliativo del proceso de enfermedad.

La prescripción de medicamentos forma parte inseparable del acto médico siendo su importancia y frecuencia de tal magnitud que la facturación de farmacia en el año 2016, según datos del Ministerio de Sanidad, era de más de 900 millones de recetas en el Sistema Nacional de Salud. Parece obvio que la exposición de la población a los medicamentos es masiva.

En este contexto, las RAM se han convertido en un nuevo problema de Salud Pública, en cifras que podrían denominarse de pandemia, obligándonos a continuar la investigación de las consecuencias del uso de los medicamentos tras su comercialización a través de la Farmacovigilancia.

La magnitud del problema que se expone es tal que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que las RAM son una de las 10 causas principales de defunción en todo el mundo. Y Lazarou, quizás en uno de los estudios con más repercusión hasta la fecha, estimó que las RAM suponían entre la cuarta y sexta causa de mortalidad en Estados Unidos.

A pesar de la importancia de las RAM existe un problema, la infranotificación de las mismas. Los datos de infranotificación varían pero aproximadamente rondan unos porcentajes en torno al 94%, según la revisión que realizó Hazell en el 2006.

Los datos demuestran que la mayor parte de las prescripciones de fármacos se producen desde la Atención Primaria (alrededor del 80-90%) y que hasta el 2,5% de las consultas pueden estar motivadas por una RAM.

Situación actual del CS Borja: Tras la solicitud del número de RAMs notificadas al Sistema de Farmacovigilancia de Aragón por parte del CS Borja, se evidenció que desde el año 2010 al 2016 no se ha notificado ninguna RAM, mientras que la tasa por cada 100000 habitantes/año en 2016 en Aragón fue de 89,68.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana serán todos los pacientes que sean atendidos en el centro de salud de Borja y en todos sus consultorios. El grupo etario comprende desde los 0-100 años de ambos sexos.

El objetivo es aproximarse a la tasa media de notificaciones de RAMs en Aragón.

Fomentar la notificación en medicina y enfermería.

La intervención conllevará una mejora en la calidad de la prescripción en los pacientes y en un mejor conocimiento de los medicamentos que se manejan en Atención Primaria.

MÉTODO

Actividad formativa 1. Descripción de qué es la farmacovigilancia. Obligatoriedad de notificar cualquier sospecha de RAMs. ¿Qué se obtiene con la notificación de RAMs?.

Actividad formativa 2. Pasos y medios para notificar. Ejemplos prácticos.

Reunión de equipo 1. Estado del n° de notificaciones a mitad de periodo de estudio.

Reunión de equipo 2. Resultados del proyecto realizado y valoración de los objetivos alcanzados.

INDICADORES

Indicador principal: número de notificaciones desde Julio 2017 a Julio 2018.

Actualmente y en los últimos años ha sido una tasa de 0 RAMs por 100000hab/año, por lo que el objetivo sería llegar a la tasa media de Aragón, 89,68.

Fuente de los datos: Solicitud del n° de notificaciones al Sistema de Farmacovigilancia de Aragón en julio 2018.

DURACIÓN

Septiembre 2017. Actividad formativa 1. Responsable Ó. Esteban.

Octubre 2017. Actividad formativa 2. Responsable Ó. Esteban.

Febrero 2018. Reunión de equipo 1. Responsable Ó. Esteban y M^a Mar Rodrigo.

Julio-Agosto 2018. Reunión de equipo 2. Responsable Ó. Esteban y M^a Mar Rodrigo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1680

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE LUIS DANIEL PABLO OCON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BORJA
· Localidad BORJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARIJO BARCELO MERCEDES
HERNANDEZ BONO ANABEL SANDRA
GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO
ESTEBAN JIMENEZ OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Implementada la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
Presentación del proyecto al EAP en reunión a fecha 26/9/17.
Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión generó las agendas oportunas con huecos a tal fin para cada profesional.
Información al usuario: Cada profesional informa a su cupo que disponen de la posibilidad de unos huecos de demanda no presencial destinados a renovar recetas, informes médicos (dependencia) o consulta telefónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los profesionales han notado una disminución de la demanda diaria salvo en situaciones críticas como en la epidemia actual de la gripe.
Los pacientes también agradecen al profesional la disminución de los tiempos de espera para gestiones burocráticas y una mayor accesibilidad a la sanidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La desburocratización de la consulta es una clara mejoría tanto para profesionales y pacientes.

7. OBSERVACIONES.

Continuaremos con el programa dado que nos ha dado buenos resultados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1680 ===== ***

Nº de registro: 1680

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
PABLO OCON LUIS DANIEL, COBOS HERNANDEZ ANA MARIA, GARIJO BARCELO MERCEDES, HERNANDEZ BONO ANABEL SANDRA, GRACIA SALVADOR MARIA JOSE, GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BORJA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios

MÉTODO

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1680

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

- 5 % de consultas no presenciales en medicina
- 10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0370

1. TÍTULO

ATENCION EN DOMICILIO: LAVAR, SECAR, DESINFECTAR Y TAPAR; REVISION DE CADUCIDADES DE FARMACOS; REVISION DEL BOTIQUIN DOMICILIARIO

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ANA ISABEL MARTINEZ CUÑADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CARIÑENA
· Localidad CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEZQUITA ADAN CRISTINA
ALVAREZ LAGARES MERCEDES
SAN MIGUEL ARBUES MARIA DOLORES
MAS SANCHEZ ADORACION
ROYO OCHOA ARANZAZU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Debido a la dificultad y poca probabilidad de realizar educación sanitaria a domicilio al respecto de las curas (apenas ha habido avisos de heridas en domicilios,), se ha realizado en las urgencias que acuden al centro y se les ha abierto en Episodio "Herida" . Durante la Atención Continuada, básicamente de los fines de semana para tomar como muestra, todas las urgencias por herida (con o sin sutura), se les ha realizado una pequeña educación de como curar en su casa "lavar, secar, desinfectar y tapar" para que de una manera sencilla tuvieran conocimientos básicos.

En el último cuatrimestre este proyecto ha sido más efectivo porque en periodo vacacional era difícil por el cambio constante de personal. Los recursos empleados han sido, la ayuda de la técnico de calidad e informáticos para el registro.

Aunque se ha cumplido el calendario, cabe extender el proyecto a este año para que sea completo y añadir la parte del botiquín ya que realmente a la hora de poner en práctica se ha comprobado que eran 2 tareas distintas.

Se realizará una sesión informativa al equipo del centro de salud para mostrar los primeros resultados y aumentar el alcance del proyecto. Se ha realizado un power point para resumir este proyecto, presentarlo y evaluarlo. Se ha realizado una hoja de registro de pacientes a los que se ha realizado el proyecto

- Revisar el material de primera cura que tienen en el botiquín domiciliario.--> ESTE OBJETIVO QUEDA PENDIENTE

- Comprobar la caducidad de los medicamentos del botiquín domiciliario.
- Aumentar los conocimientos básicos de la población de Cariñena sobre los pasos básicos ante una herida (lavar, secar, desinfectar y tapar) así como primera actuación ante quemaduras (frio, silvederma..NADA MÁS..NO OTRAS LEYENDAS O MITOS)

Algunos pacientes atendidos por EPISODIO HERIDA QUEMADURA, tenían una errónea formación al respecto. En un caso se habían puesto clara de huevo y en otro pasta de dientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha solicitado un registro de todos los pacientes atendidos durante las guardias a los que se ha abierto EPISODIO DE HERIDA (HERIDA INCISA, HERIDA CONTUSA O CORTE HERIDA), para comparar con el listado que yo como responsable voy creando cada vez que se aplica este proyecto.

Debido a que mi trabajo son los fines de semana y deseaba realizar una muestra piloto, se ha ajustado los resultados a la población atendida durante los fines de semana.

El total de pacientes con el episodio indicado es de 474

La aproximación de los que han sido en fin de semana es de 135

El primer indicador (pacientes a los que se ha aplicado el proyecto/ total de pacientes que acuden con el episodio indicado) nos da un resultado de 3% de cobertura del proyecto.

El ajuste nos hace aumentar el alcance de este proyecto al 10% de la población.

INDICADOR NUEVO MÁS SENSIBLE

Pacientes a los que ha llegado el proyecto "Educación Cura herida" AC fin de semana

Total de pacientes atendidos con Episodio Herida AC fin de semana

- n° Domicilios donde se aplica el proyecto x 100/ Total población del C.S. Cariñena =

En el último trimestre de este año se realizará una encuesta en la consulta de primaria (muestra al azar) para conocer el grado de satisfacción de la población.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debe llegar a más pacientes, realizar otra sesión con equipo para comunicar los logros de este año con la muestra fines de semana y se debe desdoblarse a la atención a domicilio la revisión del botiquín.

El proyecto es sostenible y continua en este año 2018.

El trabajo en equipo Médico-Enfermera ha sido muy positivo.

Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes. Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0370

1. TÍTULO

ATENCIÓN EN DOMICILIO: LAVAR, SECAR, DESINFECTAR Y TAPAR; REVISIÓN DE CADUCIDADES DE FARMACOS; REVISIÓN DEL BOTIQUÍN DOMICILIARIO

Se espera aumentar al doble durante el año 2018, y aplicar el objetivo de REVISIÓN DE BOTIQUÍN DOMICILIARIO, a cualquier domicilio en el primer domingo de cada mes para crear la primera muestra al equipo y ampliar cobertura, solucionando los problemas de registro que vayan surgiendo y así ser más sencillo para el resto de mis compañeros.

7. OBSERVACIONES.

La mayor dificultad encontrada es poder registrar el alcance en OMI, ¿Cómo transcribir una actividad?

*** ===== Resumen del proyecto 2016/370 ===== ***

Nº de registro: 0370

Título
ATENCIÓN EN DOMICILIO: LAVAR, SECAR, DESINFECTAR Y TAPAR; REVISIÓN DE CADUCIDADES DE FARMACOS; REVISIÓN DEL BOTIQUÍN DOMICILIARIO

Autores:
MARTINEZ CUÑADO ANA ISABEL, MEZQUITA ADAN CRISTINA, ALVAREZ LAGARES MERCEDES, CASTILLO NAVARRO ANTONIO, SANMIGUEL ARBUES MARIA DOLORES, MAS SANCHEZ ADORACION, MINGUEZ MARTIN CRISTINA, ROYO OCHOA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente
Otro Tipo Patología: Pacientes que precisen atención domiciliaria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otro tipo Objetivos

Enfoque: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

De la experiencia diaria de los pacientes que acuden a las urgencias, o ponen un aviso domiciliario, se detecta la falta de conocimientos de la población de Cariñena de realizar los primeros cuidados de una cura básica en cualquier accidente domiciliario y los materiales necesarios que se deben tener en el botiquín del domicilio, así como la No Revisión de las caducidades de los medicamentos que guardan.

También se detectan falsos mitos populares respecto a la primera actuación ante una quemadura (pasta dientes, etc.).

Este proyecto aporta una herramienta a la población que aumenta su seguridad e introduce acciones que mejoran la autonomía de los ciudadanos sobre su salud y cuidados.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar la autonomía de la población.
Aumentar los conocimientos sobre autocuidados.
Mejorar la seguridad de los pacientes evitando el uso de medicamentos caducados

MÉTODO

- El procedimiento consistirá en aprovechar las urgencias que realizamos en los domicilios para pedir al paciente que por favor nos deje revisar su botiquín que tiene en casa.

Revisaremos el material, comprobando ADEMÁS la caducidad de los medicamentos y realizaremos una breve educación sanitaria de los 4 pasos básicos de una cura: 1.- lavar (agua y jabón) 2.- Secar (gasas o toalla limpia) 3.- Desinfectar (revisar si tiene algún desinfectante NO CADUCADO) Y 4.- TAPAR (tiritita).

También aprovecharemos para aumentar sus conocimientos de primeros auxilios ante una quemadura (agua fría, silvederma...).

Se propone pegar una pegatina en el botiquín ya revisado.

INDICADORES

- n° Domicilios donde se aplica el proyecto x 100/ Total población del C.S. Cariñena = Registrándolo en el OMI.

DURACIÓN

Tras la aprobación: reunión de EAP para unificar criterios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0370

1. TÍTULO

ATENCIÓN EN DOMICILIO: LAVAR, SECAR, DESINFECTAR Y TAPAR; REVISIÓN DE CADUCIDADES DE FARMACOS; REVISIÓN DEL BOTIQUÍN DOMICILIARIO

A los 2 meses reunión de seguimiento.

A los 6, 8, 10 meses reunión de seguimiento y valoración de indicadores hasta el momento.

A los 12 meses: encuesta en la consulta de atención primaria para conocer a cuantas personas le ha llegado esa revisión, si son conocedoras del proyecto y su grado de satisfacción.

OBSERVACIONES

Es un proyecto que amplía nuestra labor de equipo y en el mismo momento se pueden revisar los dos componentes del botiquín (medicación y material de curas),

El coste económico solo incluye las pegatinas de implantación del proyecto en el botiquín revisado.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0659

1. TÍTULO

ARCHIVO DEFINITIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES FALLECIDOS. SALVAGUARDA Y CUSTODIA DE DATOS DEL PACIENTE, CUMPLIMIENTO LEY DE PROTECCION DE DATOS, MEJORA EN PROCESO ORGANIZATIVO DE DOCUMENTACION

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE CARLOS BAUTISTA LOPEZ MARTIN
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS CARIÑENA
• Localidad CARIÑENA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARQUES POLO MARIA JESUS
AGUDO GARCIA ROSA
SARASA PIEDRAFITA DELFIN
ASENSIO AZNAR MARIA CARMEN
SANMIGUEL ARBUES DOLORES
CASBAS VELA DOMINGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE INICIÓ EL TRABAJO DE ORDENAMIENTO DE HISTORIALES CON LOS CUPOS DE CARIÑENA EN SEGUNDO SEMESTRE DE 2016, QUEDANDO TAMBIÉN LOS DE CONSULTORIOS PERIFÉRICOS QUE SON DE MENOR TAMAÑO PARA REALIZAR DURANTE 2017 Y 2018. LAS CAJAS SE HAN COMPILADO POR AÑOS DE FALLECIMIENTO, SE HA COLGADO EN CARIÑENA U: ARCHIVO EXCEL VIRTUAL DE TRANSFERENCIA DE DOCUMENTOS. SE HA COMPUESTO Y FINALIZADO UN PRIMER LOTE DE ENVÍO DE 10 CAJAS. (SE PUEDE ENSEÑAR Y VER). DURANTE PRIMER SEMESTRE DE 2017 SE RECOPIARON HISTORIALES Y MATERIAL RX DE LOS CONSULTORIOS LOCALES, ACERCÁNDOLOS AL ALMACÉN DEL CENTRO DE SALUD CABECERA, PARA EN ESTE SEGUNDA MITAD DE 2017 CRISTALIZAR EL PROYECTO. SE HAN REALIZADO REUNIONES DE CALIDAD MENSUALMENTE Y SE EVALUÓ EL PROYECTO EN SESIÓN ESPECÍFICA AL INICIO, A LOS 3 MESES, A LOS 6 MESES Y EN REUNIÓN FINAL EL 09/11/2017. HAY QUE RESALTAR EL BUEN AMBIENTE DE TRABAJO Y EL ALTO GRADO DE IMPLICACIÓN DE TODOS LOS PROFESIONALES DEL CENTRO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CREACIÓN DE ARCHIVO ADECUADO EN EL PROPIO C.S. CARIÑENA.:

6.1. DECISIÓN MOTIVADA DE CREACIÓN DE UN ARCHIVO TEMPORAL ADECUADO, DEBIDO A QUE ESTE ES UN PROYECTO VIVO. QUE VA A TENER CONTINUIDAD EN EL TIEMPO SE DECIDE, TRAS DISTINTAS CONTROVERSIAS, QUE DADA LA MAGNITUD DEL PROYECTO, YA QUE SE ESTÁN RECOGIENDO HISTORIALES DEL CENTRO DE CABECERA Y DE LOS CONSULTORIOS PERIFÉRICOS, SE ESTÁN PROCESANDO RADIOGRAFÍAS, DIVERSOS ENSERES, MOBILIARIOS Y OTROS RESIDUOS, DEBEMOS ESPERAR A TENER UN VOLUMEN DE ENVÍO MAYOR DE CAJAS CON HISTORIALES PREPARADOS PARA REALIZAR ESE PRIMER ENVÍO, TENEMOS PREPARADO UN PRIMER LOTE Y LISTADO DE 10 CAJAS. SIN OBIAR LO ANTERIOR, SE ESTABLECE EL ENVÍO CUANDO SE ALCANCEN LAS 50 CAJAS, TODO LO CUAL ES CORROBORADO POR LOS INTEGRANTES DEL PROYECTO, Y SURGE LA NECESIDAD DE CREACIÓN DE ARCHIVO TEMPORAL PARA LA TRANSFERENCIA DE FONDOS QUE SE LOCALIZARÁ EN EL CUARTO ANEXO A SALA DE JUNTAS DEL C.S. CARIÑENA, EN ESTANTERIAS HABILITADAS A TAL EFECTO Y CERRADO CON LLAVE CUMPLIENDO ASÍ CON TODOS LOS REQUISITOS DE LAS LEYES VIGENTES. L.O.P.D.15/99.

6.2. ADEMÁS DEL ANTERIOR SE CREA TAMBIÉN: ARCHIVO DEFINITIVO PARA BAJAS B.D.U. ANTERIOR A LA FECHA DE TRANSFERENCIA (01-01-2002), EN EL C.S. CARIÑENA. AL SER UN VOLUMEN DE HISTORIALES SERÁ ALMACENADO EN HABITACIÓN CERRADA CON LLAVE ANEXA A SALÓN DE ACTOS DEL CENTRO.

6.3. REPASO NORMATIVA BÁSICA. FORMATO ELECTRÓNICO. ARCHIVO EXCEL. ENVÍO DE HISTORIALES. NORMAS HACIENDA: ARCHIVO D.G.A. TODAS HISTORIAS DEBEN SER POSTERIORES A 01/01/2002. (FECHA TRANSFERENCIAS). LLEVAR AL MENOS 3 AÑOS BAJA B.D.U. FORMATO ARCHIVO DEFINITIVO. (HOJA DE TRANSFERENCIA DE FONDOS POR TRIPLICADO: ORDEN: AR, APELLIDOS NOMBRE, FECHA BAJA B.D.U., REFERENCIA CUPO-CONSULTORIO).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7.- CONCLUSIONES DEL PROYECTO: BASADAS EN RESULTADOS Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES:

7.1. TODOS LOS PROFESIONALES HAN COINCIDIDO EN QUE HA SIDO UN ESFUERZO CONSIDERABLE, PERO HA MEREcido LA PENA, PRIMERO PORQUE AHORA SE PUEDEN METER LOS DEDOS EN LOS ARCHIVADORES PARA BUSCAR HISTORIALES (MEJORA LA CALIDAD EN EL TRABAJO A LOS PROFESIONALES), YA QUE ANTES ESTABAN TOTALMENTE ABIGARRADOS Y ERA UN PROBLEMA SIN SOLUCIÓN, LLEGANDO A ACUMULAR CAJAS LLENAS CON HISTORIALES GENERANDO EL PROBLEMA QUE MOTIVO ESTE PROYECTO.

7.2. LA MAYORÍA COINCIDEN EN QUE HA SIDO UNA LABOR QUE HA AUMENTADO EL ORDEN Y LIMPIEZA EN LAS DEPENDENCIAS MEJORANDO LA IMAGEN DEL CENTRO LO QUE MEJORA LA CALIDAD EN EL TRABAJO, PARA EL USUARIO Y PARA EL TRABAJADOR: (ARMARIOS LLENOS DE HISTORIAS Y RX ENCIMA DEL MISMO. LLEGA UN MOMENTO EN EL QUE EL PROFESIONAL COMO LO VE TODOS LOS DÍAS LE PUEDE PARECER ALGO HASTA NORMAL, PERO QUE AL USUARIO DEL SALUD QUE ENTRA EN LA CONSULTA, VE MESAS Y ARMARIOS A REBOSAR Y SON RECEPTORES DE UNA MALA IMAGEN DEL CENTRO DE SALUD O CONSULTORIO).

7.3. SE CIERRA LA CADENA DEL TRATAMIENTO DE RESIDUOS AL PROCESAR DE MANERA ADECUADO EL MATERIAL RADIOGRÁFICO (180) KG DE RADIOGRAFÍAS A LAS CUALES SE LES RECORTARON LOS DATOS PERSONALES PARA MANDARLAS A PROCESAMIENTO DE RESIDUOS DE FORMA RESPETUOSA CON EL MEDIO AMBIENTE.

7.4. MEJORA INFORMÁTICA Y ADMINISTRATIVA: LA CREACIÓN DE ESTE ARCHIVO EN SUS DOS PARTES ANTERIOR Y POSTERIOR A 01/01/2002, EN ARCHIVOS EXCEL, PERMITIRÁN TENER PERFECTAMENTE CUSTODIADA Y LOCALIZADA LOS HISTORIALES EN ELLOS ASENTADOS.

7.5. CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO N°3: DEL A.G.C. C.S. CARIÑENA 2017. A FECHA 07/11/2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0659

1. TÍTULO

ARCHIVO DEFINITIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES FALLECIDOS. SALVAGUARDA Y CUSTODIA DE DATOS DEL PACIENTE, CUMPLIMIENTO LEY DE PROTECCION DE DATOS, MEJORA EN PROCESO ORGANIZATIVO DE DOCUMENTACION

7.6. SE HA ELIMINADO FOCO DE BASURA, INFECCIÓN HUMEDADES... DE LA ZONA DEL GARAJE DONDE SE ALMACENABAN, PUES ESTABAN EN EL SUELO,... YA NO HAY NINGÚN HISTORIAL EN EL SUELO Y SE HA ABORDADO EL PROCESADO DE 8 CAJAS Y DOS ARCHIVADORES VIEJOS LLENOS DE RADIOGRAFIAS, SE LES HA RECORTADO EL NOMBRE Y SE HA PREPARADO EN CAJAS PARA SU ADECUADO PROCESADO A TRAVES DEL HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLES Y SU CENTRO DE TRATAMIENTO DE RESIDUOS Y QUE NO ACABEN EN LA BASURA, DAÑANDO EL MEDIOAMBIENTE.(NITRATO DE PLATA).SE HAN PONDERADO RESULTANDO A DÍA DE HOY P = 180 KG DE RADIOGRAFIAS.REALIZAMOS NUEVO LLAMAMIENTO A TODOS LOS PROFESIONALES PARA QUE SI TIENEN MÁS RADIOGRAFIAS ANTIGUAS EN LOS PERIFÉRICOS QUE LAS BAJEN, RECORTEN EL NOMBRE Y LAS PROCESAMOS TODAS A LA VEZ.

7.7. TAMBIÉN SE HA DETECTADO LA EXISTENCIA DE DOS CUARTOS LLENOS DE MOBILIARIO OBSOLETO DESINVENTARIADO PARA DESHECHAR: 1) (AL LADO DEL GIMNASIO) LLENO DE PARTES SUELTAS DE MESAS DE MADERA, SILLAS ROTAS, CARRO DE LIMPIEZA ROTO, COCHE BEBÉ ANTIQUÍSIMO, SE HAN RECIBIDO DOS ESTANTERÍAS Y SE HA LIMPIADO Y ORDENADO DICHO CUARTO. 2) CUARTO AL LADO DEL SALÓN DE ACTOS: ARCHIVOS DE SOLICITUD DE CITACIONES DESDE AÑOS 90, LISTADO DE EXTRACCIONES DESDE AÑOS 90, SOLICITUDES DE COLABORACIONES A ESPECIALISTAS DESDE AÑOS 90, TODO LO CUAL ESTAMOS EN ESTUDIO DE CÓMO PROCESARLO. SE HACE PATENTE LA NECESIDAD DE QUE HUBIERA UN CENTRO DE REFERENCIA AUTORIZADO PARA DESTRUIR ESTE TIPO DE DOCUMENTOS QUE NO SON HISTORIALES SINO SOLICITUDES DE COLABORACIONES, CITACIONES,... PAPELES BUROCRÁTICOS ADMINISTRATIVOS, POR EJEMPLO UNA DESTRUCTORA DE PAPELES INDUSTRIAL EN EL SECTOR DE REFERENCIA.

7. OBSERVACIONES.

SI ES PRECISO TENEMOS FOTOS QUE DOCUMENTAN EL INICIO DEL PROYECTO, EL DESARROLLO DEL MISMO Y DE COMO HA QUEDADO TODO AL FINAL. ASIMISMO EXISTE DENTRO DE LA UNIDAD U: DE CALIDAD ARCHIVO EXCEL VIRTUAL DE TRANSFERENCIA DE DOCUMENTOS.(SE PUEDE CONSULTAR,VER: CON LOS LISTADOS DE PACIENTES FALLECIDOS Y SU ORDENAMIENTO EN CAJAS).

*** ===== Resumen del proyecto 2016/659 ===== ***

Nº de registro: 0659

Título
ARCHIVO DEFINITIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES FALLECIDOS. SALVAGUARDA Y CUSTODIA DE DATOS DEL PACIENTE, CUMPLIMIENTO LEY PROTECCION DE DATOS, MEJORA EN EL PROCESO ORGANIZATIVO DE DOCUMENTACION

Autores:
LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA, MARQUES POLO MARIA JESUS, SARASA PIEDRAFITA DELFIN, ASENSIO AZNAR MARIA CARMEN, SANMIGUEL ARBUES MARIA DOLORES, CASBAS VELA DOMINGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INTIMIDAD Y CUSTODIA DE DATOS, AFECTA A TODAS EDADES Y TODAS PATOLOGÍAS.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....: LEY PROTECCION DATOS 15/99

PROBLEMA
EL PROYECTO SE ORIGINA ANTE LA OBSERVACIÓN DE ACÚMULO DE DESPERDICIOS EN LA ZONA DEL GARAJE DEL C.S. DETECTÁNDOSE QUE ADEMÁS DE LO ANTERIOR SE AMONTONAN UNAS 15 CAJAS LLENAS DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES DE CONSULTORIOS PERIFÉRICOS Y DE CABECERA, CREEMOS IMPORTANTE DAR UNA SALIDA CIVILIZADA Y ORGANIZADA A DICHA SITUACIÓN, YA QUE ADEMÁS PODRÍA SER DE UTILIDAD SEGUIR CONSERVANDO DICHS HISTORIALES DE PACIENTES TRABAJO BIEN HECHO, YA REALIZADO: ANALÍTICAS, INFORMES, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS... CREEMOS QUE HISTORIA FÍSICA DE PAPEL EXISTIRÁ SIEMPRE COMO SISTEMA DE ALMACENAJE DE INFORMES MANUALES, PRUEBAS EXTERNAS...CON LO CUAL EL VOLUMEN DE LOS ARCHIVOS EN LAS CONSULTAS SIGUE AUMENTANDO HASTA EL PUNTO DE QUE NO SE PUEDEN ABRIR LOS CAJONES. LA UTILIDAD FUTURA RADICARÁ EN ESTUDIOS FAMILIARES POSTERIORES, ESTADÍSTICOS, POSIBLES LEGALES...

RESULTADOS ESPERADOS
1.- ESTABLECER UN MECANISMO ADECUADO PARA EL TRATAMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES FALLECIDOS QUE NO SEA EL ALMACENAMIENTO EN LOS LUGARES MÁS RECÓNDITOS DEL CENTRO, SIN ORDEN, NI CONCIERTO.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0659

1. TÍTULO

ARCHIVO DEFINITIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES FALLECIDOS. SALVAGUARDA Y CUSTODIA DE DATOS DEL PACIENTE, CUMPLIMIENTO LEY DE PROTECCION DE DATOS, MEJORA EN PROCESO ORGANIZATIVO DE DOCUMENTACION

2.- ORDEN Y LIMPIEZA EN TODAS LAS DEPENDENCIAS DEL CENTRO: CERO CAJAS DE HISTORIAS CLINICAS POR EL SUELO, CON EL CONSIGUIENTE PELIGRO DE PÉRDIDA DE DATOS POR HUMEDADES, INSECTOS, ROEDORES... (ESTAMOS EN EL CAMPO).

3.- SALVAGUARDA Y CUSTODIA: DE DATOS DE PACIENTES QUE PUEDEN SER REQUERIDOS POSTERIORMENTE PARA FINES LEGALES, INVESTIGACIONES GENÉTICAS DE DETERMINADAS ENFERMEDADES QUE PUEDEN TRANSMITIRSE A TRAVÉS DE GENERACIONES...

MÉTODO

1.- CREACIÓN DE ARCHIVO TEMPORAL CON HISTORIAS DE TODOS CUPOS AFECTAS Y LIBRO DE REGISTRO DE TRANSFERENCIA CON DOCUMENTACIÓN Y HOJAS DE REMISIÓN: HOJAS DE TRANSFERENCIA DE FONDOS DONDE CONSTE: N° CAJA, N° EXPEDIENTE (AR), FECHA FINAL DE CIERRE DE HISTORIA, CONTENIDO: NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE Y FECHA DE NACIMIENTO. TRASLADO DE DICHO MATERIAL AL ARCHIVO DE LA COMUNIDAD AL FINAL DEL PROYECTO Y ESTABLECER PERIODICIDAD ADECUADA DE REMISIÓN DE ESTE TIPO DE MATERIAL AL ARCHIVO.

2.- CREACIÓN DE ARCHIVO EN C.S. PARA HISTORIAS CLINICAS DE FALLECIDOS ANTERIORES A LAS TRANSFERENCIAS (1-1-2002) LAS CUALES NO SE HACE CARGO EL ARCHIVO LA CC.AA.

INDICADORES

1.- CORTES DE EVALUACIÓN DE COMO SE VA DESARROLLANDO EL PROYECTO A LOS 3M (RECOGIDA DE HISTORIAS DE LOS CONSULTORIOS Y PREPARACIÓN), 6M (PREPARACIÓN EN CAJAS NUMERADAS Y LISTADOS DE CADA CAJA...) Y FINAL DEL PROYECTO, DESPUÉS DEL TRASLADO DE LOS HISTORIALES.

2.- ENCUESTA DE SATISFACCION DE PROFESIONALES, SI CREEN QUE SIRVE PARA ALIGERAR LOS ARCHIVOS DEL CENTRO, LES HA SUPUESTO UNA MEJORA...

DURACIÓN

1 AÑO. 2 FASES: FASE 1: ACERCAMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES FALLECIDOS HACE MAS DE 5 AÑOS. DESDE CONSULTORIOS LOCALES A CENTRO DE SALUD. (3 MESES).

FASE 2: ORDENACIÓN DE HISTORIALES EN CAJAS SEGÚN SISTEMA DE ARCHIVO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA C.C.A.A. Y ELABORACIÓN LIBRO DE REGISTRO Y DE LISTADOS: HOJAS DE TRANSFERENCIA DE FONDOS. REMISIÓN DE CAJAS NUMERADAS Y LISTADOS: SEPTIEMBRE 2017.

FECHA INICIO: 19/10/2016. FECHA FIN: 20/10/2017.

OBSERVACIONES

SE TRATA DE UN PROYECTO QUE NO AFECTA A UNA PATOLOGÍA DETERMINADA, NI A UNA EDAD DETERMINADA, YA QUE UN FALLECIMIENTO PUEDE OCURRIR POR MÚLTIPLES CAUSAS Y A CUALQUIER EDAD, LO REALMENTE INTERESANTE ES LA CONSERVACIÓN A LARGO PLAZO DE LOS HISTORIALES, PARA ESTUDIOS Ó INVESTIGACIONES CONCRETAS POSTERIORES.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1133

1. TÍTULO

MEJORA INTEGRAL EN EL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 11/12/2017

2. RESPONSABLE CRISTINA MINGUEZ MARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CARIÑENA
· Localidad CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MAS SANCHEZ ADORACION
ROYO OCHOA ARANZAZU
REDONDO COLLADO MARIA
MARTINEZ CUÑADO ANA ISABEL
LANGARITA LANGARITA DIONISIO
ALVAREZ LAGARES MERCEDES
MEZQUITA ADAN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado dos sesiones teóricas grupales en el último cuatrimestre del año, explicando objetivos y resultados. Dentro de una de estas sesiones se incluyó un formulario a realizar por los miembros del equipo, con el fin de conocer y comparar conocimientos antes y después del desarrollo del proyecto así como una sesión práctica sobre el mismo.
Hemos elaborado un archivo de papel, en el que dejaremos registrados los pacientes vistos en atención continuada que requieran un seguimiento más estrecho por parte de su médico de familia, salvaguardando en todo momento la protección de datos de la persona asistida. Asimismo, creamos unas libretas de recogida básica de datos del paciente para no perder información cuando se efectúan avisos a domicilio. Y por último, elaboramos una sesión y práctica con el fin de adiestrar a todos los miembros del equipo en el uso y recambio de balas de oxígeno y de los distintos sistemas de oxigenoterapia en caso de ser necesaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En nuestro caso, hemos conseguido una mayor comunicación entre el médico con población asignada y el médico que en ese momento estaba realizando la atención continuada, sobre los pacientes que así lo requerían y eran subsidiarios de un mayor seguimiento. Igualmente hemos agilizado la recogida de datos de los avisos a domicilio, acortando el tiempo de salida del centro y por lo tanto una asistencia más rápida. Y por último, hemos conseguido que el 80% del equipo haya mejorado los conocimientos sobre oxigenoterapia así como su adiestramiento en el uso del material referido a la misma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha sido recibido satisfactoriamente por parte del personal de medicina y enfermería del centro, si bien, no se ha conseguido alcanzar una adhesión al mismo del 100%. Dada la sencillez del mismo y los recursos utilizados, al alcance de todos, es totalmente factible su sostenibilidad aunque para ello, sea conveniente realizar prácticas recordatorias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1133 ===== ***

Nº de registro: 1133

Título
MEJORA INTEGRAL EN EL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA

Autores:
MINGUEZ MARTIN CRISTINA, MAS SANCHEZ ADORACION, ROYO OCHOA ARANZAZU, REDONDO COLLADO MARIA, MARTINEZ CUÑADO ANA ISABEL, LANGARITA LANGARITA DIONISIO, ALVAREZ LAGARES MERCEDES, MEZQUITA ADAN CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

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

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1133

1. TÍTULO

MEJORA INTEGRAL EN EL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dado que el servicio de atención continuada es una parte fundamental dentro de los equipos de primaria y muy utilizada por gran parte de la población, consideramos que hay aspectos mejorables que requieren de poca inversión y supondrían una mejora en la atención a los pacientes . Las oportunidades de mejora serían las siguientes.

- correcta recogida de datos en la demanda de la asistencia domiciliaria
- conocimiento y adiestramiento por parte de los integrantes del equipo en el uso de sistemas de oxigenoterapia y recambio de balas
- información sobre usuarios que precisan especial vigilancia entre los profesionales del equipo

RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados que esperamos obtener con este proyecto integrarían una correcta identificación del domicilio demandado (paciente, domicilio, pueblo, teléfono, patología que demanda, fecha y hora), un conocimiento óptimo por parte del personal que trabaje tanto en la urgencia del centro como en la domiciliaria, de la utilización correcta de sistemas de oxigenoterapia y recambio de balas y sus componentes y una rápida y fluida comunicación entre los profesionales implicados, de los paciente subsidiarios de un seguimiento más exhaustivo.

MÉTODO

Para todo ello depositaremos al lado de cada teléfono una tabla de recogida de datos básicos del paciente, instruiremos al resto del equipo en el conocimiento de los sistemas de oxigenoterapia (hudson, ventimask, nebulizaciones..) y recambio de bala en el caso que lleguen a un bajo nivel de oxígeno, y colocaremos una pizarra con fecha, hora de atención y pueblo al que pertenece el paciente obviando nombre y apellidos para mantener la confidencialidad necesaria, de tal manera que el médico de familia correspondiente pueda entrar a la agenda de atención continuada a hora citada y vea el seguimiento y anotaciones que hemos hecho sobre el paciente.

INDICADORES

Revisión mensual de la recogida de datos, sondeo del nivel de conocimientos iniciales de sistemas de oxigenoterapia y sus componentes mediante práctica presencia y repetición de dicha práctica con carácter trimestral y uso y satisfacción percibida por parte de los profesionales sanitarios del centro de salud sobre la pizarra de seguimiento de pacientes al mes de implantación y evaluación a los 3,6,9 y 12 meses

DURACIÓN

La duración sería de 1 año con fecha de inicio aproximada el 1 de abril de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1627

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA REDONDO COLLADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CARIÑENA
· Localidad CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GOÑI ALFONSO
MINGUEZ MARTIN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo de este proyecto es conocer nuestra práctica clínica mediante la selección de los siguientes indicadores: Gestión de botiquín y sala de urgencias; Adecuación de la prescripción de estatinas y uso de antibióticos en faringoamigdalitis aguda estreptocócica.

Para evaluar los resultados del primer indicador disponemos de un "formulario de revisión de la sala y maletín de urgencias," donde se revisan las caducidades de los medicamentos, que es cumplimentado cada mes por un responsable del equipo, debiendo de quedar reflejada la fecha, nombre y firma del responsable. Disponemos de un stock revisado de los medicamentos de la sala y maletín de urgencias, y un listado mínimo de medicamentos disponibles en el maletín de urgencias del centro.

Para la evaluación de la prescripción de estatinas utilizamos como indicadores: 1) uso de estatinas en pacientes en prevención secundaria; 2) selección eficiente de estatinas; 3) tratamiento hipolipemiante combinado en prevención primaria.

Y evaluamos otro indicador : uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica.

Los datos de estos indicadores los obtenemos del cuadro de mandos de farmacia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los responsables de la cumplimentación del formulario realizan esta tarea mensualmente, con lo que se alcanza una buena gestión de botiquín y sala de urgencias que permite agilizar el trabajo y ofrecer una correcta atención al usuario.

Con respecto a los indicadores de prescripción de estatinas, el uso de estatinas en pacientes en prevención secundaria es del 61,80%, (59,50% - 73,10%), en la selección eficiente de estatinas el porcentaje alcanzado es del 20,64% (9,50% - 19,60 %) ; Tratamiento hipolipemiante combinado en prevención primaria 7,27% (4,70% - 10,10%);

Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica, para ello utilizamos escalas de valoración clínica para predecir la posible etiología bacteriana y en pediatría se practica la técnica de detección rápida de antígeno estreptocócico, alcanzando un porcentaje del 88,90% (83,80% - 95,30%)

Estos porcentajes se mantienen dentro del rango marcado. Los resultados alcanzados se suceden paralelamente a los obtenidos en el sector y en la comunidad Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se está realizando un buen trabajo por parte de los responsables de revisiones de la sala y maletín de urgencias. Los resultados del plan de mejora de los indicadores de farmacia (estatinas, antibióticos en FAA estreptocócica) en el área sanitaria de atención primaria de Cariñena son aplicables al sector y a la comunidad de Aragón. Aún siendo satisfactorios estos datos, hay todavía cierto margen de mejora.

Aspectos que han quedado pendientes y que serían subsidiarios de evaluar: el uso de estatinas en acianos >75 años (actualmente no existen evidencias claras en prevención primaria que permitan recomendar el uso de estatinas en esta población). Y en cuanto a la prescripción de los antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica, es conocido que en general se tiende al sobrediagnóstico de FAA estreptocócica con la consiguiente prescripción innecesaria de antibióticos. Sería de gran ayuda, tras utilizar escalas de valoración clínica, seleccionar a qué pacientes se deben practicar las técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico para la prescripción correcta de antibióticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1627 ===== ***

Nº de registro: 1627

Título
GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Autores:
SAN MIGUEL ARBUES DOLORES EMILIA, GARCIA GOÑI ALFONSO, COLAS BELTRAN FERNANDO ISIDORO, CASBAS VELA DOMINGO, ORENSANZ ALAVA AFRICA, SARASA PIEDRAFITA DELFIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1627

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Gestión de botiquín: Establecer un adecuado sistema de control y gestión respecto a la petición, conservación y revisión de medicamentos y productos sanitarios en el botiquín del centro de salud.
2. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente
3. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
 - estatinas de menor eficiencia,
 - opiáceos de liberación inmediata,
 - utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
 - no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,
 - la frecuencia en la utilización de tiras de glucemia en función del tipo de paciente, del tratamiento anti diabético, y el grado de control de la enfermedad

MÉTODO

Gestión de botiquín y sala de Urgencias
Revisión del botiquín del centro y del consumo de medicamentos del año 2016.
Revisar el cumplimiento de las pautas de stocajes, conservación y revisión de medicamentos y productos sanitarios en el almacén, la sala de urgencias y el maletín de urgencias
Mejorar la seguridad evitando la existencia de medicamentos y material caducado.
Adecuación de la prescripción de medicamentos
Actualizar información farmacoterapéutica en los grupos de fármacos seleccionados.
Sesión de formación sobre adecuación de prescripción de estatinas, antibióticos y adecuación de opioides.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia.
Revisión de los pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata.
Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia
Difundir la instrucción
Disponer de un listado que relacione cada anti diabético con el número de tiras indicado en la instrucción
Adecuar el número de tiras a cada anti diabético disponible.
Detección de áreas de mejora y puesta en marcha de acciones correctoras.

INDICADORES

Gestión de botiquín y sala de Urgencias
Dispone de stock revisado
Cumplimentación del formulario de revisión de la sala y maletín de urgencias
Adecuación de la prescripción de medicamentos
Indicadores de cuadro de mandos de farmacia
Revisión de pacientes
Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia
Registro del número de tiras de glucemia

DURACIÓN

Abril 2017: Difusión del proyecto y envío de información actualizada.
Junio 2017: Revisión botiquín.
Formación sobre adecuación de farmacoterapia
Reunión para diseño AMFE receta electrónica.
Septiembre: Actualización del stock de medicamentos en botiquín.
Monitorización de indicadores de cuadro de mandos de farmacia.
Noviembre: Monitorización de indicadores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1627

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1667

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE VIRGINIA SANCHO ARIÑO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CARIÑENA
· Localidad CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAN MIGUEL ARBUES MARIA DOLORES
LANGARITA LANGARITA DIONISIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión de equipo para decidir mejor horario de la consulta y ponerlo en conocimiento de los administrativos.
- Crear nuevas agendas de enfermería, médicos y pediatra de atención primaria incluyendo horario para la consulta no presencial.
- Informar a los pacientes de que tienen la posibilidad de ponerse en contacto con los profesionales sanitarios por vía telefónica para información de resultados de pruebas complementarias, dudas sobre medicación, enfermedad, puricultura... sin que tengan que acudir personalmente al centro sanitario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se solicitan resultados a Servicios Centrales, nos los envían vía correo los resultados obtenidos desde Enero 2017 hasta Agosto 2017.
- El objetivo de CNP en Enfermería era del 10% de la agenda: se ha obtenido una media de 0,125%
- El objetivo de CNP para medicina de familia era de un 5% del total de la agenda: se ha obtenido una media de 1%
- El objetivo de CNP para pediatría era de un 5% del total de agenda: se ha obtenido una media de 0,5%.
No se han cumplido los objetivos previstos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No se ha dado el potencial que podría tener esta consulta por el desconocimiento sobre todo de los pacientes. Es una herramienta muy útil para poder comunicarse en una hora reservada para ello con el personal sanitario, evitando de esa manera interrumpir otras consultas presenciales en el centro o no teniéndose que ausentar de su puesto de trabajo para informarse de resultados de pruebas complementarias o dudas sanitarias que puedan surgir. Creemos que queda por trabajar para conseguir mejorar e implantar este nuevo tipo de consulta en nuestro día a día.

7. OBSERVACIONES.

El equipo considera que la consulta no presencial en enfermería difícilmente puede ser del 10% debido a que el gran porcentaje de su consulta es presencia programada.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1667 ===== ***

Nº de registro: 1667

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
SAN MIGUEL ARBUES DOLORES EMILIA, LANGARITA LANGARITA DIONISIO, MARQUES POLO MARIA JESUS, AGUDO GARCIA ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1667

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

- 5 % de consultas no presenciales en medicina
- 10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1686

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA PENON GIMENO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS CASETAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MEDRANO ALCAY LIDIA
ESPARZA GARCIA CARMEN
FERRE GONZALEZ ANTONIA
MARTIN RICO MARIA ANGELES
LOPEZ GREGORIO ALICIA
PEREZ HERNANDEZ LOYOLA
GALLEGO RODRIGO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con fecha 28/04/17 se hace reunión de equipo explicando los objetivos de cartera deservicios del año 2017.

Entre ellos se explica el proyecto del sector de la Gestión de la demanda de consulta no presencial. En las agendas de enfermería habrá 4 actos de demanda no presencial y en las agendas de medicina habrá 2 actos de demanda no presencial.

Se les explica a los profesionales que cuando un paciente genere una consulta susceptible de ser atendida telefónicamente serán citados en estos actos facilitando la accesibilidad al paciente y racionalizando la demanda presencial. Solicitando al paciente breve descripción de la demanda y un teléfono de contacto.

Se reúnen los profesionales de admisión para organizar las agendas con los actos de la demanda no presencial con sus horarios, y se empieza a citar en Mayo. A mediados de Agosto ya se genera agenda con los actos incluidos.

En la última reunión de equipo celebrada el 17/10/17 se informa que también se citarán en estos actos los resultados de la consulta virtual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Muy avanzado pero sin resultados o con resultados parciales.
Pendiente resultados definitivos de cartera de servicios.

Ultimos datos dados en Dirección:

Enfermería un 1%
Medicina de familia un 1'5%
Pediatria un 2%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es un proyecto todavía en desarrollo, que esta pendiente de realizar modificaciones según se vaya viendo la evolución y las opiniones de los profesionales.

Puede ser una buena herramienta en la consulta sanitaria, pero creemos que de momento no optimiza el tiempo asistencial de las agendas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1686 ===== ***

Nº de registro: 1686

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
PENON GIMENO ANA, MEDRANO ALCAY LIDIA, ESPARZA GARCIA CARMEN, FERRE GONZALEZ ANTONIA, MARTIN RICO MARIA ANGELES,
LOPEZ GREGORIO ALICIA, PEREZ HERNANDEZ LOYOLA, GALLEGO RODRIGO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1686

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1331

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN CAMATS FRANCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASETAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA
BROTO CIVERA MARIA ELENA
TAPIA VILLALBA MARIA MERCEDES
FLE PINILLA ISIDRO
NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES
RUIZ GARCES JORGE
MARTINEZ FERNANDEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CON FECHA 28 DE ABRIL SE REALIZA REUNIÓN DE EQUIPO CON PRESENTACIÓN DE CARTERA DE SERVICIOS DE 2017. SE EXPLICA LOS DIVERSOS PROYECTOS COMO PARTE PRIMORDIAL DE CARTERA COMO NOVEDAD ESTE AÑO. SE NOMBRAN RESPONSABLES DE LOS DIVERSOS PROYECTOS EN LAS REUNIONES REALIZADAS. DESDE QUE EL EQUIPO DE CASETAS ESTA IMPLICADO EN ISO 9001, SE REALIZA CONTROL DE CADUCIDADES DE FARMACIA, DE BOTIQUIN DE URGENCIAS Y MALETINES CON UN RESPONSABLE EN CADA UNO DE LOS APARTADOS. NORMA PO-01_Z3(P)E LA PETICIÓN DE MEDICAMENTOS CORRESPONDE A LA COORDINADORA DE ENFERMERÍA. DISPONEMOS DE UN STOCK MÍNIMO Y UN STOCK MAXIMO Y LISTADO DE INCIDENCIAS EN CADA UNO DE LOS PUNTOS DONDE SE ALMACENA MEDICACIÓN. EN LAS REUNIONES DE EQUIPO SE RECUERDA A LOS PROFESIONALES QUE NO SE ADMITA MEDICACIÓN DE PACIENTES QUE UTILIZAN EL CENTRO DE SALUD COMO PUNTO SIGRE DADO QUE DICHA MEDICACION NO HA PODIDO SER CONTROLADA. LAS CADUCIDADES ANUALES SE REGISTRAN EN FORMATO PO-01-4_Z3(P)E A PRINCIPIO DE AÑO, REGISTRANDO LOS MEDICAMENTOS QUE CADUCAN CADA MÉS Y REALIZANZO UNA REVISON MENSUAL QUE ES FIRMADA EN EL FORMATO PO-02-2_Z3(P)E POR CADA UNO DE LOS RESPONSABLES. LOS MEDICAMENTOS CADUCADOS SE RETIRAN AL PUNTO SIGRE DEL ALMACEN DE FARMACIA Y QUE ES VACIADO MENSUALMENTE AL REALIZAR LA REVISION. SE REALIZAN REUNIONES EN LAS QUE SE RECUERDA UTILIZACIÓN DE ESTATINAS, UTILIZACION DE OPIACEOS, UTILIZACION DE ANTIBIOTICOS EN PEDIATRÍA Y CONTROL DE TIRAS DE GLUCEMIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

NOMBRAR RESPONSABLES DEL CONTROL DE CADUCIDADES DE BOTIQUIN.
NOMBRAR RESPONSABLES DE CONTROL DE CADUCIDADES DE ALMACEN DE MATERIAL FUNGIBLE.
NOMBRAR UN REPOSABLE DE TIRAS DE GLUCEMIA QUE EN NUESTRO EAP ES LA TCAE
NOBRAR RESPONSABLE DE URM DEL EAP.
NOMBRAR RESPONSABLE DE AMFE DE RECETA ELECTRÓNICA.
SE HAN INICIADO OBRAS EN EL CENTRO DE SALUD QUE NOS VA A PERMITIR MANTENER UN ESPACIO DEDICADO A URGENCIAS EXCLUSIVAMENTE CON UN MEJOR CONTROL DE LOS MEDICAMENTOS QUE HASTA AHORA ESTABAN DISTRIBUIDOS POR DIVERSAS CONSULTAS.
BUENOS RESULTADOS EN LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN PEDIATÍA Y MEJORÍA EN LA UTILIZACIÓN DE ESTATINAS.
NOS HA LLEGADO DE MANERA INDIVIDUALIZADA A TRAVES DE CORREO DE OMI TODAS LAS MODIFICACIONES DE E-RECETA

EN REUNIÓN REALIZADA CON FARMACIA SOBRE EL USO DE OPIACEOS NO SE ESTA DE ACUERDO CONLOS CRITERIOS PUES PENSAMOS QUE PARTE DEL PROBLEMA ESTA EN LA TARDANZA DE LAS VISITAS CON LOS ESPECIALISTAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DURANTE LA AUDITORIA ISO REALIZADA A NUESTRO EAP SE ENCONTRARON MEDICAMENTOS CADUCADOS EN NUESTROS BOTIQUINES. SE REALIZA REUNION DE MEJORA SOBRE ESTE PUNTO
DURANTE LA AUDITORIA ISO REALIZADA A NUESTRO EAP SE ENCONTRARON MATERIAL FUNGIBLE CADUCADOS EN NUESTRO ALMACEN. SE REALIZA REUNIÓN DE MEJORA Y SE DECIDE REFLEJAR LAS CADUCIDADES COMO SE HACE CON LOS MEDICAMENTOS.
CONSULTAR CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA POR CADA MIEMBRO DEL EQUIPO.
SE ESTUDIA EL PROTOCOLO DE TIRAS DE GLUCEMIA Y SE DECIDE REALIZAR UNA ACTUALIZACION DE DIABETICOS Y TRATAMIENTOS. ELMEDICO DEBERÁ INFORMAR MEDIANTE FLASH A TCAE EL TIPO DE TRATAMIENTO Y DIABETES DE CADA PACIENTE PARA ADECUAR LAS TIRAS SEGÚN CRITERIO MÉDICO Y NO DE CADA PACIENTE.
SE HA ENCONTRADO UN ERROR DE REGISTRO EN EL QUE POSIBLEMENTE HAYA UN DESFASE ENTRE LAS TIRAS REGISTRADAS Y LAS TIRAS ENTREGADAS, POSIBLEMENTE POR DESCONOCIMIENTO DE LA SUSTITUTA DE LA AUXILIAR TITULAR.
DEBEMOS ACTUALIZAR NUESTRO MANUAL DE ACOGIDA E INCLUIR DE MANERA INDIVIDUALIZADA CADA UNO DE LOS ESTAMENTOS DEL EAP PARA EVITAR ESTE TIPO DE INCIDENCIAS Y QUE CADA SUSTITUTO TENGA UN DOCUMENTO DE REFERENCIA DONDE CONSULTAR.

7. OBSERVACIONES.

LA NOVEDAD ESTE AÑO CON LOS PROYECTOS NOS LLEVA A UNA FORMA DISTINTA DE TRABAJAR. NOS HA COSTADO ESTE CAMBIO, EN ESPECIAL LA NUEVA DINÁMICA DE RESPONSABLES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1331

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1331 ===== ***

Nº de registro: 1331

Título
GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

Autores:
CAMATS FRANCO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente
4. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-opiáceos de liberación inmediata,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,
-la frecuencia en la utilización de tiras de glucemia en función del tipo de paciente, del tratamiento antidiabético, y el grado de control de la enfermedad
4. Participar en el diseño del AMFE de receta electrónica

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación al documento relativo a Gestión de las urgencias elaborado por la Dirección del sector
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Adecuación de la prescripción de medicamentos
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1331

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

farmacia.

Registro de las actividades realizadas

Educación sanitaria en la utilización de tiras de glucemia

Comunicación a los miembros del EAP de la instrucción del Salud de fecha 21 de mayo de 2013

Utilización del listado que relaciona cada antidiabético con el nº de tiras indicado en la instrucción

Adequar el número de tiras

Mejorar los conocimientos de los pacientes diabéticos en este aspecto

Registro en OMI-AP

Detección de áreas de mejora y puesta en marcha de acciones correctoras.

Registro de las actividades realizadas

AMFE de receta electrónica

Participación en las reuniones para revisión de un AMFE de receta electrónica.

INDICADORES

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios.

Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).

Está definido el stock mínimo (sí/no).

Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.

Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Adecuación de la prescripción de medicamentos

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.

Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).

Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia

Registro del número de tiras de glucemia en OMI-AP.

% pacientes con diagnóstico de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes

AMFE de receta electrónica

Colaboración en la elaboración de un AMFE de receta electrónica.

Asistencia al 80% de las reuniones convocadas.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:

Presentación del acuerdo de gestión al EAP

Definición de responsables.

Análisis de la situación del botiquín y sala de urgencias y de la adecuación de la prescripción

Junio-Octubre:

Realización y registro de las actividades del punto 6

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1641

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 04/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES NAVARRO PEIRO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASETAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ GARCES JORGE
TAPIA VILLALBA MARIA MERCEDES
JULVE VILLUENDAS ISABEL MARIA
RUBIO CAVERO RUTH AGUEDA
PEREZ RUIZ MARIA ROSARIO
LAHOZ GARCIA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Seún normas ISO se procede a control de caducidades de medicamentos
En el mes de Enero de 2017 se procedió al registro anual de las caducidades mes a mes de botiquin general del Centro de Salud así como de la sala de urgencias y maletines.
Cada mes se realiza revision de la caducidad de los tres lugares donde se almacena la medicación.
Los medicamentos caducados se retiran a la zona SIGRE del Centro de Salud, siendo transportados posteriormente a punto SIGRE de Farmacia.
No se admiten medicametos de pacientes dado que se desconoce la conservación de dicho material.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Disponemos de de medicamentos y material sanitario: SI
2.- Disponemos de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del EAP: SI
3.-Esta definido el Stock minimo: SI
4.-Se cumpimenta la revisión de las caducidades: SI
5.- Se registran las actividades: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante la Auditoria realizada en el C.S en Septiembre, se encontró la existencia de un medicamento caducado en la sala de urgencias.
Analizando la situación, concluimos que ese medicamento salio del botiquin general antes de la realización de la revision mensual, que se hace en la primera semana del mes que se inicia, retirando los medicamentos del mes anterior y así optimizar al maximo el ahorro.
Como solución, el registro de caducidades del botiquin general tambien se adjuntará al de la sala de urgencias y al de los botiquines y se realizará la revisión de las caducidades la ultima semana del mes para minimizar el riesgo.
Así mismo, no se realizaba un control de caducidad de material fungible pero que desde la auditoría de Septiembre se tiene en cuenta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1641 ===== ***

Nº de registro: 1641

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES, RUIZ GARCES JORGE, TAPIA VILLALBA MARIA MERCEDES, JULVE VILLUENDAS ISABEL MARIA, RUBIO CAVERO RUTH AGUEDA, PEREZ RUIZ MARIA ROSARIO, LAHOZ GARCIA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1641

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO

Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín

Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados

Realización de las actividades de adaptación al mismo

Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP

Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias

Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines

Realización de las actividades de adaptación

Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP

Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios

Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).

Está definido el stock mínimo (sí/no).

Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.

Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:

Presentación del acuerdo de gestión al EAP

Definición de responsables.

Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:

Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:

Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1648

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASSETAS

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA MARTINEZ SANCHO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASSETAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BROTO CIVERA MARIA ELENA
MARCOS CALVO MARIA PILAR
JIMENO MONZON ANA ISABEL
ALIAGA GONZALEZ CARMELO ETITER
GALLEGO RODRIGO CARMEN
FERRE GONZALEZ ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SESIONES CLÍNICAS:

28-4-17 Presentación de cartera al EAP
2-6-17 Recuerdo de cartera de servicios.
16-6-17 Reunión con responsables de Farmacia del Sector
15-12-17. Reunión de EAP URM.

AUDITORÍA ISO

REVISIONES CONTINUADAS por cada facultativo de prescripciones realizadas tal y como se recuerda en reuniones de EAP.

CUMPLIMETO DE CALENDARIO: Reunión con resultados URM Diciembre 2017

RECURSOS EMPLEADOS: Recursos Humanos (médicos y DUE) que se han implicado para tratar de mejorar los resultados del cartera en URM. Información a los pacientes. Información de cuadro de mandos de farmacia.

ACCIONES REALIZADAS PARA COMUNICACIÓN A PROFESIONALES Y PACIENTES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- USO DE ESTATINAS (PREVENCIÓN SECUNDARIA). Se trata de un importante indicador de adecuación a la prescripción a un diagnóstico. Al final de 2017 (67,31%) hemos mejorado respecto al inicio (64%) resultado muy próximo al del Sector 3 y de Aragón y dentro del rango marcado para 2017.

El impacto del proyecto es la disminución de la mortalidad cardiovascular en pacientes con enfermedad cardiovascular.

2.-SELECCION EFICIENTE DE ESTATINAS. Hemos alcanzado un 23,78% muy por encima de los objetivos de Cartera (19,6%-9,5%) y que tienden a 0%. Como objetivo nos proponemos mejorar prescripción (rosuvastatina y pitavastatina)

3.- TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE COMBINADO EN PREVENCIÓN 1º. Hemos alcanzado 9,26% (10,1%-4,7%), superior al resultado del Sector 3 y Aragón. El impacto trata de disminuir la utilización de tratamientos combinados de hipolipemiantes en prevención primaria.

4.-USO DE MEDICAMENTOS INAPROPIADOS EN MAYORES DE 75 AÑOS. Hemos alcanzado un valor de 13,03 (16,2%-9,6%)mejorando a lo largo de este año y cuyo valor deseable es ir en disminución.. El impacto es evitar el uso de medicación inapropiada a estas edades con alternativas terapéuticas más seguras.

5.- USO DE FÁRMACOS CON RIESGO ANTICOLINERGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS. Hemos alcanzado un resultado demasiado alto 20,37% (14,4%-8,7%). El impacto son los efectos nocivos de estos medicamentos sobre la función cognitiva.

6.- EN PEDIATRÍA se han alcanzado objetivos dentro de los rangos solicitados para el sector

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Revisando individualmente cada facultativo se detecta un problema de registro en la consecución de objetivos por parte del EAP.

Proponemos al Equipo realización de sesiones continuadas como mejora de resultados.

Se detecta un problema de prescripción inducida por lo que se propone sesiones conjuntas con especialistas.

Hay que trabajar la inercia terapéutica mediante sesiones que nos ayuden a incrementar nuestro arsenal terapéutico adecuado a los nuevos avances manteniendo una prescripción eficiente.

Se propone una reunión quincenal de los responsables del URM del Equipo, Reunión mensual del EAP y trimestral con responsables de farmacia del Sector

7. OBSERVACIONES.

Informar sobre las herramientas útiles: PROA, BOT-SALUD, FÁrmacos y lactancia materna y Guía de dosificación de fármacos en pediatría

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1648 ===== ***

Nº de registro: 1648

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1648

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

Autores:
CAMATS FRANCO CARMEN, BROTO CIVERA MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-opiáceos de liberación inmediata,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,

MÉTODO
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1648

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1630

1. TÍTULO

TALLER PARA CUIDADORES "CUIDAR Y CUIDARSE"

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE OLGA SANCHEZ MATEO
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS CASSETAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ BUEY MILAGROS
LOPEZ LAPEÑA ELENA
PENON GIMENO ANA MARIA
ANDRES NILSSON ANA KARIN
JIMENO MONZON ANA ISABEL
RUBIO CAVERO RUTH AGUEDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este taller lo que pretende es a través de la información y de la formación de las cuidadoras éstas tengan una mejor calidad de vida y puedan afrontar con más recursos su realidad diaria.

Año 2017 Actividades realizadas:

- Febrero : Realización Taller Cuidadoras
- Junio : Realización Taller Cuidadoras
- Noviembre : Realización Taller Cuidadoras.

Material empleado : Carteles,dipticos,videos,power point, camilla, folios..

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El Objetivo Principal es promover el autocuidado por parte de los asistentes al taller, tanto a nivel físico cómo a nivel psicologico.

Cómo objetivos especificos se han alcanzado:

- Reforzar y potenciar los conocimientos de cuidados básicos
- Dotar a las cuidadoras de la información, conocimientos y habilidades necesarias que le ayuden a desarrollar eficazmente su papel de cuidadoras.
- Mejorar el nivel de información sobre recursos sociales enfocados hacia personas dependientes y sus cuidadores. Incorporar técnicas de higiene postural.
- Mejorar la percepción de la autoestima así cómo aprender a gestionar la esfera emocional.

En nuestro objetivo cómo equipo se encuentra la continuidad del proyecto incluyendo más sesiones, lo idoneo seria una sesión cada dos meses

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La experiencia ha resultado ser muy positiva y enriquecedora tanto para las cuidadoras cómo para los profesionales. Se han conseguido los objetivos propuestos por el equipo.

Nos motiva seguir realizandolo, parte de los responsables del proyecto no se encuentran en la actualidad en el Centro de Salud, pero se han comprometido para continuar con el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1630 ===== ***

Nº de registro: 1630

Título
TALLER CUIDADORES. CUIDAR Y CUIDARSE

Autores:
SANCHEZ MATEO OLGA, SANCHEZ BUEY MILAGROS, LOPEZ LAPEÑA ELENA, ANDRES NILSSON ANA KARIN, PENON GIMENO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASSETAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRONICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1630

1. TÍTULO

TALLER PARA CUIDADORES "CUIDAR Y CUIDARSE"

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EL AÑO PASADO SE INICIO PROYECTO COMUNITARIO COMO APOYO AL CUIDADOR DE PACIENTES DEPENDIENTES.
SE REALIZARON 2 SESIONES CON AMPLIA PARTICIPACIÓN.
NUESTRA PROPUESTA ES LA CONTINUIDAD DE EL PROYECTO

RESULTADOS ESPERADOS
CONOCIMIENTO DEL AUTOCUIDADO POR PARTE DE LOS ASITENTES AL TALLER A NIVEL FISICO COMO PSICOLOGICO

MÉTODO
TALLERES PRESENCIALES SEGÚN DEMANDA DE LA POBLACIÓN DANDO COMO NUMERO IDONEO LA PRESENCIA DE 5 - 6 PARTICIPANTES
REALIZACION DE TALLERES DE ESPALDA SANA.
EN NUESTRO OBJETIVO ESTA LA REALIZACION DE UN CORTO CON LOS PARTICIPANTES COMO FORMA DE CONSEGUIR UNA MAYOR INVOLUCRACIÓN EN EL PROYECTO
POSIBILIDAD DE SERVICIO DE GUARDERIA PREVIO AVISO

INDICADORES
NUMERO DE SESIONES REALIZADAS CUATRIMESTRALMENTE
NUMERO DE PARTICIPANTES
NUMERO DE TALLERES DE ESPALDA SANA.
ENCUESTA DE SATISFACCION Y EVALUACION
TEST DE CARGA DE CUIDADOR

DURACIÓN
INICIO DE SESIONES EN SEPTIEMBRE SEGUN DEMANDA COMUNITARIA

OBSERVACIONES
chezm@salud.aragon.es

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1631

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ABELARDO DEL CAMPO PASTOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALEGRE LOPERENA ANTONIO
GONZALEZ BARRIO ISIDORO
BOLDOVA AGUAR CARMEN
PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE
TORRES ORTEGA ALBA
TERRAZAS IMAZ BEATRIZ
DUARTE CARCAS ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Reunión para presentar el proyecto de calidad a los nuevos componentes del equipo y asignación de tareas.
2. Reuniones sucesivas: octubre y diciembre de 2017 y enero de 2018.
3. Revisión del maletín de urgencias, carro de paradas y organización del material sanitario de la sala de urgencias.
4. Elaboración de un maletín específico para las urgencias pediátricas.
5. Realización del Curso de Parada Cardiorrespiratoria (organizado por el SALUD en el mes de junio de 2017). Al mismo asistieron el 95% del personal del centro y el 100% del personal sanitario.
6. Control mensual de reposición y caducidades del material sanitario mediante registro escrito.
7. Propuesta de revisión periódica (mensual) del maletín y sala de urgencias por todo el equipo del centro (médico y enfermera).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Mejora en el conocimiento y manejo del material sanitario y sala de urgencias por parte de todo el equipo.
2. Disminución en el riesgo de errores en relación con material caducado.
3. Actualización de la medicación según necesidades observadas.
4. Aumento de la participación e implicación de los profesionales en la gestión.
5. Indicadores utilizados: "Procedimiento Operativo de Control y Gestión de los Botiquines de Medicamentos en los Centros de Salud, PO-01_Z3(P)E"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas
-Valoración muy positiva por la importancia de mantener las condiciones adecuadas para la atención urgente en el centro.
2. Aspectos pendientes:
-Organización y puesta en marcha de la revisión periódica (mensual) del maletín y sala de urgencias por todo el equipo del centro (médico y enfermera).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1631 ===== ***

Nº de registro: 1631

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
ALEGRE LOPERENA ANTONIO, DEL CAMPO PASTOR ABELARDO, GONZALEZ BARRIO ISIDORO, PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE, TORRES ORTEGA ALBA, TERRAZAS IMAZ BEATRIZ, DUARTE CARCAS ALICIA, CASTILLO BAQUEDANO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1631

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO

Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines. Detección de áreas de mejora
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo. Si/no

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1665

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE VIRGINIA CONCHELLO GIMENEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRANZ ALFARO ALFREDO
GIL CORTES MARIA TERESA
NAVARRO DIAZ ISABEL
UCEDO APARICIO ANA
URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIDOS 20 D NOVIEMBRE ESTA COMISION, SE COMUNICA EL RESULTADO AL EQUIPO DEL CS. DELICIAS NORTE. EL RESULTADO LO APRUEBA TODO EL EQUIPO Y SE COMIENZA A LA GENERACION DE AGENDAS PARA LA DEMANDA NO PRESENCIAL. SE ACUERDA PRÓXIMA REUNI EL 10 D DICIEMB. CON LOS TRABAJOS YA REALIZADOS PARA COMUNICAR AL PACIENTE LAS VENTAJAS QUE SE VAN A LLEVAR A CABO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE GENERAN 8 HUECOS EN LAS AGENDAS DE MEDICINA, ENFERMERIA, MATRONA Y ASISTENTE SOCIAL PARA MEDIR LA DEMANDA NO PRESENCIAL.
SE COMUNICA AL PACIENTE QUE PODRA CONSULTA RESULTADO DE PRUEBAS, RECETA ELECTRONICA, ETC... DE MANERA TELEFÓNICA SIN TENER QUE PASAR POR CONSULTA. LA ACOGIDA ES SATISFACTORIA POR EL PACIENTE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL OBJETIVO DE ESTE PROYECTO ES ALCANZADO DE MANERA POSITIVA CREANDO UNA DISMINUCION DE PACIENTES EN LAS CONSULTAS PARA MOTIVOS BUROCRÁTICOS, QUEDANDO UNOS ESPACIOS DE TIEMPO MUY IMPORTANTES PARA OTRAS PATOLOGIAS CON EL PACIENTE PRESENCIAL.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1665 ===== ***

Nº de registro: 1665

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA, HERRANZ ALFARO ALFREDO, URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1665

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

- 5 % de consultas no presenciales en medicina
- 10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1302

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN EL ANCIANO FRAGIL

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA FE GONZALEZ MIR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPOS ABELARDO
BASELGA MARTIN MARIA LUISA
SERRANO ANDRES PILAR
UCEDO APARICIO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Todos los lunes de 17 a 18 horas he realizado ejercicio fisico con ancianos fragiles. He relizado ejercicios aerobicos, de resistencia y en menor numero de fuerza

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La adherencia a la actividad se ha mantenido en un 80% la mayoria de los dias
Han mantenido los resultados de los test realizados
Desde septiembre he aumentado el numero de ancianos a 20
Hemos perdido a un anciano por haber presentado un ictus y tener muchas dificultades para desplazarse
Ninguno de los participantes ha sufrido caida en el año

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es muy importante pautar desde atencion primaria ejercicio fisico monitorizado como algo habitual desde porque mejora la salud psico-fisica, disminuye la toma de analgesicos, mejora la autoestima de los ancianos

7. OBSERVACIONES.
DEBERIA INCLUIRSE EN CARTERA DE SERVICIOS COMO UNA ACTIVIDAD MAS, CON MONITORES ESPECIALIZADOS, UTILIZANDO LOS SERVICIOS DE AYUNTAMIENTO.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1302 ===== ***

Nº de registro: 1302

Título
EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN EL ANCIANO FRAGIL

Autores:
PINILLA LAFUENTE MARINA, BASELGA MARTIN MARIA LUISA, MARTIN ABAD LUCIA, CASTILLO MALABIA SAGRARIO, GONZALEZ MIR MARIA FE, UCEDO APARICIO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Disminuir la incidencia de fracturs de cadra

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestro centro de salud hay 13% mayores de 75 años, en mi cupo llegan al 18.5. De estos hasta un 35% son dependientes para las actividades de la vida diaria. El ejercicio se ha demostrado eficaz para disminuir la fragilidad, disminuir la incidencia de fracturas y aumentar la autoestima

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar de forma oportunista en las consultas de atención primaria ancianos frágiles, mayores de 75 años con barthel por encima de 90 y alta fragilidad

MÉTODO
Todos los lunes en el centro cívico Delicias de 17 a 18 horas ejercicio, movilizand todas las articulaciones,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1302

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN EL ANCIANO FRAGIL

ejercicios de equilibrio, coordinación y pesas

INDICADORES

Comenzamos en septiembre de 2016 con 16 ancianos, ninguno de los cuales podía realizar, los tes de equilibrio, de la marcha y levantarse de la silla. A los 5 meses el 90% realizabal los ejercicios correctamente. Se mantienen a los 8 meses

DURACIÓN

A pesar de que la actividad la realizo fuera del hrario laboral, mi intención es continuar haciéndola porque son los ancianos lo que me lo piden

OBSERVACIONES

Este año me ha ayudado un alumno de la universidad de San Jorge que ha presentado el proyecto como TFG.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1617

1. TÍTULO

ADECUACION EN LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EAP DELICIAS NORTE

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE MARINA PINILLA LAFUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el mes de junio reparti personalmente a cada medico la hoja con los paciente de su cupo que tenian prescrito parches de lidocaina, indicandoles que su uso solo esta indicado en neuralgia posherpetca y por periodo corto
En Octubre hice una reunion a la que asistieron menos de la mitad de los medicos para presentar los resultados hasta septiembre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Estatinas en prevencion secundaria: hemos bajado 0.6%
Selección eficiente de estatinas . bajamos un 0.2%
Hipolipemiantes en prevencion primaria: bajamos:0.1%
Medicamentos inapropiados en ancianos:bajamos0.1%
Medicamentos con riesgo anticolinergico : bajamos 0.3%
Inhibidores de la bomba de protones: bajamos 0.3%
Uso de antibioticos en pediatria se cumplen los objetivos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la importancia de la adecuada prescripcion seria necesario realizar formacion a los profesionales de mi equipo dado el poco intetes que suscita

7. OBSERVACIONES.

Creo que tambien deberia controlarse el buen uso de los antibioticos en medicina de familia por las implicaciones que tiene el abuso y las resistencias.

El uso de estatinas en prevencion secundaria hasta que edad???

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1617 ===== ***

Nº de registro: 1617

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP DELICIAS NORTE

Autores:
PINILLA LAFUENTE MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DISLIPEMIAS, TRATAMIENTO DEL DOLOR, ANTIBIOTICOS EN PEDIATRÍA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1617

1. TÍTULO

ADECUACION EN LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EAP DELICIAS NORTE

- estatinas de menor eficiencia,
- parches de lidocaína,
- utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,

MÉTODO

Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.
Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:

Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:

Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1631

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ABELARDO DEL CAMPO PASTOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALEGRE LOPERENA ANTONIO
GONZALEZ BARRIO ISIDORO
BOLDOVA AGUAR CARMEN
PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE
TORRES ORTEGA ALBA
TERRAZAS IMAZ BEATRIZ
DUARTE CARCAS ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Reunión para presentar el proyecto de calidad a los nuevos componentes del equipo y asignación de tareas.

2. Reuniones sucesivas: octubre y diciembre de 2017; enero de 2018 y junio 2018

3. Revisión del maletín de urgencias, carro de paradas y organización del material sanitario de la sala de urgencias.

4. Elaboración de un maletín específico para las urgencias pediátricas.

5. Realización del Curso de Parada Cardiorrespiratoria (organizado por el SALUD en el mes de junio de 2017). Al mismo asistieron el 95% del personal del centro y el 100% del personal sanitario.

6. Realización de control quincenal de reposición y caducidades del material sanitario del maletín, carro de paradas y sala de urgencias por todo el equipo del centro (médico y enfermera) mediante registro escrito.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Mejora en el conocimiento y manejo del material sanitario y sala de urgencias por parte de todo el equipo.

2. Disminución en el riesgo de errores en relación con material caducado.

3. Actualización de la medicación según necesidades observadas.

4. Aumento de la participación e implicación de los profesionales en la gestión.

5. Indicadores utilizados: "Procedimiento Operativo de Control y Gestión de los Botiquines de Medicamentos en los Centros de Salud, PO-01_Z3(P)E"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración muy positiva por la importancia de mantener las condiciones adecuadas para la atención urgente en el centro y domicilio.

Todo el personal sanitario sabe donde está el material que se ha de emplear.

Realización de un registro de revisiones de material sanitario y medicación empleado en urgencias

2. Aspectos pendientes

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1631 ===== ***

Nº de registro: 1631

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1631

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

ALEGRE LOPERENA ANTONIO, DEL CAMPO PASTOR ABELARDO, GONZALEZ BARRIO ISIDORO, PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE, TORRES ORTEGA ALBA, TERRAZAS IMAZ BEATRIZ, DUARTE CARCAS ALICIA, CASTILLO BAQUEDANO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO

Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín

Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias

Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines. Detección de áreas de mejora
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo. Si/no

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1631

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1640

1. TÍTULO

GRUPO DE LACTANCIA-CRIANZA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ALBA TORRES ORTEGA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENEZ DOMINGUEZ BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones semanales de 2 horas de duración en el que acuden las madres con sus bebés y se ponen en común dudas relacionadas con la lactancia-crianza

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Poco éxito, el número de participantes varía entre 2-5 cada semana.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Habría que potenciar la participación de las futuras mamás en la consulta de la matrona y de las mamás recientes en la consulta de pediatría.

Quizá que la población a la que va dirigida la actividad sea mayoritariamente inmigrante de distintos países con sus características culturales diferentes hace que no se animen a participar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1640 ===== ***

Nº de registro: 1640

Título
GRUPO DE LACTANCIA-CRIANZA

Autores:
JIMENEZ DOMINGUEZ BLANCA NIEVES, BARRANCO MORENO PILAR, CONTE GALVEZ MARTA, GARCIA ARANDA CONCEPCION, PINA ARANCHA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Primero haríamos un estudio de prevalencia de lactancia materna en nuestra zona de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida del lactante y complementaria hasta los 2 años.

MÉTODO
Realizar sesiones grupales con las madres y uno o más colaboradores del proyecto (matrona y enfermera ó pediatra o MAC) en la sala de la matrona con periodicidad semanal o quincenal dependiendo de la demanda de dos horas de duración

INDICADORES
Prevalencia de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años al inicio, durante y al final del proyecto, así como la satisfacción de las madres y de los profesionales.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1640

1. TÍTULO

GRUPO DE LACTANCIA-CRIANZA

Un año renovable de forma indefinida

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1362

1. TÍTULO

EDUCACION MATERNA PRE-PARTO

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE BLANCA JIMENEZ DOMINGUEZ
· Profesión MATRONA
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

8 clases de dos horas de duración con explicaciones teóricas, coloquio, vídeos informativos, gimnasia enfocada a la embarazada y relajación.

Se realiza los martes de 10 a 12 horas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Acuden menos mujeres que a las que se oferta.

El número de asistentes es de 2 a 5

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las mujeres no están motivadas para acudir a las clases. Población multicultural y multiracial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1362 ===== ***

Nº de registro: 1362

Título
EDUCACION MATERNA PRE-PARTO

Autores:
JIMENEZ DOMINGUEZ BLANCA NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ante la variedad de culturas, razas, veo necesario éste proyecto para educar aconsejar acompañar e instruir en valores y consejos necesarios para un buen desarrollo del embarazo, parto, postparto, cuidados del Recien Nacido, Planificación familiar y cultura sanitaria como Prevención del CA de cervix. Autoexploración mamaria

RESULTADOS ESPERADOS

Proyecto de educación maternal para gestantes de 28 semanas con el objetivo de mejorar el proceso del embarazo, parto, postparto, lactancia materna, cuidados del recién nacido, educación sanitaria y anticoncepción, prevención CA cervix, autoexploración mamaria y vacuna HPV.

Conseguir un embarazo satisfactorio, un parto saludable y prevenir riesgos

MÉTODO

Clases todas las semanas 2 horas/semana con vídeos instructivos y clases teórico-prácticas, gimnasia de embarazadas y relajación dinámica adaptada a la gestante.

Como recursos, contamos con vídeos instructivos, música relajante, maquetas para mostrar el proceso del parto, elementos anticonceptivos, elementos de identificación del recién nacido, utensilios que se utilizan en el proceso del parto.

Este servicio cuenta con consentimientos informados para la donación de leche, cordón umbilical y plan de parto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1362

1. TÍTULO

EDUCACION MATERNA PRE-PARTO

INDICADORES

El programa que llevará a cabo (proyecto ya iniciado) la monitorización del proyecto es: AppOMI. En éste, incluido en el apartado de embarazo confirmado, se registrarán (ya en proceso) las clases a las cuales asistan las pacientes con los resultados correspondientes.

La fuente de datos utilizada:

1. Cabero L, Sánchez MA. Protocolos de Medicina Materno Fetal, peripatología. 3º de. Barcelona: Ergon 2008
2. Confederación Internacional de Matronas (ICM) Federación internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Declaración conjunta. Prevención y tratamiento de hemorragia post parto: Nuevos avances para un entorno de bajos recursos. 2006.
3. Consejo general de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Departamento Técnico. Catálogo de Medicamentos. Colección Consejo Plus. Madrid: Consejo general de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2009.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Fichas Técnicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.aemps.es/>
5. Fernández, R., Prats, R., Cabero, LI, Carreras, JM. Y Costa, D. (2005). Protocol de seguiment de l'embarás a Catalunya. 2º de. Barcelona. Generalitat de Catalunya.
6. Medicina, MT., González, A., Podadera, A., Villatoro, V., Martín, E. y Lavado, C. (2000). ¿Cómo es la atención al embarazo según nuestras gestantes? Medicina de Familia (AND): 1: 37-40
7. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid.
8. Gupta PJ. (2007). Efectos of warm sitz batz on symptoms in post-anal sphinterotomy in chronic anal fissure. A randomized and controlled study. World J Surg. Jul 31 (7), 1480-4.
9. OMS (2007). planificación familiar para proveedores. Ginebra: pp25-266.
10. Fernández R. y Prats R. (2003) Protocol d'assistencia al part i al puerperi i d'atenció al nadó. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Dirección General de Salud Pública.
11. Gutman, L. (2004). Puerperios y otras exploraciones del alma femenina. Buenos aires: RBA libros, SA.

DURACIÓN

Actividad semanal de duración continuada todo el año.

Responsable de implantación: Matrona Blanca Jiménez Domínguez.

Actividades relacionadas con la evaluación del proyecto y plan de comunicación.

Fecha prevista de inicio: ya en funcionamiento.

Fecha finalización de proyecto: indefinido

Como actividad relacionada con la evaluación del proyecto: nuestro objetivo es realizar un estudio anual de las gestantes que han sido partícipes de las clases en relación con la población a la que le han sido ofertadas. Con este estudio se pretende observar la aceptación del proyecto y estudiar nuevas técnicas para llegar a un máximo de población.

OBSERVACIONES

Es una actividad que realizo semanalmente durante todo el año para aquellas personas que necesitan educación en esta fase de su vida. Es un programa voluntario infravalorado, al que asiste un porcentaje de embarazadas inferior al deseado.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1662

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE JOAQUIN CALLEN POLO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUBIO PARICIO CONCEPCION
SERRANO RODRIGUEZ MACARENA
BORRAJO GONZALEZ BELEN
LAMARCA PEREZ MARIA PILAR
VILLANOVA LANUZA AURORA
VECILLA OLIVERA FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Presentación del proyecto en reunión de EAP, tras la firma del AG
2. Reunión con el Servicio de Admisión, para explicar la DEMNP y los criterios que deben seguir.
3. Se crea el acto DEMNP en las agendas de OMI, para el registro de dicha actividad.
4. Se ajustan las matrices horarias reservando huecos diarios en las agendas de todos los profesionales.
5. Se informa al usuario desde el Servicio de Admisión y en las consultas de cada profesional.
6. En reuniones de EAP se comenta el seguimiento de los proyectos revisando la información de actividad recibida. Hay un periodo a partir del cual ya no se obtienen datos y nos informan desde la DAP que hay un problema a nivel técnico en SSSC
7. En Consejo de Salud de zona se habla del proyecto y la opción de la existencia de DEMNP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Datos recibido de octubre 2017

% DEMNP medicina 3%
% DEMNP enfermería 4%
% DEMNP pediatría 1%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades realizadas consideramos han sido pertinentes pero la DEMNP cuesta sistematizarla en un amplio grupo poblacional sobre todo personas mayores.
Es de esperar que poco a poco se vaya extendiendo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1662 ===== ***

Nº de registro: 1662

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL, RUBIO PARICIO CONCEPCION, BORRAJO GONZALEZ BELEN, LAMARCA PEREZ PILAR, CALLE POLO JOAQUIN, SERRANO RODRIGUEZ MACARENA, AGUIRRE ABADIA NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1662

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

PROBLEMA

Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

- 5 % de consultas no presenciales en medicina
- 10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0403

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2016-2017

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE MANUEL ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS DELICIAS SUR
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUBIO REMIRO OLGA
GRACIA MORTE CONCEPCION
ALASTRUE PINILLA MAR
LACLETA LORENTE ROSA MARIA
GABAS BALLARIN PILAR
VILLANOVA LANUVA AURORA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Mantenimiento del sistema de mejora de calidad:

Se consolidó el grupo de mejora multidisciplinar con actividad permanente, realizándose las auditorías internas en 2016 y 2017 según la Norma ISO. Se mantuvo el sistema de comunicación de incidencias con usuarios y la actividad del Consejo de Salud

2. Intervención en tabaquismo: se han mantenido las consultas específicas de deshabituación llevadas a cabo por un médico y una enfermera para pacientes del centro de salud

3. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): se ha mantenido la unidad específica de MAPA por 4 enfermeras para el diagnóstico de hipertensión arterial de bata blanca y para el seguimiento de pacientes hipertensos con mal control

4. Seguridad clínica: se realizaron sesiones clínicas sobre efectos adversos de medicamentos y se mantuvo la tasa de declaración de reacciones adversas

5. EPOC se ha mantenido la unidad específica de espirometrías que realizan 3 enfermeras para asegurar la calidad de la prueba dirigida a pacientes EPOC del centro de salud

6. Vacunaciones en el adulto: se ha mantenido el sistema de citación activa mediante carta a los pacientes mayores de 65 años y a los menores de 65 con factores de riesgo y la vacunación activa frente a neumococo en pacientes en residencias

7. Proyecto de prevención del consumo de alcohol en el medio escolar: se ha realizado un seminario dirigido a alumnos/as de 6º curso de los centros de educación primaria Emilio Moreno Calvete y Andrés Manjón coordinado con la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias y llevado a cabo por los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de 3º año.

8. Seminario de Prevención Cardiovascular: se ha llevado a cabo un seminario en la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias dirigido a pacientes con riesgo cardiovascular detectados desde las consultas del centro de salud en la que han participado un médico y 3 enfermeras.

9. Taller de RCP en el IES Jerónimo Zurita dirigido a alumnos/as de 4º de ESO y llevado a cabo por médicos residentes de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria

10. Proyecto de prevención del consumo de tabaco en alumnos de 1º de ESO del IES Jerónimo Zurita: se ha mantenido este proyecto que ya cuenta con cinco ediciones dirigido a prevenir el consumo de tabaco en coordinación con la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias y llevado a cabo por médicos residentes de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria

11. Detección e intervención sobre consumo de alcohol en colaboración con la Dirección General de Salud Pública: se realizaron sesiones formativas para presentar las herramientas de detección del consumo de alcohol en las consultas de medicina y enfermería del centro de salud. Se pasaron los test durante 2 meses para validar la eficacia de los mismos. Se realizaron intervenciones en los pacientes con consumo excesivo de alcohol

12. Proyecto de prevención de la violencia de género en adolescentes en Delicias en colaboración con la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias y el IES Jerónimo Zurita llevado a cabo por un equipo multidisciplinar compuesto por pediatras, enfermeras, trabajadores sociales, educadores, sociólogos, médicos residentes y estudiantes de medicina Después de la fase análisis del problema se llevó a cabo una intervención en el aula presentando los resultados de la encuesta realizada.

13. Proyecto IHAN Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y a la Lactancia se realizó sesión de equipo en la que se presentó el proyecto por pediatría. Como principal actividad se cuenta con el Grupo de Crianza llevado a cabo por la matrona del centro de salud cuyo objetivo fundamental es el fomento de la lactancia materna

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Mantenimiento del sistema de mejora de calidad:

Se realizó una sesión semanal todos los viernes a las 8,15 horas por el grupo de mejora de calidad formado por médicos de familia pediatras, enfermeras y jefa de admisión. Se trataron las incidencias ocurridas así como las reclamaciones y sugerencias de usuarios. Se analizaron 34 reclamaciones que hacen referencia a discrepancias sobre la atención prestada por los profesionales del equipo, demoras para atención especializada, calidad de agujas para control de diabéticos y necesidad de vestuarios en fisioterapia. Las sugerencias fueron sobre demoras para entrar en consulta, mejora en la organización de extracciones de sangre y posibilidad de cambiar de médico pero no de enfermera.

Se prepararon y se llevaron a cabo con éxito las auditorías para el mantenimiento del sistema de gestión de calidad norma ISO.

Se planificaron las sesiones formativas dentro del equipo con una nueva organización en la que se han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0403

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2016-2017

llevado a cabo sesiones clínicas semanales de medicina y enfermería, sesiones mensuales de todo el equipo para temas comunes y sesiones docentes quincenales dirigidas a médicos residentes y estudiantes de medicina

2. Intervención en tabaquismo: se han llevado a cabo 252 consultas de deshabituación a pacientes que deseaban dejar de fumar, por un médico y una enfermera del centro
3. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): se han realizado 128 MAPAs durante 2017
4. Seguridad clínica: se realizaron 4 sesiones clínicas sobre efectos adversos de medicamentos y se mantuvo la tasa de declaración de reacciones adversas
5. EPOC se han realizado 179 espirometrías durante el período de 2017
6. Vacunaciones en el adulto: durante 2017 se han vacunado un total de 4035 pacientes de los cuales 1763 fueron en pacientes de 65 a 79 años, 797 en menores de 65 años, 1408 en mayores de 79 años y 67 en menores de 65 años sin factores de riesgo. Observamos un decrecimiento progresivo en el número total de vacunados en los últimos años, a pesar de realizar una captación activa mediante carta. Se vacunaron 36 pacientes frente a neumococo en residencias.
7. Proyecto de prevención del consumo de alcohol en el medio escolar: se ha realizado un seminario que ha constado de 2 sesiones en el aula dirigido a alumnos/as de 6º curso de los centros de educación primaria Emilio Moreno Calvete y Andrés Manjón coordinado con la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias y llevado a cabo por los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de 3º año.
8. Seminario de Prevención Cardiovascular: se ha llevado a cabo un seminario en la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias que ha constado de 4 sesiones sobre factores de riesgo cardiovascular, dieta, consumo de sal y ejercicio, el grupo fue de 20 personas y participaron un médico y 3 enfermeras del centro de salud.
9. Taller de RCP en el IES Jerónimo Zurita dirigido a alumnos/as de 4º de ESO: se llevó a cabo el taller que constó de 2 sesiones sobre RCP básica teórico y práctico
10. Proyecto de prevención del consumo de tabaco en alumnos de 1º de ESO del IES Jerónimo Zurita: se realizaron 4 sesiones en el aula con contenidos teóricos y prácticos: información sobre el tabaco, máquina de fumar, rol playing participativo y sesión con la participación de un paciente laringectomizado. Realizado por médicos residentes de 1º año de Medicina familiar y Comunitaria.
11. Detección e intervención sobre consumo de alcohol en colaboración con la Dirección General de Salud Pública: se realizaron 2 sesiones formativas para presentar las herramientas de detección del consumo de alcohol en las consultas de medicina y enfermería del centro de salud. Se pasaron 400 test de Audit C, Audit 10 y Craft durante 2 meses. Se detectaron mediante Audit 10, 44 pacientes con consumo excesivo de alcohol, se realizaron 140 intervenciones a pacientes con consumo de riesgo y de ellas 11 fueron en pacientes menores de 25 años.
12. Proyecto de prevención de la violencia de género en adolescentes en Delicias en colaboración con la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias y el IES Jerónimo Zurita. Se realizaron 8 sesiones en el aula dirigidas a alumnos de 3º de ESO para devolver los resultados de la encuesta realizada el año anterior
13. Proyecto IHAN Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y a la Lactancia se realizó sesión de equipo y se iniciaron los trámites para la acreditación del proyecto en el centro que se consiguió en 2017 en fase I.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. En cuanto a la equipo de mejora: consideramos que su existencia y mantenimiento es lo mas importante para la organización y el buen funcionamiento del equipo. La continuidad del equipo de mejora formado por diferentes profesiones y profesionales permite abordar las incidencias internas, la planificación de nuevas actividades y la coordinación de las mismas. Aunque supone un esfuerzo para sus miembros pues se realiza todos los viernes de 8,15 a 9,30 hay alta satisfacción pues se considera muy útil para el equipo. Es básico también para la planificación de las actividades formativas dentro del equipo.
2. En cuanto a la Norma ISO consideramos que su mantenimiento es fundamental para la mejora de la calidad pues nos obliga a estar al tanto de incidencias y no conformidades tanto internas como desde la perspectiva del usuario; también es una herramienta de calidad imprescindible para diversar áreas estratégicas como almacén, botiquín, mantenimiento de cuarto de urgencias etc. Debería aclararse por los niveles de gestión correspondientes el apoyo a este sistema de calidad con Norma ISO pues recibimos mensajes contradictorios.
3. En cuanto a las líneas y proyectos
Los que se llevan a cabo por unidades específicas dentro el equipo como intervención en tabaquismo, MAPA, espirometrías consideramos que deberían mantenerse porque o bien no constan en cartera de servicios (tabaco y MAPA) o bien se realizan de forma específica para mejorar la calidad como en el caso de espirometrías. También consideramos importante mantener a dos enfermeras responsables del programa de vacunaciones y a una médico de familia como responsable de seguridad clínica.
En cuanto a proyectos comunitarios hemos sacado de este proyecto de calidad general el proyecto de prevención de violencia de género en adolescentes por constituir un proyecto comunitario con una entidad importante
Para el futuro podríamos unificar los proyectos comunitarios que realizamos en el medio escolar sobre prevención de adicciones y RCP como un proyecto separado
También podríamos presentar por separado el proyecto de prevención de enfermedades cardiovasculares y el proyecto IHAN del cual ya consta como proyecto comunitario independiente el Grupo de Crianza que lleva a cabo la matrona.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/403 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0403

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2016-2017

Nº de registro: 0403

Título
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2016-2017

Autores:
ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL, PEREZ VILLARROYA JOSE CARLOS, OCHOA MONEO PURIFICACION, JAVIERRE MIRANDA ELENA, AGUIRRE ABADIA NOELIA, GRACIA MORTE CONCEPCION, ALASTRUE PINILLA MAR, OLIVEROS GONZALVO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCION / PROMOCION /CONROL ENFERMEDADES CRONICAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD / CONTROL CRONICIDAD/ GESTION CALIDAD ISO / SEGURIDAD PACIENTE/ PARTICIPACION CIUDADANA /

PROBLEMA

Nuevo proyecto de mejora con las actividades consolidadas hasta ahora y nuevos proyectos: detección e intervención consumo de alcohol, proyecto IHAN para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia, y proyecto de prevención de la violencia de género.

Los puntos fuertes son:
1. mantenimiento ISO-9001-2008

2. La continuidad del grupo estable de mejora

3. La existencia del sistema de detección de oportunidades de mejora: Consejo de Salud, Reclamaciones y Buzón sugerencias

RESULTADOS ESPERADOS

1. Consolidación equipo de mejora renovado
2. Líneas de mejora
 1. Intervención tabaquismo
- Mantener actividades de Intervención Intensiva en las consultas de deshabituación ya existentes
2. Enfermedades cardiovasculares: monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): mantener la realización prueba diagnóstica
3. Seguridad clínica:
Mantener el registro RAM
4. EPOC: -Continuar con el Servicio de espirometría
5. Vacunaciones en el adulto:
Vacunación Antigripal mejorar la cobertura
Vacunación Antineumocócica Aumentar cobertura
6. Proyecto prevención del consumo de alcohol en el medio escolar: . mantener seminario
7. Seminario de prevención cardiovascular, Mantenimiento actividad
8. RCP en Centro de Educación Secundaria Jerónimo Zurita mantener actividad
9. Proyecto de prevención del consumo de tabaco en el alumnos de 1º de Educación mantener proyecto
10. Detección e intervención sobre el consumo de alcohol en atención primaria: en colaboración con la Dirección de Salud Pública detectar consumo de alcohol
- 11 Prevención de la violencia de género en adolescentes en Delicias en coordinación con la Asociación de Vecinos Manuel Viola, y el Instituto de Enseñanza Secundaria Jerónimo Zurita
- 12 Proyecto IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia: iniciar este proyecto de promoción lactancia materna

MÉTODO

1. Mantenimiento Norma ISO 9001-2008
2. Líneas de mejora:
 1. Intervención en tabaquismo:
Mantener 2 consultas deshabituación .Actualización guía paciente fumador
 2. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA):
Actualización en el equipo de las guías HTA
 3. Seguridad clínica: mantener notificación de RAM, continuar realizando formación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0403

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2016-2017

4. . EPOC actualización guía EPOC
5. Vacunaciones en el adulto:
. Vacunación Antigripal.- carta a mayores de 65 años y menores de 65 años patología de riesgo, . Vacunación Antineumocócica.- en residencia
- 6 Proyecto de prevención del consumo de alcohol en medio escolar: se realizarán 2 sesiones en el aula 2 colegios de la zona
- 7.Seminario de prevención cardiovascular: cuatro sesiones FRCV Asociación de Vecinos
- 8: RCP en Centro de Educación Secundaria, en el IES Jerónimo Zurita en dos sesiones
9. Proyecto de prevención del consumo de tabaco en alumnos de secundaria cuatro sesiones en el aula alumnos de 1º de ESO
- 10.Detección e intervención sobre el consumo de alcohol en atención primaria: 2 sesiones formativas. Utilización de Audit C, Audit 10 y CRAFT en consultas durante 2 meses
- 11 Prevención violencia de género en adolescentes creación grupo de trabajo: pediatras y enfermeras centro de salud Delicias Sur, trabajadoras sociales A.V. Manuel Viola, Departamento de Sociología Universidad Zaragoza, Unidad Prevención Policía Nacional, IES Jerónimo Zurita, MIR y estudiantes medicina
- 12.Proyecto IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia: inicio de acreditación proyecto, disponer de normativa escrita relativa al lactancia y comenzar la capacitación

INDICADORES

- 1.Mantenimiento del sistema de gestión de calidad mediante la Norma ISO 9001-2008:
 - Consolidación GRUPO DE MEJORA DE CALIDAD RENOVADO
 - Certificación ISO
 - Auditoría interna realizada
- Mantenimiento sistema incidencias cliente:
Reuniones consejo salud y Valoración de sugerencias y reclamaciones
- 2Líneas de mejora
- 1Intervención en tabaquismo: N° consultas deshabituación / N° pacientes atendidos
- 2 MAPA Numero de MAPA y Registro en curso clínico OMI
- 3 Seguridad clínica:Tasa de RAM y sesiones realizadas
- 4 EPOC: Número de espirometrías realizadas
- 5Vacunaciones adulto: Cobertura Vacuna Antigripal.y Antineumocócica
6. Realización sesiones prevención de consumo de alcohol colegios de Primaria
- 7Realización 4 sesiones del seminario de prevención cardiovascular
- 8 Realización de los grupos de RCP a alumnos de secundaria
- 9 Realización sesiones prevención del consumo de tabaco en educación secundaria.
10. Detección e intervención consumo de alcohol en atención primaria: Número de test de Audit C, Audit 10 y CRAFT
- 11, Prevención de la violencia de género en adolescentes en Delicias: constitución grupo de trabajo, elaboración del cuestionario, y evaluación resultados.
- 12Proyecto IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia: comunicación del proyecto al equipo e inicio de la acreditación.

DURACIÓN

Fecha de inicio: JUNIO DE 2016

Calendario: Todas las líneas de mejora con sus objetivos, actividades y medición de indicadores se realizaran a lo largo del año

OBSERVACIONES

Resto equipo de mejora:

MENGUAL GIL José María. PEDIATRA. C.S DELICIAS SUR jmmengual@salud.aragon.es
GABAS BALLARIN Pilar MAC .C.S DELICIAS SUR mpgabas@salud.aragon.es
VILLANOVA LANUZA Aurora AUX. ADM. C.S DELICIAS SUR avillanova@salud.aragon.es
LACLETA LORENTE Rosa AUX CLINICA . C.S. DELICIAS SUR rmlacleta@salud.aragon.es

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0430

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA ESCUELA DE ESPALDA CON CONTENIDO TEORICO-PRACTICO EN TODAS LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE GEMA GALINDO MORALES
• Profesión FISIOTERAPEUTA
• Centro CS DELICIAS SUR
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOIDI PLA MARIA ANGELES
AZNAR VIDALLER CARMEN
RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA
SIMON ALAMAN LAURA
VALER PELARDA ANA CARMEN
ARTIGAS GARCIA ANA
LOPEZ LAPEÑA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Difusión del proyecto a nuestra Dirección de Enfermería del Sector AP Zaragoza III.
2. Difusión del proyecto a los EAPs de todos los centros adscritos a las Unidades de Fisioterapia mediante una sesión clínica en cada EAP, apoyada por la elaboración de una presentación (Power Point) donde se explicaba la necesidad y justificación del proyecto y cómo se iba a desarrollar.
3. Elaboración de una Presentación en formato digital (PowerPoint) consensuada por todos los fisioterapeutas implicados en el proyecto, para dar soporte a la sesión teórica que se imparte a los pacientes sobre Anatomía e Higiene Postural vertebral. DICIEMBRE/2016
4. Puesta en marcha del Proyecto de la Escuela de Espalda MARZO/2017. Cada paciente recibe una sesión de Escuela de Espalda que consta de:
 - UN CONTENIDO TEÓRICO: 1 SESIÓN FORMATIVA apoyada por una presentación digital (común en todas las UF del Sector III), para explicar la anatomía, función e higiene postural de la columna vertebral.
 - UN CONTENIDO PRÁCTICO: 4 SESIONES GRUPALES de enseñanza de ejercicios, elaborado y consensuado por todos los profesionales implicados, de aproximadamente media hora de duración y distribuidos con una frecuencia de dos sesiones semanales.
5. Evaluación de resultados. DICIEMBRE/17.
6. Comunicación de los resultados del proyecto a Dirección de Enfermería Sector III y a los coordinadores de los EAPs. DICIEMBRE 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido el objetivo principal marcado de PONER EN MARCHA UNA ESCUELA DE ESPALDA EN TODAS LAS UF DE AP SECTOR ZARAGOZA III.
El impacto del proyecto es favorable puesto que con anterioridad al proyecto solo existía Escuela de Espalda en una Unidad de Fisioterapia del Sector III y actualmente está funcionando en todas.
Los indicadores planteados al inicio del proyecto, se han obtenido mediante recogida de datos.

- DEMORA EN DÍAS AL INICIO DEL PROYECTO Y A LOS 3-6-9 MESES DE SU PUESTA EN MARCHA: extraído de OMIap. En 7 de los 10 profesionales implicados (70%) la demora ha aumentado (hay que tener en cuenta otras posibles causas de aumento de demora, principalmente aumento de las derivaciones).
- ADHESIÓN Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS: NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA/NÚMERO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES PROPONE PARTICIPAR. El 84% de los pacientes a los que se les propone participar en el proyecto aceptó asistir a la Escuela de Espalda.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Se ha cumplido el objetivo marcado al inicio del proyecto: PONER EN MARCHA UNA ESCUELA DE ESPALDA EN TODAS LAS UF DE AP SECTOR ZARAGOZA III.
2. Valoración del equipo de mejora: El conjunto de profesionales valora como positiva esta nueva herramienta de trabajo, ya que aporta continuidad al tratamiento y fomenta el trabajo activo por parte del paciente para continuar en su domicilio.
3. A pesar de que la demora en las UF no ha disminuído con la creación de la Escuela de Espalda, los pacientes que rechazaron participar en la misma (por motivos como dificultad de asistencia, ya realización de otras actividades físicas o similares) suponen un 16% frente al 84% restante que aceptaron participar. Esto nos indica que los pacientes están satisfechos con este nuevo servicio. Por tanto, puesto que ya nos planteábamos su continuidad al inicio del proyecto, quedará instaurado en todas las U. Fisioterapia del Sector III.

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto fue realizado en todas las Unidades de Fisioterapia (8 en total) del Sector AP Zaragoza III,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0430

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA ESCUELA DE ESPALDA CON CONTENIDO TEORICO-PRACTICO EN TODAS LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

implicando a 10 profesionales.

A lo largo del desarrollo del proyecto, con los traslados de personal, hubo variación en 2 de los participantes, por lo que la totalidad de los profesionales que participan finalmente en el proyecto son 12.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/430 ===== ***

Nº de registro: 0430

Título
PUESTA EN MARCHA DE UNA ESCUELA DE ESPALDA CON CONTENIDO TEORICO-PRACTICO EN TODAS LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
GALINDO MORALES GEMA, LOIDI PLA MARIA ANGELES, LOPEZ LAPEÑA ELENA, ARTIGAS GARCIA ANA, SIMON ALAMAN LAURA, AZNAR VIDALLER CARMEN, RUIZ CLAVERO SANDRA, VALER PELARDA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
ACTUALMENTE UN ELEVADO PORCENTAJE DE LAS DERIVACIONES RECIBIDAS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA (UF) DE AP DEL SECTOR III SON DEBIDAS A ALGIAS VERTEBRALES.
DADA LA GRAN DEMANDA DE TRATAMIENTO Y LA ESCASEZ DE PROFESIONALES, LA DEMORA EN LAS UF AUMENTA CONSIDERABLEMENTE DEBIDO A ESTE PROBLEMA.
LA PRINCIPAL CAUSA QUE GENERA ESTA CONSULTA ES EL SEDENTARISMO Y LA FALTA DE CONOCIMIENTO DEL PROPIO PACIENTE DE SU COLUMNA VERTEBRAL Y DE LA HIGIENE POSTURAL QUE DEBE SEGUIR.
ES POR ELLO, QUE LA CREACIÓN DE UNA ESCUELA DE ESPALDA A NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA, DONDE LOS USUARIOS PUEDAN REALIZAR TRATAMIENTO GRUPAL Y APRENDER NOCIONES BÁSICAS SOBRE ANATOMÍA Y CUIDADO DE SU COLUMNA VERTEBRAL NOS PARECE INTERESANTE PARA MEJORAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y AGILIZAR LAS LISTAS DE ESPERA EN LAS UF.

RESULTADOS ESPERADOS
PONER EN MARCHA UNA ESCUELA DE ESPALDA EN TODAS LAS UF DE AP SECTOR ZARAGOZA III

MÉTODO
LAS MEDIDAS PREVISTAS SON DISEÑAR E IMPLEMENTAR UNA ESCUELA DE ESPALDA EN AP CONSISTENTE EN:
UN CONTENIDO TEÓRICO (FORMATO DIGITAL, COMÚN EN TODAS LAS UF DEL SECTOR III, ELABORADO Y CONSENSUADO POR TODOS LOS PROFESIONALES IMPLICADOS) Y UNA PARTE PRÁCTICA CONSISTENTE EN UN TRATAMIENTO GRUPAL BASADO EN EJERCICIOS VERTEBRALES (TAMBIÉN ELABORADO Y CONSENSUADO POR TODOS LOS PROFESIONALES IMPLICADOS).

INDICADORES
1- DEMORA EN DÍAS ANTES DE INICIAR LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO FRENTE A DEMORA EN DÍAS A LOS 3-6-12 MESES DE SU FUNCIONAMIENTO.
2- ADHESIÓN Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS: NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA/NÚMERO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES PROPONE PARTICIPAR.

DURACIÓN
LA FECHA DE INICIO DEL PROYECTO SERÍA INMEDIATA UNA VEZ DISEÑADO Y, UNA VEZ LLEVADO A CABO, NO TENDRÍA FECHA DE FINALIZACIÓN SINO QUE CONTINUARÍA COMO SERVICIO CONTINUO EN LAS UF.

CRONOGRAMA:
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2016: ELABORACIÓN DEL SOPORTE TEÓRICO.
ENERO- FEBRERO 2017: PUESTA EN MARCHA DEL SERVICIO.

OBSERVACIONES
ACTUALMENTE SE CUENTA CON 10 FISIOTERAPEUTAS EN LAS UF DE AP SECTOR ZARAGOZA III. ESTE DOCUMENTO SOLO ADMITE 8 PARTICIPANTES, PERO EN REALIDAD, LOS 10 PROFESIONALES PARTICIPAMOS EN EL PROYECTO, POR LO QUE SOLICITAMOS NOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0430

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA ESCUELA DE ESPALDA CON CONTENIDO TEORICO-PRACTICO EN TODAS LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

SEA RECONOCIDO A TODOS LOS EFECTOS.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1399

1. TÍTULO

GRUPO DE LACTANCIA Y CRIANZA EN DELICIAS-SUR

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE BELEN VAL LECHUZ
· Profesión MATRONA
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Charlas, Talleres, Videos, de apoyo a lactancia y crianza respetuosa .

Todos los martes de 12 a 13,30.

Apoyo en lactancia materna, extraccion de leche, como hacer donacion de leche, solucion de problemas mas frecuentes

Alimentacion complementaria a partir de los 6 meses.

Desarrollo psicomotriz en el bebe (apoyo con fisioterapeuta pediatrico externo).

Prevencion de accidentes en el niño

Sesion musicoterapia.(Banda de musica Musethica)

Taller primeros auxilios(apoyo con pediatra del centro de salud)

Taller de masaje infantil.

Taller sobre sexualidad y metodos anticonceptivos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Aumento de tasas de lactancia en general y de exclusiva hasta los 6 meses en particular. con lo que ello implica.

-Disminucion de visitas en consultas de pediatria por temas relacionados con lactancia y crianza.

-Concienciacion sobre desarrollo psicomotriz saludable en los bebes.

-Aumento del nivel de satisfaccion en las mujeres con bebes adquisicion de habilidades y destreza en el manejo de sus hijos.

-Concienciacion de dietas saludables en la familia como educacion

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Satisfaccion a nivel de equipo ya que es una actividad demandada por las mujeres y que mejora su salud afectiva y familiar .

Es una actividad realizada en el centro desde hace 13 años y que ha aumentado tanto en actividades como en demanda por las usuarias

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1399 ===== ***

Nº de registro: 1399

Título
GRUPO DE LACTANCIA-CRIANZA EN DELICIAS-SUR

Autores:
VAL LECHUZ BELEN, SORLI LATORRE DIEGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: comunitario

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1399

1. TÍTULO

GRUPO DE LACTANCIA Y CRIANZA EN DELICIAS-SUR

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) señalan asimismo que la lactancia «es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños».

En nuestro medio se ha observado un incremento de lactancias artificiales y una demanda de asesoramiento y apoyo/acompañamiento en el inicio y continuación de la lactancia materna como herramienta no solo de alimentar al bebe, sino también de los beneficios que produce tanto para el bebe/niño como para la mujer y sus familias.

Además de todo esto surge la necesidad de las familias de compaginar la lactancia con una crianza saludable y respetuosa

RESULTADOS ESPERADOS

-Asesoramiento y fomento de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada con alimentos hasta más de los dos años según OMS y Asociación Española de Pediatría.

-Fomento de crianza respetuosa.

- Implementación de hábitos saludables en bebés, niños y familias

MÉTODO

Se realizan charlas para grupos abiertos presenciales. Todos los martes a las 12 de septiembre a julio en las que se ofertan acciones formativas y actividades tanto a población adscrita al propio centro como a todas aquellas familias que tengan la necesidad de acudir dentro del Servicio Aragonés de Salud

-Fisiología de la lactancia materna en las diferentes etapas.

-Conocimiento de la extracción manual de leche/conservación/almacenamiento.

-Amamantamiento y trabajo.

-Alimentación complementaria a partir de los 6 meses

-Masaje infantil,

-Desarrollo psicomotriz (2 sesiones) apoyado por fisioterapeuta infantil de fuera del centro.

-Prevención de accidentes .

-Primeros auxilios (apoyado por pediatra del centro)/ 2 veces /año

-Incidencia de música clásica en bebés (apoyado por musicoterapeutas

- Sexualidad y Maternidad.

- Suelo Pelvico Postparto.

-Dudas de padres, aportaciones

Las charlas se irán ampliando o cambiando según necesidad del grupo

El grupo lo integran aproximadamente 400 familias de Zaragoza y la red de conexión es a través de crianzadeliciasur@googlegrupos.

Material necesario: colchonetas, ordenador, cañón

INDICADORES

-Aumento del nivel de tasas de lactancia materna.

-Aumento del nivel de satisfacción de las familias

-Disminución de las visitas en consultas de pediatría.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1399

1. TÍTULO

GRUPO DE LACTANCIA Y CRIANZA EN DELICIAS-SUR

-Disminucion de la frecuentacion de visitas a Urgencias.

-Disminucion del gasto farmaceutico (eficiencia) por consumo de leches hidrolizadas y tratamientos por procesos

DURACIÓN

Reuniones todos los martes a las 12h en el centro de salud Delicias-sur.

De septiembre a julio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1415

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN AMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE NOELIA MARIA AGUIRRE ABADIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENGUAL GIL JOSE MARIA
SANISIDRO FONTECHA CARMEN
ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1_ Difusión al EAP del proyecto el día 24 de enero en una sesión conjunta a la que también se invitó al Equipo Directivo del Area III
2- Varias reuniones de trabajo conjunto e interdisciplinar de todos los miembros del equipo
3-Reunión con la Directora del Instituto Jerónimo Zurita el día 26 de abril para buscar fecha para hacer un volcado de resultados del test que realizaron los alumnos y así hacer una primera intervención
4-Presentación del volcado de resultado del test a los alumnos en dos sesiones, los días 7 y 14 de julio
5-Reuniones con un equipo de Asesores especializados en Violencia de Género los días 4 y 6 de julio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han conseguido los objetivos marcados con anterioridad
1- Se ha seguido manteniendo el grupo de trabajo con reuniones periódicas
2- Se ha elaborado el test, se han trabajado los resultados de éste
3- se ha hecho una primera intervención para el volcado de dichos resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la realización del test hemos hecho una primera valoración de la situación real en jóvenes de entre 13 y 15 años sobre igualdad, respeto, relaciones entre iguales, conductas violentas y violencia de género, lo que nos ha servido para encaminar las intervenciones previstas para este próximo año

7. OBSERVACIONES.

Se ha causado baja de algún miembro del equipo debido a traslados de su puesto de trabajo . Muchas de las reuniones y trabajo se han tenido que realizar fuera del horario laboral debido a la incompatibilidad de agendas y de la falta de recursos para cubrir ausencias

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1415 ===== ***

Nº de registro: 1415

Título
PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN AMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. ZARAGOZA

Autores:
AGUIRRE ABADIA NOELIA, MENGUAL GIL JOSE, RUBIO REMIRO OLGA, CRESPO MAINAR MARIA CLEOFE, NAVARRO RERO SILVIA, SANISIDRO FONTECHA CARMEN, ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención violencia genero
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Nuestro proyecto es una iniciativa del Centro de Salud Delicias Sur y la Asociación de Vecinos de Delicias "Manuel Viola" que surge de la preocupación compartida por el agravamiento de las situaciones de desigualdad y violencia de género en adolescentes, cuya finalidad es la intervención interdisciplinar para promover la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1415

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN ÁMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA

igualdad y prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

En una primera fase planteamos detectar situaciones de desigualdad y violencia de género y su percepción en población adolescente.

Posteriormente, plantear un plan de intervención interdisciplinar para la prevención y promoción de salud en el ámbito escolar, sanitario y social.

El proyecto está incluido en el Acuerdo de Gestión del centro de salud

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer la situación actual de los y las adolescentes de un centro de educación secundaria en relación a la igualdad y la exposición a la violencia de género.

- Facilitar intervenciones dirigidas a promover la igualdad y a prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

MÉTODO

Creación de un equipo de trabajo integrado por 11 profesionales de diversos ámbitos (Trabajo Social:3;

Pediatría:2;

Enfermería:1; MIR Medicina Familiar y Comunitaria:1; Estudiantes de Medicina:4) que mediante reuniones periódicas desde Noviembre 2015 hasta Junio 2017 hemos desarrollado un trabajo grupal en varias fases:

1: Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.

2: Puesta en común con profesorado de Educación Secundaria, Policía Nacional (Servicio de Atención a la Familia); Doctora en Sociología.

3: Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de

desigualdad en adolescentes de Delicias.

4: Realización del cuestionario en dos grupos control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y

las cuestiones planteadas.

5: Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.

6: Recogida de datos y análisis de resultados.

7: Planificación de la intervención.

INDICADORES

Para la primera fase los indicadores son:

1. Constitución y mantenimiento del grupo de trabajo multidisciplinar

2. Tener elaborado el cuestionario para el análisis de la intervención

3- Tener elaborado el informe con los resultados del análisis

3. Número de sesiones en las aulas del IES Jerónimo Zurita realizadas en la fase de difusión de los resultados

DURACIÓN

Cursos: 2016-2017 y 2017-2018

Se realizará a lo largo del curso el informe de resultados para presentarlo en las aulas a final del curso

Para el curso siguiente se planificará la intervención en el aula

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1415

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN ÁMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE NOELIA MARIA AGUIRRE ABADIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GALINDO MORALES GEMA
SOLA ANTON JOSE
MENGUAL GIL JOSE MARIA
ANTOÑANZAS SERRANO ALMA
COBOS MANCHON DAVID
RUBIO REMIRO OLGA
SANCHEZ PRIETO YASMINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Análisis y Valoración del cuestionario realizado en junio del 2018 por alumnos del IES Jerónimo Zurita, de 2º de la ESO, cuyos resultados serán devueltos a los alumnos que los realizaron en junio del 2019.

Se realizaron los días 11, 18, y 25 de mayo, así como el 1 de junio unas sesiones sobre prevención de Violencia de Género en el IES Jerónimo Zurita .

Reuniones con el equipo de trabajo para preparación de las sesiones que van a impartirse tanto en el IES Jerónimo Zurita como en los colegios de primaria de CEIP Moreno calvete y Andrés Manjón. Los recursos empleados han sido mínimos, ya que el trabajo se ha realizado en horas fuera de la jornada laboral . El material empleado es audiovisual, con presentaciones Power point y vídeos realizados por el equipo de trabajo.

Reuniones con los equipos educativos del IES Jerónimo Zurita como en los colegios de primaria de CEIP Moreno calvete y Andrés Manjón.

El día 12 de marzo se va a realizar una sesión formativa para todo el EAP de Delicias Sur para la presentación del nuevo protocolo de Violencia de Género y cómo adaptarlo a nuestro trabajo diario. Los recursos empleados han sido mínimos, ya que el trabajo se ha realizado en horas fuera de la jornada laboral . El material empleado es audiovisual, con presentaciones Power point .

Se realizaron 2dos sesiones formativas a laumnos de sexto de primaria, una en el CEIP Moreno Calvete y otra en el CEIP Andrés Manjón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todavía no pueden valorarse puesto que el proyecto sigue en marcha

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todavía no pueden valorarse puesto que el proyecto sigue en marcha

7. OBSERVACIONES.

La respuesta tanto de profesores como de alumnos ha sido muy positiva, animándonos a seguir con el proyecto y a seguir colaborando con ellos

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1415 ===== ***

Nº de registro: 1415

Título
PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN ÁMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. ZARAGOZA

Autores:
AGUIRRE ABADIA NOELIA, MENGUAL GIL JOSE, RUBIO REMIRO OLGA, CRESPO MAINAR MARIA CLEOFE, NAVARRO RERO SILVIA, SANISIDRO FONTECHA CARMEN, ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención violencia genero
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1415

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN ÁMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Nuestro proyecto es una iniciativa del Centro de Salud Delicias Sur y la Asociación de Vecinos de Delicias "Manuel Viola" que surge de la preocupación compartida por el agravamiento de las situaciones de desigualdad y violencia de género en adolescentes, cuya finalidad es la intervención interdisciplinar para promover la igualdad y prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

En una primera fase planteamos detectar situaciones de desigualdad y violencia de género y su percepción en población adolescente.

Posteriormente, plantear un plan de intervención interdisciplinar para la prevención y promoción de salud en el ámbito escolar, sanitario y social.

El proyecto esta incluido en el Acuerdo de Gestión del centro de salud

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer la situación actual de los y las adolescentes de un centro de educación secundaria en relación a la igualdad y la exposición a la violencia de género.

- Facilitar intervenciones dirigidas a promover la igualdad y a prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

MÉTODO

Creación de un equipo de trabajo integrado por 11 profesionales de diversos ámbitos (Trabajo Social:3;

Pediatría:2;

Enfermería:1; MIR Medicina Familiar y Comunitaria:1; Estudiantes de Medicina:4) que mediante reuniones periódicas desde Noviembre 2015 hasta Junio 2017 hemos desarrollado un trabajo grupal en varias fases:

1: Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.

2: Puesta en común con profesorado de Educación Secundaria, Policía Nacional (Servicio de Atención a la Familia); Doctora en Sociología.

3: Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de desigualdad en adolescentes de Delicias.

4: Realización del cuestionario en dos grupos control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.

5: Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.

6: Recogida de datos y análisis de resultados.

7: Planificación de la intervención.

INDICADORES

Para la primera fase los indicadores son:

1. Constitución y mantenimiento del grupo de trabajo multidisciplinar

2. Tener elaborado el cuestionario para el análisis de la intervención

3- Tener elaborado el informe con los resultados del análisis

3. Número de sesiones en las aulas del IES Jerónimo Zurita realizadas en la fase de difusión de los resultados

DURACIÓN

Cursos: 2016-2017 y 2017-2018

Se realizará a lo largo del curso el informe de resultados para presentarlo en las aulas a final del curso

Para el curso siguiente se planificara la intervención en el aula

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1636

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ROSA MARIA LACLETA LORENTE
· Profesión TCAE
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUIRRE ABADIA NOELIA MARIA
CASAMAYOR SANTOS MERCEDES
ALASTRUE PINILLA MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1-Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín maletines y sala de urgencias periódicamente
- 2- Revisión periódica de caducidades
- 3- Reorganización de la Sala de urgencias conforme a nuevas necesidades
- 4- Nombramiento de responsables de cada actividad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1- Al realizar la revisión periódica de caducidades, no se han encontrado ninguna medicación ni producto sanitario caducado por lo que se han minimizado los riesgos y aumentado la seguridad
- 2- Se nos ha dotado de un carro de paradas, con lo que hemos ganado espacio en la sala de urgencias y se han centralizado todos los materiales sanitarios y medicación que se utilizan en una parada en dicho carro .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha quedado pendiente una reunión del EAP para mostrar el carro de paradas así como la nueva distribución, que está prevista para el próximo 17 de enero . Se aprovechará dicha reunión para hacer un repaso de los protocolos actuales

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1636 ===== ***

Nº de registro: 1636

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
AGUIRRE ABADIA NOELIA, LACLETA LORENTE ROSA MARIA, CASAMAYOR SANTOS MERCEDES, GALDEANO BIEL ANA MARIA, COBOS MANCHON DAVID, FERNANDEZ FORTUN TOMAS HIGINIO, PUY ROC SARA JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1636

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO

Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines. Detección de áreas de mejora
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo. Si/no

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1650

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SAINTARIA EAP DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCA GONZALEZ RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ VILLARROYA JOSE CARLOS
CORDOBA GARCIA RODRIGO
GARCIA SANCHEZ NURIA
ASENSIO ASENSIO LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde hace años el equipo de medicos y pediatras del C.S. Delicias Sur viene desarrollando una línea de mejora de la calidad de uso racional del medicamento en diversas áreas: formación continuada mediante sesiones clínicas sobre efectos adversos e indicaciones de fármacos, impulso continuado al registro de efectos adversos a medicamentos y estrategias concretas sobre buen uso de medicamentos de mayor riesgo potencial por su frecuente uso como es el caso de la estatinas o los IBP o por su incidencia en poblaciones con mayor susceptibilidad como población infantil o en pacientes ancianos. Por otra lado formamos parte de la comisión de uso racional del medicamento del Sector y se participa activamente en el Programa de Optimización de uso de Antimicrobianos (PROA) del Sector. Como objetivos específicos para 2017 se han propuesto la disminución en el uso de estatinas de menor eficiencia, la adecuación de las indicaciones del uso de parches de lidocaina y la adecuación del uso de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría. También se propuso un objetivo de mejora en el uso de opiáceos para el dolor crónico no oncológico. Para llegar a estos objetivos se han realizado actividades formativas consistentes en sesiones clínicas basadas en el análisis de la prescripción de los fármacos seleccionados y el aporte de las evidencias científicas para mejorar las indicaciones de los mismos. Se han relalizado sesiones sobre uso de estatinas, IBP, antimicrobianos u opiáceos. Tambien se han realizado sesiones clínicas docentes a residentes y estudiantes sobre uso racional de medicamentos, síntomas guía para detectar reacciones adversas y la importancia del registro de las mismas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizaron al menos 6 sesiones clínicas sobre los medicamentos objeto de análisis para este año 2017. En relación con la adecuación del uso de parches de lidocaina se distribuyeron entre los médicos de familia los listados de pacientes que los utilizaban y se realizó una evaluación de los mismos, retirando el fármaco en indicaciones no adecuadas.

En cuanto a los indicadores obtenidos:

Selección eficiente de estatinas:

Año 2016 12,93%. Año 2017 13,56%. Aunque el indicador ha aumentado un poco estamos dentro del rango, con unos niveles muy buenos respecto al sector (media sector 20,2 y media Aragón 16,6%)

En el caso de uso de antibióticos en faringoamigdalitis, nuestros datos están en el nivel superior.

Año 2016 95,02. Año 2017 96,1%. Datos del sector 91% y media de Aragón 88,4%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo es seguir marcando indicadores en coordinación con farmacia del Sector para mejorar indicaciones de fármacos. El equipo esta fuertemente posicionado sobre la disminución en el uso de farmacos no costo-efectivos y en la deteccion de efectos adversos a medicamentos.

La formación es la mejor estrategia para el cumplimiento de los objetivos en esta importante area de mejora

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1650 ===== ***

Nº de registro: 1650

Título

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP DELICIAS SUR

Autores:

GONZALEZ RUBIO FRANCISCA, GARCIA SANCHEZ NURIA, RUBIO REMIRO OLGA, ASENSIO ASENSIO LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1650

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SAINTARIA EAP DELICIAS SUR

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-parches de lidocaína
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría

MÉTODO

Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.
Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1688

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL GARCIA YESTE
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Localidad EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CADEVILLA SALAFRANCA ANA MARIA
VAL JIMENEZ NURIA
AZNAREZ MARCO CARLOS
CONCHITA MARCO MARCO
CONCHA SORO JAQUES
ERNESTO CABELLO BOROBIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este año ya se han incorporado en las agendas de los diferentes profesionales los huecos de demanda no presencial que se prevee ampliar según se apruebe por los profesionales. Hasta ahora se están utilizando para:
Consultas telefónicas, evitando así la molestia al profesional en su consulta, decidiendo el mismo cuando llamar.
Renovar medicación receta electrónica.
Interconsulta virtual.
Propuestas altas de mutua.
IT, bajas / altas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Considerable disminución de pacientes en consulta en lo referente a la renovación de las cartillas de largo tratamiento.
Optimización del tiempo, en las llamadas telefónicas es el profesional sanitario el que llama cuando tiene tiempo necesario, no se le molesta en el transcurso de su trabajo.
Interconsulta virtual, altas de mutuas ya implantado con el consiguiente ahorro de tiempo.
Partes de alta/baja, con el consiguiente ahorro de tiempo tanto para el profesional sanitario como para el paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DEMANDA NO PRESENCIAL (DEMNP)
CONSULTA TELEFONICA

Atendiendo a la literalidad de la palabra, podemos entender como la consulta que se realiza por mediación del teléfono. Nosotros la vamos a entender en toda la amplitud de la palabra consulta, no únicamente como la consulta que se realiza para el diagnóstico y solución de una determinada patología, sino como todo trabajo relacionado con nuestro Centro de Salud que ayude a minimizar el tiempo de trabajo presencial sin mermar en lo más mínimo su calidad.

Esta iniciativa favorece la accesibilidad de los ciudadanos a la consulta de un proceso nuevo (problema de salud, gestión de recetas, informes...); disminuye los tiempos de espera; evita desplazamientos innecesarios; y favorece la conciliación familiar y laboral. Además, permite agilizar las consultas de atención primaria, conservando la misma capacidad de respuesta en la asistencia.

Así pues, y desde un principio vamos a estudiar la consulta telefónica como la respuesta del profesional a una consulta del paciente.

La cada día mayor necesidad de asistencia sanitaria por parte de la población, la implantación de la industria cárnica que ha aumentado exponencialmente las bajas laborales encubiertas unido a la nula posibilidad de cubrir las bajas de los profesionales han derivado en el retraso en las citas de demanda y en un aumento de las de urgencia forzadas en el mismo día. Si a esto le unimos los 6 minutos que se concede por la administración por paciente se consigue la saturación de las consultas, retrasos inasumibles para los pacientes y jornadas de trabajo exhaustivas por parte de los trabajadores del Centro de Salud. Profesionales que renuncian a conciliación de vida laboral, formación, moscosos etc. ya que ausentarse un día supone retrasar su agenda.

A la hora de tratar la consulta telefónica hemos intentado adecuarla a las necesidades de nuestro Centro de Salud y su zona. Zona rural que se encuentra muy dispersa en cuanto a población, lo que supone también la "dispersión" de los profesionales que la atienden y la dificultad de cubrir todo el trabajo en condiciones.

Estudiamos previamente determinados conceptos que pasamos a ampliar.

TIEMPO.
El tiempo en oro. Es lo que realmente intentamos optimizar con la consulta telefónica. Ahorrar tiempo tanto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1688

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL

del profesional como de usuarios del sistema de salud. El profesional, ya que no existe recepción del paciente en consulta y del usuario, que no tiene necesidad de llamar, desplazarse, esperar, etc. lo que supone que el no tener que ausentarse de trabajos, colegios, etc. Necesidad que cada día más nos exigen los usuarios.

TELEFONO

Analizando el proceso asistencial en primaria, en la mayoría de los casos, dicho proceso comienza con la llamada telefónica solicitando cita. Llamada que se resume en una día y una hora indicada al usuario o bien sobre alguna pregunta o duda que tenga. Así pues la respuesta a dicha petición o consulta debe de ser breve, concisa y sobre todo dar una solución. Aplicar lo mismo a la llamada telefónica realizada en este caso por el profesional sanitario.

Hoy en día la mayoría de la población tiene un teléfono móvil y al cual cada vez se le da mas importancia. Situación que podemos utilizar ya que la mayoría de la población esta localizable gran parte del tiempo.

El algoritmo actual del proceso de petición de cita y consulta es el siguiente.

LLAMADA TELEFONICA (paciente pide cita, duda)---- CONSULTA PRESENCIAL (el paciente se desplaza, espera, consulta)

Lo que pretendemos

LLAMADA TELEFONICA (paciente pide cita, duda) --- LLAMADA TELEFONICA (profesional soluciona)

CALIDAD

Lo indicado anteriormente no debe ser sinonimo de un empeoramiento de la calidad asistencial del usuario, más bien lo contrario por lo explicado anteriormente, también optimiza su tiempo. Además siempre va a poder tener la posibilidad de preguntar sus dudas en la misma llamada realizada por el profesional y si lo necesita también podrá manifestar sus deseos de ir a consulta.

La no presencia del paciente en consulta no tiene que significar la "deshumanización" del servicio.

FLEXIBILIDAD

También en los dos sentidos. El profesional puede utilizar la herramienta según crea conveniente y necesite, lo indicado no es de obligado cumplimiento.

Tanto el paciente como el profesional podrán solicitar cita presencial si lo consideran conveniente.

AGILIDAD

Dependiendo de la necesidad del paciente la respuesta a su solicitud puede darse en el día, cosa que de otra forma con una demanda presencial podría demorarse como hemos indicado anteriormente hasta mas alla de una semana.

La disminución de pacientes en las salas de espera da una menor sensación de saturación del sistema de Salud.

Con la consulta telefónica se pretende poner una herramienta más en manos de la ciudadanía que favorezca la accesibilidad a la consulta con su médico.

QUE SE PUEDE PRESENTAR COMO CONSULTA NO PRESENCIAL

Consulta telefónicas.

Resultados analíticas.

A determinar por el facultativo si procede o no la posterior C.T.

Resultados de especialistas.

Presentación de informes de especialistas, con la medicación indicada por el especialista para incorporarla en la receta electrónica para posterior revisión del profesional sanitario.

Resultados radiografías, espirometrias, electros, cultivos, tes del aliento

IT, bajas / altas

Dentro de la legalidad vigente y depediendo de la período de baja a determinar por el profesional sanitario.

Entrega en admisión.

Renovar medicación.

Si el facultativo lo considera idóneo, podrá realizar la correspondiente prescripción a través de la receta electrónica, permitiendole al paciente acudir directamente a la farmacia a recoger los medicamentos.

Interconsulta virtual.

Respuesta del especialista a las consultas virtuales generadas

Propuestas altas de mutua.

Ambulancias programadas para consultas de especialista.

Informes médicos.

Informes de salud a petición del paciente indicando que son necesarios. Trabajador social, dependencia, etc

Todas la consultas no presenciales tendrán un tiempo asignado en la agenda y un número máximo cada día.

Por ejemplo. 10 x 3 minutos = 30 minutos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1688

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL

Tiempo que sera respetado en la agenda para poder trabajar en la misma.

Las consultas no presenciales podrán derivar en una consulta presencial si el profesional así lo considera oportuno y será citada por el mismo o por admisión.

Todas las consultas no presenciales tendrán adjunto un teléfono actualizado y comprobado con el paciente. Así como se le indicará al paciente que se le llamará en ese tiempo.

Si el paciente no responde se dejara un mensaje de contactar con el centro, siempre que sea posible, dejando la responsabilidad desde ese momento en el paciente. Si no es posible contactar de ninguna manera se mencionara en un flash del OMI.

PROCEDIMIENTO

Inicio: Solicitud de consulta no presencial.
Fin: Resolucion de la consulta no presencial.

En caso de que se generen documentos, informes o similares se dejarán en un sobre cerrado en el mostrador de Admisión del Centro de Salud

Se citará al paciente en hueco disponible de DEMNP. Se deberá anotar en Observaciones de la cita el número de teléfono al que hay que localizarle, y advertir al paciente del horario aproximado al que se le contactará.

Tampoco se podrán poner DEMNP "urgentes", debiendo llevar todo tipo de consulta "urgente" su procedimiento habitual.

La cita será para que posteriormente sea el profesional el que contacte con el paciente, en ningún caso para que le sea pasada la llamada inmediatamente interrumpiendo la consulta.

Las citas podrán ser programadas por el propio profesional obviándose el proceso previo

COMO DEBE DE SER

Breve.
Efectiva.
Resolutiva
De calidad,
Humana, sociable.

7. OBSERVACIONES.

Imclusión memoria de seguimiento ya que lleva un proceso de realimentación continua para la mejora asistencial necesarea tanto para pacientes como para profesionales sanitarios

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1688 ===== ***

Nº de registro: 1688

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
AZNAREZ MARCO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1688

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1547

1. TÍTULO

PROMOCION DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE LA Z.B.S. DE EJEJA DE LOS CABALLEROS EN 2017. REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE EJEJA DE LOS CABALLEROS

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE LUCIA CONSUELO BLASCO CASTELLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Localidad EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTILLO SERRANO ISABEL
SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO
RUBIO PICO MARIA JOSE
ERICE LOPEZ JOSE ANTONIO
AZNAREZ MARCO CARLOS
CLEMENTE REY PATRICIA
REMON JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

DADA LA IMPORTANCIA DE LA PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y LA INACTIVIDAD DEL CONSEJO DE SALUD EN LA ZONA BASICA DE EJEJA DE LOS CABALLEROS DESDE HACE UNOS AÑOS, EL PROYECTO CONSISTÍA EN ACTIVAR DE NUEVO EL CONSEJO DE SALUD, ASI COMO LA APROBACIÓN DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO INTERNO Y DAR A CONOCER A LA POBLACIÓN LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS QUE SE ESTABAN REALIZANDO EN LA ZONA.

PARA ELLO SE HAN IDO REALIZANDO LAS REUNIONES TAL Y COMO ESTABAN PREVISTAS EN EL CRONOGRAMA.

-SE COMUNICÓ EL PROYECTO EN UNA REUNIÓN DE EQUIPO EN MAYO 2017.

-SE HAN REALIZADO REUNIONES CON EL CONCEJAL DEL AYUNTAMIENTO DE EJEJA DE LOS CABALLEROS EN VARIAS OCASIONES FECHAS:23-JUNIO-2017,20-SEPTIEMBRE 2017, ASI COMO CONTACTOS VÍA TELÉFONO Y CORREO ORDINARIO 20-JUNIO-2017, 15-SEPTIEMBRE-2017

-REUNIÓN CON LA PRESIDENTA DEL CONSEJO FECHA:12-JULIO-2017

-REUNIÓN PARA FIJAR LA PRIMERA CONVOCATORIA Y CONFECCIONAR EL ORDEN DEL DÍA: FECHA:20-SEPTIEMBRE-2017

-REUNIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE LA MODIFICACIÓN DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO INTERNO DEL CONSEJO DE SALUD 11-SEPTIEMBRE-2017

-1ª REUNIÓN DE ACTIVACIÓN DEL CONSEJO DE SALUD:FECHA:4-OCTUBRE-2017 EN LA QUE SE INFORMÓ DE LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AÑO 2017, ASÍ COMO DEL NÚCLEO DE ATENCIÓN COMUNITARIA QUE SE HABÍA FORMADO Y EL TRABAJO REALIZADO HASTA EL MOMENTO CON LA INFORMACIÓN RECOGIDA DE LAS DIFERENTES ASOCIACIONES DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD. ASÍ COMO LA HOJA ELABORADA HASTA EL MOMENTO CON LOS ACTIVOS EN SALUD DE LA ZONA.

-2ª REUNIÓN DEL CONSEJO DE SALUD FECHA:22-NOVIEMBRE-2017 SE APRUEBA EL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO INTERNO DEL CONSEJO DE SALUD.

-APROBACIÓN DE ACTAS Y ENVÍO A DIRECCIÓN ;SE HAN APROBADO LAS ACTAS Y EL ENVIO DE ESTAS HA DIRECCIÓN, LA PRIMERA EN EL PLAZO ESTABLECIDO, LA SEGUNDA SE HA ENVIADO CON FECHA 13-DICIEMBRE-2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MODIFICACIÓN DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO SI. OBJETIVO CONSEGUIDO. FUENTE ACTA DEL CONSEJO DE SALUD

% DE REUNIONES REALIZADAS. OBJETIVO MINIMO 3 SE HAN REALIZADO CINCO REUNIONES. OBJETIVO CONSEGUIDO. FUENTE AGENDA COMUNITARIA

%DE ACTAS REALIZADAS. OBJETIVO MINIMO 2 SE HAN REALIZADO 2 ACTAS DEL CONSEJO DE SALUD Y HAN SIDO ENVIADAS A DIRECCIÓN. OBJETIVO CONSEGUIDO. FUENTE ACTAS DEL CONSEJO DE SALUD

% QUE ACUDEN A LA CITACIÓN DEL CONSEJO DE SALUD. OBJETIVO 60 PORCIENTO DE LOS CONVOCADOS, SE CONSIGUE EL OBJETIVO EN LA PRIMERA REUNIÓN CON UN 78 %DE LOS CONVOCADOS Y NO EN LA SEGUNDA REUNIÓN CON UN 52 % DE LOS CONVOCADOS.FUENTE ACTAS DEL CONSEJO DE SALUD

METODOLOGÍA :FUENTE DE DATOS: ACTAS DE LAS REUNIONES Y AGENDA COMUNITARIA,ENTREVISTAS Y TRABAJO EN EQUIPO Y OBESERVACIÓN ESCUCHA ACTIVA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LAS PERSONAS QUE ASISTEN A LA PRIMERA REUNIÓN DEL CONSEJO DE SALUD VERBALIZAN EL ESTAR SATISFECHOS DE LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVO DEL CONSEJO DE SALUD.

-EL CONTACTAR CON LOS MIEMBROS A RESULTADO DIFÍCIL AL NO TENER SUS DIRECCIONES Y AL HABERSE JUBILADO ALGUNO DE ELLOS, SE ESTABLECE EL CONTACTO POR CORREO ELECTRONICO EN LA PRIMERA REUNIÓN, PERO TRAS EL RESULTADO EN LA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1547

1. TÍTULO

PROMOCION DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE LA Z.B.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS EN 2017. REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

SEGUNDA REUNIÓN DE LOS ASISTENTES CONSIDERAMOS QUE SERÍA MEJOR ESTABLECER DOS TIPOS DE CONVOCATORIA NO SOLO POR CORREO ELECTRONICO SINO POR VIA TELEFÓNICA U OTRA.
QUEDA PENDIENTE LA REUNIÓN DE EQUIPO DONDE SE INFORME DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PROYECTO Y LAS RECOMENDACIONES

-EL CAMBIO DE PERSONAL SANITARIO POR TRASLADOS, HA OCASIONADO QUE NO ESTEMOS TRABAJANDO EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS ALGUNOS COMPONENTES DE ESTE PROYECTO, LO HEMOS SOLUCIONADO CREANDO UN GRUPO DE WHATSAPP PARA REVISAR LA MEMORIA, CONTACTO TELEFÓNICO Y REUNIÓN FUERA DEL LUGAR DE TRABAJO.

7. OBSERVACIONES.

ESTE ES UN PROYECTO DEL C.S.EJEA DE LOS CABALLEROS, AUNQUE ACTUALMENTE LA RESPONSABLE DEL PROYECTO, ESTA TRABAJANDO EN EL C.S.DE ALAGON.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1547 ===== ***

Nº de registro: 1547

Título
PROMOCION DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE LA Z.B.S.DE EJEA DE LOS CABALLEROS EN 2017. REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Autores:
BLASCO CASTELLO CONSUELO, CASTILLO SERRANO ISABEL, SAN JUAN CORTES MARIA ROSARIO, RUBIO PICO MARIA JOSE, ERICE LOPEZ JOSE ANTONIO, AZNAREZ MARCO CARLOS, CLEMENTE REY PATRICIA, REMON JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EL CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS LLEVA MAS DE 5 AÑOS SIN CONVOCAR EL CONSEJO DE SALUD Y COMO CONSECUENCIA UNA DISMINUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD EN LA Z.B.S. LAS CAUSAS HAN SIDO MUY VARIADAS ENTRE LAS QUE DESTACAN EL CAMBIO DE PROFESIONALES, FALTA DE TIEMPO, MOTIVACIÓN E INFORMACIÓN.

ACTUALMENTE EN EL ACUERDO DE GESTION CLINICA 2017 NOS HAN PROPUESTO INSTAURAR EL CONSEJO DE SALUD EN Z.B.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS DENTRO DE LOS PROYECTOS Y OBJETIVOS DE LA UNIDAD.SEGUN ESTE LOS CONSEJOS DE SALUD SON ORGANOS DE PARTICIPACIÓN FORMALES DONDE LOS CIUDADANOS PUEDEN EJERCER EL DERECHO A PARTICIPAR SIGNIFICANDO UNA EXPRESIÓN DEL RECONOCIMIENTO DE QUE LAS PERSONAS, TANTO INDIVIDUAL COMO COLECTIVAMENTE, DEBEN TENER UNA MAYOR AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD EN LA GESTION DE LOS ASUNTOS PÚBLICOS Y EN LOS ASPECTOS QUE AFECTAN A SU SALUD.

EN ARAGON ES EL ORGANO DE PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA ZONA, ES UN ÓRGANO CERCANO Y PRÓXIMO A LOS CIUDA DANOS DONDE SE TRATAN CUESTIONES DE SALUD INDIVIDUAL Y COMUNITARIAS.
SUS FUNCIONES Y COMPOSICIÓN ESTÁN DEFINIDAS EN EL DECRETO LEGISLATIVO 2/2004 DE 30 DE DICIEMBRE, DEL GOBIERNO DE ARAGON, POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.-REACTIVAR ELCONSEJO DE SALUD EN LA Z.B.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS.
- 2.-REVISION DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DE REGIMEN INTERNO.
- 3.-PROMOVER LA PARTICIPACIÓN CON LA COMUNIDAD ATRAVÉS DEL CONSEJO DE SALUD.

MÉTODO

ACTIVIDADES

VAMOS A SEGUIR CRITERIOS NORMATIVOS QUE SE ENCUENTRAN EN LA "CAJA DE HERRAMIENTAS" DE LA PAGINA SALUD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1547

1. TÍTULO

PROMOCION DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE LA Z.B.S. DE EJEJA DE LOS CABALLEROS EN 2017. REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE EJEJA DE LOS CABALLEROS

INFORMA, DONDE ENCONTRAREMOS LOS DOCUMENTOS PARA LA CONVOCATORIA, MODIFICACIÓN DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO INTERNO DEL CONSEJO Y MEJORAR LA PARTICIPACION CIUDADANA CON LA COMPOSICIÓN DEL CONSEJO.

ENTRE ELLAS: AL MENOS TRES REUNIONES:

- REUNION CON EL CONCEJAL DEL AYUNTAMIENTO DE EJEJA, PARA LA REACTIVACIÓN DEL CONSEJO.
- REUNIÓN CON LA PRESIDENTA DEL CONSEJO
- REUNION PARA FIJAR LA PRIMERA CONVOCATORIA Y MANDAR LA CARTA DE CONVOCATORIA.

ADEMAS:
- 1ª REUNION DE ACTIVACIÓN DEL DEL CONSEJO DE SALUD. - 2ª REUNION DEL CONSEJO DE SALUD PARA LA APROBACION DEL REGLAMENTO INTERNO Y RENOVACIÓN DE CARGOS

-APROBACION DE ACTAS Y ENVIO DE ESTAS A DIRECCION.

INDICADORES

- MODIFICACIÓN DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO...SI/NO
- % DE REUNIONES REALIZADAS . OBJETIVO MINIMO TRES
- % DE ACTAS REALIZADAS Y ENVIADAS A DIRECCIÓN.OBJETIVO MINIMO DOS.
- % DE PERSONAS QUE ACUDEN A LA CITACION DEL CONSEJO DE SALUD.OBJETIVO MINIMO EL 60% DE LOS CONVOCADOS.

FUENTE DE DATOS. ACTAS DE LAS REUNIONES

DURACIÓN

DURACION Y CALENDARIOS PREVISTOS FECHA DE INICIO MARZO 2017Y FECHA DE FINALIIZACIÓN DICIEMBRE DE 2017

-CONTACTAR CON EL AYUNTAMIENTO DE EJEJA DE LOS CABALLEROS Y RESTO DE COMPONENTES DEL CONSEJO DE SALUD..MES DE JUNIO Y JULIO.RESPONSABLE: JOSE ANTONIO ERICE.CONSUELO BLASCO Y JOSE ANTONIO REMON

-REUNION PARA CREAR EL DOCUMENTO DE ACOGIDA CON EL ORDEN DEL DÍA PARA LA PRIMERA REUNION DEL CONSEJO DE SALUD. MES DE JULIO Y SEPTIEMBRE RESPONSABLE CARLOS AZNAREZ,PEPA RUBIO, CHARO SAN JUAN, ISABEL CASTILLO

-CONVOCATORIA DE LA PRIMERA REUNION DE REACTIVACIÓN DEL CONSEJO . MES DE SEPTIEMBRE RESPONSABLE.CARLOS AZNAREZ,CONSUELO BLASCO,PEPA RUBIO, CHARO SAN JUAN, ISABEL CASTILLO

-SEGUNDA REUNION DEL CONSEJO . MES DE NOVIEMBRE .RESPONSABLE :CARLOS AZNAREZ,CONSUELO BLASCO,PEPA RUBIO, CHARO SAN JUAN, ISABEL CASTILLO.

-ENVIO DE ACTAS A LOS 15 DIAS DE LA REUNION DEL CONSEJO.RESPONSABLE. CARLOS AZNAREZ,JOSE ANTONIO ERICE

-NOVIEMBRE EVALUACION DE LOS INDICADORES: CARLOS AZNAREZ, JOSE ANTONIO ERICE, PATRICIA CLEMENTE

- REALIZAR Y ENVIAR LA MEMORIA.MES DICIEMBRE 2017.:CARLOS AZNAREZ,CONSUELO BLASCO,PEPA RUBIO, CHARO SAN JUAN, ISABEL CASTILLO, JOSE ANTONIO ERICE

PATRICIA CLEMENTE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1622

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE NOELIA SORINAS DELGADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Localidad EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO
GASCON DEL PRIM ELENA
LABORDA EZQUERRA KATHARINA
VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR
VAL JIMENEZ NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas han sido:

- Presentación del Proyecto al EAP en una reunión donde se presentó el acuerdo de gestión para 2017 que se realizó en abril del 2017.
- Monitorización a través del cuadro de mandos. Sesión de presentación de los resultados recibidos a fecha 1-9-2016 a los miembros del EAP (noviembre/2016).

Para los indicadores no incluidos en el cuadro de mandos que son el uso de Lidocaína tópica y el uso de Fentanilo de acción inmediata en pacientes no oncológicos, se ha realizado la revisión de los pacientes en tratamiento, que fueron remitidos desde el Servicio de Farmacia del Sector III, en julio de 2017.

Las sesiones específicas realizadas con indicadores de este proyecto son las siguientes:

- 1.- Adecuación de la prescripción de medicamentos: faringoamigdalitis aguda y su tratamiento, realizado el 28-11-2017.
- 2.- Cuadro de mandos de farmacia (estatinas) y últimas modificaciones de guías clínicas de dislipemia de la Sociedad Europea de Cardiología y E.A.S, realizado el 18-1-2018.
- 3.- Revisión de las indicaciones para la prescripción de fentanilo de acción inmediata, realizada el 25-1-2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para los indicadores incluidos en el cuadro de mandos, se entiende que el objetivo del indicador se ha alcanzado cuando está incluido dentro del rango establecido por la Comunidad Autónoma:

- Selección eficiente de estatinas
· El resultado a 31-12-2017 ha sido del 22.03% .
· La variación respecto al año 2016 ha sido del -0.55%, mejorando el indicador respecto al del año anterior.
· Se realizó la revisión de los pacientes en tratamiento con estatinas, por parte de los facultativos del EAP.
- Utilización de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica
· El resultado a 31-12-2017 ha sido del 93.45%
· La variación del indicador respecto al año 2016 ha sido del 2.05% con mejoría del indicador.
· Se realizó la revisión de los pacientes que habían sido tratados para esta patología con antibioterapia por parte de los pediatras del EAP.

Para los indicadores no incluidos en el cuadro de mando (fentanilo de acción inmediata y lidocaína tópica) se distribuyeron los listados de pacientes de cada facultativo para su correspondiente revisión .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Una parte importante de las prescripciones realizadas por el EAP en algunos grupos terapéuticos corresponden a prescripción inducida (indicaciones realizadas por atención especializada), lo que supone una dificultad para plantear un cambio de tratamiento en determinados pacientes.
- Sería necesario unificar criterios de prescripción de estatinas con los especialistas de referencia.
- Es muy importante que tras la revisión o cambio de tratamiento, los especialistas emitan un informe con los ajustes o cambios necesarios, que mejorarían la atención y seguridad de los pacientes respecto a su tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1622 ===== ***

Nº de registro: 1622

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1622

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Título
GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP EJEA DE LOS CABALLEROS

Autores:
VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR, CASTILLO SERRANO ISABEL, BLASCO CASTELLO CONSUELO, NDJOU'OU MURILLO ESTEFANIA, CLEMENTE REY PATRICIA, MUNARRIZ ASENSIO ANA CARMEN, LABORDA EZQUERRA KATHARINA, GASCON DEL PRIM ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es fundamental que en el botiquín del centro de salud, en la sala de urgencias y en el maletín de urgencias estén siempre disponibles los medicamentos y el material sanitario que se puedan precisar para la atención ordinaria y urgente, y que se revisen periódicamente las caducidades de los medicamentos y el buen estado del material sanitario. La prescripción razonada de medicamentos es necesaria porque conlleva mejores resultados en la salud de los pacientes, disminuye los riesgos y garantiza la eficiencia en el empleo de los recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los EAP. 2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los EAP. 3. Gestión de maletines y de sala de urgencias: Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente. 4. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en la salud de los pacientes, disminuir los riesgos y garantizar la eficiencia en el empleo de los recursos.

MÉTODO
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Responsables: Katharina, Elena y Ana Carmen. Análisis de la situación respecto al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E. Realización de las actividades de adaptación a dicho procedimiento. Sesión de presentación del procedimiento y de la nueva gestión a los miembros del EAP. Registro de las actividades realizadas. 2. Gestión de material sanitario del botiquín: Responsable: Ana Carmen. Análisis de la situación respecto al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E. Realización de las actividades de adaptación a dicho procedimiento. Sesión de presentación del procedimiento y de la nueva gestión a los miembros del EAP. Registro de las actividades realizadas. 3. Gestión de maletines y de sala de urgencias: Responsables: Isabel, Patricia y Estefanía. Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines. Realización de las actividades de adaptación al documento relativo a Gestión de las Urgencias elaborado por la Dirección del Sector Zaragoza 3. Sesión de presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP. Registro de las actividades realizadas. 4. Adecuación de la prescripción de medicamentos: Responsables: Katharina, Elena y Pilar. Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el Acuerdo de Gestión 2017. Revisar los pacientes que reciben tratamiento crónico con dichos medicamentos. Sesión de formación a los miembros del EAP. Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el Sº de Farmacia. Registro de las actividades realizadas. 5. Adecuación de la utilización de tiras de glucemia: Responsable: Consuelo. Comunicación a los miembros del EAP de la instrucción del Salud de fecha 21 de mayo de 2013. Utilización del listado que relaciona cada antidiabético con el número de tiras según la instrucción. Mejorar los conocimientos de los pacientes diabéticos en este aspecto. Registro en OMI-AP. Detección de áreas de mejora y puesta en marcha de acciones correctoras. Registro de las actividades realizadas.

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, sala de urgencias y maletín de urgencias: Listado de medicamentos y material sanitario revisado y adecuado a las necesidades del equipo. Están definidos el stock recomendado y el stock mínimo. Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E. Cumplimentación del informe de revisión de botiquines. Adecuación de la prescripción de medicamentos: Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: Estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría. Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata o con parches de lidocaína. Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia: Registro del número de tiras de glucemia en OMI-AP. % pacientes con diagnóstico de DM con intervención específica sobre conocimientos en diabetes.

DURACIÓN
Mayo-Junio: Presentación del acuerdo de gestión al EAP. Definición de los responsables de cada área. Análisis de la situación del botiquín y sala y maletín de urgencias y de la adecuación de la prescripción. Junio-

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1622

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Octubre: Realización y registro de las actividades del punto 6. Noviembre-Diciembre: Evaluación de las actividades realizadas mediante los indicadores del punto 7.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1705

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR VICENTE GUTIERREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Localidad EJEJA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NDJOU'OU MURILLO ESTEFANIA
CLEMENTE REY PATRICIA
MUNARRIZ ANA CARMEN
GASCON DEL PRIM ELENA
LABORDA EZQUERRA KATHARINA
CASTILLO SERRANO ISABEL
BLASCO CASTELLO LUCIA CONSUELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la SALA DE EXTRACCIONES, se ha revisado la forma de almacenar el material sanitario (tubos, botes...) y de vigilar el stock y las caducidades. Ana Carmen Munarriz (auxiliar de clínica) se encarga de los pedidos mensuales de material de laboratorio y cumplimenta una hoja donde se refleja: Nombre del material/Cantidad existente en el centro/Fecha de caducidad/Cantidad máxima pedida (de acuerdo al pacto mensual). Esta hoja se expone en la pared de la sala de extracciones. Los tubos se ordenan dentro de los cajones y armarios según su fecha de caducidad, colocando más accesibles los que tienen una fecha de caducidad más próxima. Por otro lado, se han colocado carteles bien visibles en las paredes para indicar qué bombonas de oxígeno están llenas y cuales están vacías, pendientes de ser sustituidas.

POOLES es una sala donde, en horario de mañana, una enfermera realiza la asistencia urgente: Curas de quemaduras o heridas, administración de inyectables pautados por el médico del paciente por una urgencia, técnicas como un ECG urgente, domicilios urgentes..En esta sala hay una vitrina de medicación y un maletín para llevar a los domicilios. La enfermera que está cada viernes en Pooles (Pilar Campos), revisa todos los viernes toda la medicación de la vitrina (stock y caducidades). La enfermera que está cada jueves en Pooles (Merche Romeo), revisa cada jueves la medicación y material del maletín de domicilios. Se han colocado en la pared, dentro de funda de plástico transparente, hojas para que quede reflejada esta tarea de revisión con frecuencia semanal.

De URGENCIAS se han encargado las enfermeras Estefanía Ndjou'ou y Patricia Clemente y la médico de atención continuada Isabel Castillo. Se ha colocado una hoja con toda la medicación que se emplea en Urgencias, dentro de funda de plástico transparente, en las 2 consultas de Urgencias y en el espacio central. En este espacio central están los armarios con medicación y material sanitario, la vitrina en la que ahora se guarda el material para suturas, una camilla, el carro de paros, los maletines para domicilios, las bombonas de oxígeno... También hay medicación en las consultas de urgencias, donde se visita, pero se ha guardado en los armarios para que no esté a la vista. El material de suturas estaba sobre el carro de curas y se ha guardado dentro de una vitrina para protegerlo del polvo. El desfibrilador estaba en una de las consultas, pero para que esté más accesible se ha colocado en el carro de paros bajo el maletín, con un cartel que lo señala. Se ha insistido en la necesidad de repasar al final de la guardia qué medicamentos de los maletines se han empleado y reponerlos antes de irse. Se han colocado carteles para recordar este punto a todos los profesionales. Se ha solicitado a Farmacia de Atención Primaria fentanilo intranasal, para poder analgesiar a pacientes con dolor sin acceso a vía endovenosa (recientemente se ha atendido a pacientes atrapados en accidentes de tráfico). Se hizo pedido hace algunos meses de materiales que estaban caducados (p ej tubos de Guedel pediátricos).

Para estas 3 salas y todo el centro de salud, se dispone de pegatinas con los rótulos "Medicación próxima a caducar", "Medicación que debe conservarse en nevera" y "Medicación abierta en fecha ..."

SESIONES REALIZADAS:

16-05-17: Reunión del EAP en que se exponen los 3 proyectos del Acuerdo de Gestión Clínica 2017 que se van a poner en marcha, y se eligen el responsable y los participantes del proyecto de "Gestión de riesgos y adecuación de la prescripción".

13-06-2017: Reunión con la responsable de calidad (Diana Serrano), la farmacéutica de AP (M. Jesus Lallana) y la subdirectora de enfermería de AP (Gemma Zueco) para valorar in situ los cambios a realizar en el marco de este proyecto.

28-11-17: Sesión sobre amigdalitis y adecuación de la prescripción de antibióticos en amigdalitis en pediatría (Dra M Pilar Vicente)

19-12-17: Sesión sobre actividades realizadas en el proyecto "Gestión de riesgos y adecuación de la prescripción". Ponentes: M Pilar Vicente, Ana Carmen Munarriz, Estefanía Ndjou'ou

18-01-18: Sesión sobre riesgo cardiovascular y adecuación de prescripción de estatinas (Dra Elena Gascón)

25-01-18: Sesión sobre adecuación de la prescripción de opiáceos de liberación inmediata y parches de lidocaína (Dra. Katharina Laborda)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El centro de salud dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo: Sí.

Está definido el stock mínimo: Sí.

Cumplimentación de la revisión de caducidades en hoja según modelo en 2017: Sí.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1705

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Cumplimentación de la revisión de botiquines y maletines en 2017: Sí.
Revisión de los pacientes en tratamiento con opiáceos de liberación inmediata y con parches de lidocaína: Sí
Sesiones de formación al EAP sobre adecuación en la prescripción de medicamentos : Sí (28-11-17, 18-01-18, 25-01-18)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han realizado numerosos cambios que repercuten ya positivamente en la atención a los pacientes. Queda pendiente realizar una sesión sobre no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría y otra sobre adecuación de la utilización de las tiras de glucemia en el paciente diabético. La enfermera que se encargaba de este último aspecto se ha trasladado en noviembre de 2017, y desde 2018 se va a ocupar de la adecuación de la prescripción de tiras de glucemia Merche Romeo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1705 ===== ***

Nº de registro: 1705

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJECA DE LOS CABALLEROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1705

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

consultorios

Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).

Está definido el stock mínimo (sí/no).

Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.

Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:

Presentación del acuerdo de gestión al EAP

Definición de responsables.

Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:

Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:

Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1691

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES GRACIA ANDRES
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS EPILA
· Localidad EPILA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras reunión mantenida con los distintos departamentos de dirección médica del sector III, se presenta el proyecto de demanda no presencial al equipo de atención primaria.

A través del servicio de admisión del centro de salud, cada profesional médico y de enfermería irá adecuando sus agendas para incluir la demanda no presencial (DEMNP).

Dado que tras la primera reunión parece no quedar clara la utilidad de dicho proyecto, se aprovechan las sucesivas reuniones de equipo para clasificar motivos de dichas consultas de DEMNP:

- Comunicar resultados de analíticas o de otras pruebas complementarias, y según los mismos, considerar citarlos en consulta.

- Comunicar respuestas de las interconsultas virtuales con otras especialidades.

- Valorar situación de pacientes inmovilizados dentro de nuestros programas de salud.

- Valorar seguimiento terapéutico en pacientes crónicos y aclarar dudas sobre el mismo.

Desde el servicio de Admisión, así como por los propios profesionales sanitarios (enfermería y medicina), se informa a los pacientes de esta nueva posibilidad de consulta no presencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta la fecha nos parece prematuro dar resultados de un proyecto de escaso recorrido y que se establece como proyecto de seguimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Vemos que el proyecto nace con varios fines, tanto para el profesional (ahorrar tiempo en el trabajo asistencial), como para el paciente (ahorrar tiempo y desplazamientos), el cual va a encontrar un acceso más fácil a los servicios de salud para gestionar sus demandas administrativas y resolver sus dudas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1691 ===== ***

Nº de registro: 1691

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
SANZÀ PILAS JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1691

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

- 5 % de consultas no presenciales en medicina
- 10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1420

1. TÍTULO

INSTRUCCION DEL MANEJO DEL DESA Y SOPORTE VITAL BASICO EN LA POBLACION DE EPILA Y LA MUELA

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE JESUS SANZA PILAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EPILA
· Localidad EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ IGUAZ SUSANA
ROYO CHOPO YOLANDA
BRAVO ANDRES RAQUEL
GALAN BURILLO NURIA
VILLARROYA VILLAGRASA RICARDO
GRACIA CERVERO ETHEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con motivo de la adquisición de 4 desfibriladores semiautomáticos (DESAs) por parte del ayuntamiento de Épila, se decide realizar talleres de formación en RCP en aquellos lugares donde se ubicarán dichos DESAs: Institutos de Educación Secundaria (IES), Ayuntamientos y Centros de Educación Infantil y Primaria (CEIP).

Los objetivos de dichos talleres son:

- Capacitar a la población general para activar la cadena de emergencia y efectuar una primera atención de la parada cardiorrespiratoria, previa a la llegada de ayuda sanitaria.
- Contribuir a mejorar la supervivencia de nuestros pacientes en caso de muerte súbita, así como concienciar a la población en la importancia de la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Se realizó una reunión con el Consejo de Salud para presentar la idea del proyecto a todos los asistentes y establecer contacto con los alcaldes y directores de los centros educativos, de las diferentes localidades de nuestra zona de salud.

Vía telefónica y por correo electrónico se contactó con los responsables de los IES, CEIP y consejerías municipales, para que realizaran la difusión de los talleres entre los trabajadores de sus centros, y concretar fechas y disponibilidad de horarios.

Se realizaron varias reuniones con el equipo de atención primaria para informar sobre el proyecto, seleccionar la forma más adecuada de llevarlo a cabo, realizar la distribución de funciones y tareas, así como la formación de los grupos de trabajo.

Solicitamos los materiales a la gerencia de nuestro sector para poder realizar la parte práctica.

Consideramos una duración de los talleres de dos horas, con una periodicidad semestral.

Dado el previsible nº elevado de participantes en los talleres, se optó por realizar la actividad en 4 días comprendidos entre la última semana de octubre y la primera de noviembre.

El taller consistió en una primera parte audiovisual con la proyección de un vídeo sobre actuación ante un caso de parada cardiorrespiratoria (escogiendo para cada grupo un vídeo que guardara relación con el puesto de trabajo que desempeñaba, con el fin de que fuera más cercano a su situación) y nociones teóricas de la RCP y uso del DESA, con posterior distribución en grupos, para realizar la parte práctica con los maniqués (2 torsos adultos + 1 maniquí adulto + 1 maniquí infantil), los propios participantes y el DESA. Los grupos prácticos fueron dirigidos por médicos y/o enfermeros.

La ubicación de los talleres tuvo lugar, en salas adecuadas en tamaño y recursos audiovisuales, facilitadas por las dependencias colegiales y municipales que participaron en los mismos.

Al finalizar, se entregaron encuestas de satisfacción anónimas a todos los asistentes, para evaluar su índice de satisfacción, solicitándoles de forma voluntaria que hicieran constar la profesión a la que se dedicaban en ese momento.

Aspectos evaluados: utilidad del taller a la hora de afrontar una RCP con uso o no del DESA, duración de la actividad, claridad de entendimiento en los supuestos comentados y grado de capacitación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El grado de participación ha sido elevado habiendo asistido un total de 77 personas con la siguiente distribución profesional:

Aux.Admin.(3); Admin.(3); Profesores (36); Directores (2); Conserjes (2); Limpieza (4); Monitor deportivo (3); en blanco (24)

En cuanto a los cuestionarios de evaluación se han contestado un 100 %, con el siguiente resultado:

¿Le ha parecido útil este taller? :

Muy útil: 80,5% Bastante útil: 19,5% Poco útil: Nada útil:

¿La duración del taller la considera apropiada? :

Si: 65% No, me pareció corto: 35% No, me pareció largo:

¿Cree que le ha quedado claro cómo actuar en los supuestos comentados? :

Si: 95% No: 2,5% NC: 2,5

¿Con lo aprendido en el taller, cree que sabría actuar ante un caso real? :

Si: 88,5% No: 2,5% NC: 9%

¿Repetiría el taller dentro de unos meses? :

Si: 86% No: 14%

¿Se lo recomendaría a la gente? :

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1420

1. TÍTULO

INSTRUCCION DEL MANEJO DEL DESA Y SOPORTE VITAL BASICO EN LA POBLACION DE EPILA Y LA MUELA

Si: 100% No:

¿Que es lo que más le ha gustado del taller? :

La parte práctica: 76,5% Las observaciones médicas: 18% NC: 5,5%

Los asistentes valoran muy positivamente la parte práctica de la actividad.

Expresan el deseo de continuar el reciclaje periódico en estos cursos y demandan una continuidad de los talleres.

Solicitan nuevos talleres formativos en temas como: Alimentación. Actuación frente a atragantamientos,

convulsiones y accidentes.

Se ha conseguido familiarizar a los asistentes con el uso del DESA, recalcando la importancia de la desfibrilación

precoz y capacitándolos para realizar una reanimación cardiopulmonar básica.

Se han establecido una serie de redes y contactos, facilitando la relación entre personal sanitario y resto de

profesionales no sanitarios y generando nuevas demandas para futuros proyectos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Evaluar de forma continuada y desde el inicio del proyecto.

- Mantener reuniones periódicas con el Consejo de Salud para explorar las necesidades de nuestra comunidad y nuestro entorno.

- Trabajar en equipo y hacer un esfuerzo para poder compaginar los talleres con la actividad asistencial diaria, para dar continuidad a este proyecto en los próximos años.

- Realizar un cuestionario de conocimientos antes y después de los talleres para evaluar el grado de capacitación de los asistentes.

7. OBSERVACIONES.

La introducción de la actividad en estos colectivos, tendrá una importancia significativa dada la heterogeneidad del grupo que la ha recibido.

El taller les servirá, no sólo para adquirir conocimientos y resolver dudas, sino sobre todo para afianzar la seguridad en sí mismos a la hora de tener que enfrentarse a estas vicisitudes.

Dificultades observadas:

- La imposibilidad de acceso de todo el personal de los centros educativos a la realización de los talleres, al tener que darse estos dentro del horario matinal.

- Tener que compaginar los talleres con la actividad en consulta en función de la demanda asistencial.

- A pesar de ello, y vista la buena acogida de estos talleres, consideramos que se debería dar continuidad a los mismos, ampliando si fuera posible, por las características de las consultas diarias, al resto de población (proyecto muy ambicioso).

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1420 ===== ***

Nº de registro: 1420

Título

INSTRUCCION EN EL MANEJO DEL DESA Y SOPORTE VITAL BASICO EN LA POBLACION DE EPILA Y LA MUELA

Autores:

SANZA PILAS JESUS, GRACIA CERVERO ETHEL, SANCHEZ NUÑEZ JAVIER, VILLARROYA VILLAGRASA RICARDO, BELOPE HENAR ESPERANZA, AZNAR PEREZ MARIA INMACULADA, ROYO CHOPO YOLANDA, MARTINEZ IGUAZ SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Aprovechando la dotación a la población de Épila, de 4 nuevos DESAs (desfibriladores externos semiautomáticos) en 4 puntos clave (Polideportivo-Piscinas, Instituto, Ayuntamiento y Centro de Salud), Y de los tres existentes en La Muela, se van a realizar cursos para poder efectuar una primera atención de la parada cardíaca hasta la llegada de los Servicios de Emergencias.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende conseguir aumentar las tasas de supervivencia en los pacientes con muerte súbita cardíaca,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1420

1. TÍTULO

INSTRUCCION DEL MANEJO DEL DESA Y SOPORTE VITAL BASICO EN LA POBLACION DE EPILA Y LA MUELA

consiguiendo un acceso rápido a la desfibrilación precoz, así como concienciar a la población de la importancia de ésta.

El proyecto está dirigido a los trabajadores de los Ayuntamientos, Polideportivos e Institutos.

MÉTODO

Plan de comunicación: Se realizará una primera reunión informativa a través del Consejo de Salud y reuniones sucesivas con los componentes del proyecto en el centro de Salud.

Actividades de formación: Se realizarán varios cursos con una parte teórica y otra práctica con maniqués.

INDICADORES

Se van a realizar varios cursos con carácter semestral. Se realizará a los asistentes una encuesta de evaluación antes y después de impartir los cursos, así como una evaluación de la parte práctica con casos clínicos.

DURACIÓN

Duración prevista: Desde septiembre de 2017 hasta septiembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1421

1. TÍTULO

INSTRUCCION EN EL MANEJO DE UNA OVACE (OBSTRUCCION VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO) EN LACTANTES Y NIÑOS

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ETHEL GRACIA CERVERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EPILA
· Localidad EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ NUÑEZ JAVIER
EZQUERRA LOU MARIO
SERRABLO REQUEJO SERGIO
BELOPE HENAR ESPERANZA
AZNAR PEREZ MARIA INMACULADA
IZQUIERDO RIOS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Justificación:

Atendiendo a las demandas de varias madres en la consulta de pediatría relacionadas con el miedo a alimentar a sus bebés con alimentos no triturados, algunas de ellas trabajadoras del centro de educación infantil, se decidió poner en marcha el proyecto de capacitación en el manejo de una OVACE, dirigido a la población adulta en contacto con menores de 3 años.

Objetivos:

- Instruir a la población adulta no sanitaria en contacto con niños menores de 3 años en el manejo de la obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño.
- Disminuir el miedo al atragantamiento que sienten las madres, padres y profesores de los centros de educación infantil de nuestra zona de salud, cuando inician la alimentación complementaria en los lactantes.
- Fomentar relaciones con el resto de la comunidad, explorar sus necesidades y demandas e impulsar nuevos proyectos de atención comunitaria.

Metodología:

Se realizó una primera reunión informativa con todos los miembros del centro de salud con el objetivo de crear el grupo de Atención Comunitaria. Posteriormente hubo varias reuniones con los componentes de dicho grupo para concretar los proyectos más factibles, el modo de realizarlos y difundirlos, sus objetivos y organización.

Se contactó vía telefónica con las directoras de los centros de Educación Infantil de Épila, La Muela y Lumpiaque para concretar las fechas y horarios de los talleres. Se estableció que la duración del taller fuera de 2 horas y con una periodicidad semestral, iniciándose en los meses de octubre y noviembre de 2017. Ellas fueron las encargadas de la difusión al resto de trabajadoras del centro (en Épila) y a las madres y padres de los niños y lactantes, al existir sólo una trabajadora en dicho centro (en Lumpiaque). Los talleres fueron impartidos por la pediatra y el enfermero de pediatría del centro de salud de Épila.

Se elaboró una presentación power point con el protocolo de actuación ante una OVACE y las medidas para su prevención, y se prepararon varios casos clínicos de diferente gravedad para realizar la parte práctica. Los cursos tuvieron lugar en los propios centros de educación infantil para facilitar la asistencia.

Se solicitaron los recursos necesarios a la gerencia del sector 3 (maniqués de RCP).

Se elaboraron cuestionarios de evaluación para valorar el grado de satisfacción de los asistentes a las actividades y explorar sus inquietudes y necesidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha dado una respuesta a una de las necesidades sentidas y detectadas en las revisiones del niño sano de los 6 y 9 meses de vida, sobre el temor al atragantamiento y a la obstrucción de vía aérea, cuando se inicia la alimentación complementaria en el lactante.

Se ha alcanzado un elevado grado de sensibilización y participación, habiendo asistido el 100% de trabajadoras del centro de educación infantil en Épila, y el 100% de las madres de los niños que asisten al centro de Lumpiaque, no así de los padres. Quedan pendientes los talleres dirigidos a las madres y padres del CEI de Épila y de La Muela. El 100% de los asistentes ha contestado el cuestionario de evaluación.

El grado de capacitación de las personas a las que se dirigían dichos talleres ha sido elevado, habiendo resuelto todas ellas los diferentes casos clínicos planteados de forma correcta. Además a las cuestiones sobre si les había quedado claro la forma de actuación y si sabrían actuar ante un caso real con lo practicado en el taller, el 100% de los asistentes ha respondido afirmativamente.

Respecto al resto de aspectos evaluados: el 100% opina que el taller les ha parecido muy útil (puntuación máxima), el 83,3% considera que la duración es adecuada mientras que un 16,6% opina que le hubiera gustado tener más tiempo para practicar. El 100% repetirían el taller y lo recomendarían a otras personas. En cuanto a los comentarios, valoran de forma muy positiva poder practicar con los maniqués y demandan otros talleres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1421

1. TÍTULO

INSTRUCCION EN EL MANEJO DE UNA OVACE (OBSTRUCCION VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO) EN LACTANTES Y NIÑOS

relacionados con la salud, entre ellos: actuación ante crisis convulsivas, enfermedades infecciosas, vacunas, nutrición, accidentes domésticos (caídas, quemaduras...) y enfermedades comunes de la infancia.

Se han establecido una serie de redes y contactos, facilitando la relación entre sanitarios y resto de población y generando nuevas demandas para futuros proyectos de atención comunitaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Empoderar a la población en lo concerniente a su propia salud produce en ellos un elevado grado de satisfacción.
- Es de gran importancia registrar todo el proceso por escrito (cronograma, agenda, dificultades alcanzadas...), así como evaluar desde el principio y mantener una cultura de equipo.
- Establecer redes con la población no sanitaria de nuestra zona de salud genera un acercamiento y la posibilidad de nuevos proyectos en atención a sus demandas.

7. OBSERVACIONES.

Incluir dentro de nuestro horario y agenda de trabajo este tipo de proyectos, favorecerá su continuidad en el tiempo, ya que actualmente se realiza gran parte de ellos fuera de éste.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1421 ===== ***

Nº de registro: 1421

Título
INSTRUCCION EN EL MANEJO DE UNA OVACE (OBSTRUCCION VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO) EN LACTANTES Y NIÑOS

Autores:
GRACIA CERVERO ETHEL, SANCHEZ NUÑEZ JAVIER, SANZA PILAS JESUS, IZQUIERDO RIOS CRISTINA, SERRABLO REQUEJO SERGIO, BAILO GAY ANA, GALAN BURILLO NURIA, BRAVO ANDRES RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Cuando detectamos una OVACE tenemos que actuar rápidamente, ya que se trata de una emergencia que amenaza la vida del paciente y puede producir una parada cardíaca en pocos segundos.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es que los profesionales que tienen contacto con lactantes y niños pequeños, así como las madres y padres de éstos, adquieran las habilidades y conocimientos necesarios para actuar en caso de una OVACE.

La población diana a la que va dirigido son los trabajadores de las escuelas de educación infantil y padres de niños y lactantes de Epila y de La Muela.

MÉTODO

Se realizarán varios cursos teóricos y prácticos, con carácter semestral.
Se establecerá contacto telefónico con las escuelas de educación infantil para concretar fechas y horarios de dichos cursos. Previamente se realizarán varias reuniones de equipo para preparar los recursos audiovisuales y el material necesario para impartirlos.

INDICADORES

Se realizarán encuestas de evaluación antes y después de los cursos, así como encuestas de satisfacción al finalizarlos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1421

1. TÍTULO

INSTRUCCION EN EL MANEJO DE UNA OVACE (OBSTRUCCION VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO) EN LACTANTES Y NIÑOS

DURACIÓN

Los cursos tendrán una duración de 2 horas, y serán de carácter semestral.

Duración: De septiembre de 2017 a septiembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1682

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE SERGIO SERRABLO REQUEJO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS EPILA
- Localidad EPILA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANZA PILAS JESUS
LOPEZ ALONSO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan 2 reuniones de equipo con las siguientes fechas y contenidos:

- Presentación del contrato de gestión. Abril de 2017.
- Adecuación en la prescripción de medicamentos. Posibilidad de mejora en el EAP Épila. Octubre 2017.

Se procede a la revisión de los indicadores de prescripción del equipo de atención primaria a través del cuadro de mandos de farmacia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se valoran los resultados obtenidos en enero y diciembre de 2017, encontrando los siguientes resultados:

- Uso de antibióticos en FAA estreptocócica: 86,3% a 94,15%.
- Uso de antibióticos en otitis media aguda: 85,94% a 93,6%.
- Uso de estatinas en prevención secundaria: 68,52% a 68,57%.
- Tratamiento hipolipemiente combinado en prevención primaria: 8,27% a 8,38%.
- Elección eficiente de estatinas: 29,69% a 27,13%.
- Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en pacientes > 75 años: 15,21% a 15,09%.

Se han cumplido los objetivos esperados en todos los indicadores excepto en los dos últimos. Sin embargo, en el resto superamos los valores recogidos en nuestra Comunidad Autónoma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Trabajar la inercia terapéutica, con mayor dedicación a la renovación de las recetas no presenciales.
- Realizar en los pacientes polimedcados una revisión global de su patología para adecuar su tratamiento.
- Actualizar los conocimientos de los profesionales mediante sesiones clínicas.
- Revisión sistemática mensual del cuadro de mandos de farmacia.
- Realizar un protocolo común sobre el uso de estatinas como prevención primaria en pacientes ancianos.
- Implicar a los especialistas hospitalarios en la responsabilidad de sus prescripciones, tanto en sus principios activos como en la duración de los tratamientos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1682 ===== ***

Nº de registro: 1682

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP EPILA

Autores:
SERRABLO REQUEJO SERGIO, SANZA PILAS JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1682

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:

- estatinas de menor eficiencia,
- adecuación del uso de apósitos,
- utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,

MÉTODO

Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con estatinas y medicamentos con alto riesgo anticolinérgico en pacientes mayores de 75 años
Adecuar la utilización de apósitos al catálogo del almacén del HCU
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas.

INDICADORES

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en Pediatría.
% de variación de gasto en apósitos a través de receta médica
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1685

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE JAVIER SANCHEZ NUÑEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS EPILA
· Localidad EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARNICERO NOGUERAS AURORA
BELOPE HENAR ESPERANZA
ROYO CHOPO YOLANDA
MARTINEZ IGUAZ SUSANA
GALAN BURILLO NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se programan una serie de actividades:

Revisión anual del almacén, en el que se realiza un control de caducidades de los medicamentos, así como una revisión mensual, en la que apoyados por los documentos PO-01-4_Z3(P)E (control de caducidades almacén) y PO-02-3_Z(P)E (rotura de stock mínimo) y por PO-02-2_Z3(P)E, y de esta forma poder adecuar los pedidos de farmacia a las necesidades reales de consumo de fármacos y evitar el uso de fármacos caducados en el centro.

A la hora de la recepción del pedido mensual, se comprueban caducidades (no es raro recibir medicación cuya fecha de caducidad es anterior a la almacenada) para evitar almacenar medicación cuya fecha de caducidad es próxima.

En cuanto a la sala de urgencias, y teniendo en cuenta las desviaciones marcadas en la auditoría interna, disponemos de un control de caducidades modelo PO-01-4_Z3(P)E tanto para carro de paradas, maletines y sala de urgencias.

Existe un listado con la medicación que ha de existir en los maletines de urgencias, tanto en el de circulatorio como en el de vía respiratoria, con una persona encargada de su mantenimiento y de realizar los controles de caducidades periódicas apoyada por el modelo PO-01-2_Z3(P) y por el modelo PO-01-4_Z3(P)E.

Se recuerda la necesidad de rotular los envases multidosis con la fecha de apertura.

Existe un formulario modelo de incidencias en la sala de urgencias.

Existe un registro de uso de mórnicos, en el que se anota paciente fecha y motivo de asistencia junto a carro de paradas. También disponemos de un registro de actividades de mantenimiento preventivos modelo PO_03-2_Z3 y un registro de control de estados de equipo, para desfibriladores y aparato de electros de cumplimentación mensual y semanal respectivamente.

En el último mes de 2017 se recibe el segundo desfibrilador, se reparan los oftalmoscopios y otoscopios de pared, así como un nuevo carro de paradas adecuado a las necesidades del centro.

A principios de 2018 se programa el control anual de caducidades, así como una reunión de calidad con la designación de nuevos responsables de la cumplimentación de los diferentes documentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento PO-01_z3(P)E (Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria).

- Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento PO-02-2_z3 (control de caducidades).

- Acondicionar la sala de urgencias, los maletines y el carro de paradas, para la atención urgente tanto domiciliaria como en el centro.

- Cumplimentar los procedimientos de mantenimiento preventivo de equipos, carro electrocardiograma y desfibriladores.

- Realizar un control de caducidades de los medicamentos y material de la sala de urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que el el trabajo realizado en el almacén es bastante positivo, se encuentra más organizado y accesible, y en general se ha encontrado colaboración por parte del equipo.

El carro de paradas está mejor equipado y accesible para la atención urgente.

La sala de urgencias se encuentra mejor dotada de material y dispositivos, permitiéndonos dar una atención de mejor calidad. Los envases multidosis están etiquetados con fecha de apertura y los equipos de sutura con fecha de proceso de esterilización.

Estamos consiguiendo una mayor concienciación y colaboración en reponer el material y medicación de la sala de urgencias que se reforzará en siguientes reuniones.

7. OBSERVACIONES.

Consideramos necesario la renovación de los 2 ordenadores de la sala de urgencias, ya que funcionan con lentitud y son muy antiguos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1685 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1685

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Nº de registro: 1685

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
SANCHEZ NUÑEZ JAVIER, CARNICERO NOGUERAS MARIA AURORA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1685

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0204

1. TÍTULO

REVISION DEL PACIENTE POLIMEDICADO MAYOR DE 75 AÑOS

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE ALICIA BERNAL GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS GALLUR
· Localidad GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LORENZO RAMIREZ DACIL
BARREDO ALLOZA ARSENIA
LOPEZ ECHEVARRIA MERCEDES
ICART GOMEZ JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-ABRIL 2017 ENTREGA DE LOS LISTADOS DE PACIENTE POLIMEDICADOS DE CADA CUPO MAYORES DE 75.

-EL PACIENTE POLIMEDICADO SE TRABAJA DESDE OMI
-DENTRO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL ANCIANO (ANAMNESIS, Y BARBER)
- ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (TEST DE MORISKY)
- VALORAR LA CONCORDANCIA

ESTAS TAREAS PUEDEN REALIZARSE POR MEDICO O ENFERMERO.

-EL MEDICO REVISARÁ LA INDICACION DEL FARMACO SI SE RETIRA O NO ALGUNO SI SE INICIA ALGUNO NUEVO ASI COMO SI HAY PROBLEMAS CON ALGUNO.

PARA QUE CDA PROFESIONAL PUEDA IR VIENDO SU EVOLUCION SE ENSEÑA EL CUADRO DE MANDOS DE LOS TRATAMIENTOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

HEMOS ANALIZADO 2 INDICADORES

- EL USO DE MEDICAMENTOS INAPROPIADOS EN MAYORES DE 75 AÑOS

-EL USO DE ANTICOLINERGICOS

EL STANDARD MARCADO ES EL PORCENTAJE EN ARAGON CON MEDICIÓN EN MARZO ANTES DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO Y EN DICIEMBRE. DE CADA UNO DE LOS DOS INDICADORES

ARAGON MARZO INAPROPIADOS 16% DICIEMBRE 14%

ARAGON MARZO ANTICOLINERGICOS 14% DICIEMBRE 14 %.

LOS INDICADORES LOS MEDIMOS EN C. SALUD DE GALLUR EN MARZO Y DICIEMBRE

GALLUR MARZO INAPROPIADOS 20% DICIEMBRE 20%

GALLUR MARZO ANTICOLINERGICOS 17% DICIEMBRE 17%.

LA FUENTE Y EL METODO DE OBTENCION LO OBTENEMOS DEL CUADRO DE MANDOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LOS RESULTADOS COMO SE PUEDE VER NO HAN MEJORADO.NI EN C. SALUD DE GALLUR NI EN LA COMUNIDAD EN GENERAL.

COMO VALORACION POR PARTE DEL EQUIPO ES HABER APRENDIDO A VALORAR Y USAR EL CUADRO DE MANDOS ASIC COMO LAS GRAFICAS Y PORCENTAJES

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/204 ===== ***

Nº de registro: 0204

Título

REVISION DEL PACIENTE POLIMEDICADO MAYOR DE 75 AÑOS

Autores:

BERNAL GARCIA ALICIA, ICART GOMEZ JOAQUIN, LORENZO RAMIREZ DACIL, GRACIA MAYNAR MARIA PILAR, LOPEZ ECHEVARRIA MERCEDES, BARREDO ALLOZA ARSENIA, LOPEZ CUARTERO ELENA, ESPINACH LOSADA ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Ancianos

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Pluripatológicos

Línea Estratégica ..: Atención al paciente pluripatológico

Tipo de Objetivos ..:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0204

1. TÍTULO

REVISION DEL PACIENTE POLIMEDICADO MAYOR DE 75 AÑOS

Otro Enfoque.....: Mejora de los procesos asistenciales que inciden en la calidad de vida de los pacientes

PROBLEMA

- Se detecta el problema cuando, nos llega el ultimo corte a fecha junio de 2016. Y en el que hay una diferencia importante en comparación con el año pasado.
- La situación actual es que ha habido una disminución de pacientes polimedicados revisados.
- Como posibles causas esta el que la revisión debe de ser anual. diferenciación de la labor de enfermería y de medicina.
- La importancia es adecuar la medicación a la patología en pacientes polimedicados mayores de 75 años.
- Disminución de efectos secundarios de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumento del porcentaje de pacientes polimedicados revisados.
- Disminución de efectos secundarios de tratamientos inadecuados.

MÉTODO

- Sesión de información para todos los profesionales determinando cual es la labor de enfermería y cual la de los facultativos sobre desde el mismo programa en OMI.
- Asegurarnos de que todos los profesionales tienen el listado de todos sus mayores de 75 años con más de 5 fármacos.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes ancianos polimedicados mayores de 75 años a los que se ha efectuado revisión de adherencia y adecuación de la medicación por enfermería, dentro del plan personal de revisión estructurada de medicación.
- Porcentaje de pacientes polimedicados mayores de 75 a los que se ha efectuado la revisión clínica de la medicación por medicina

DURACIÓN

- Septiembre de 2016 hasta 31 de diciembre de 2016.
- Reunión ya realizada para proponer el programa de mejora.
- 26 de septiembre reunión sobre OMI. para todos los profesionales para aclarar dudas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1419

1. TÍTULO

DIABETES Y COLEGIO

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE BEGOÑA CHICOTE ABADIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS GALLUR
· Localidad GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-REUNIONES CON DIRECCION Y EQUIPO DOCENTE EN 2 SEMANA DE MARZO, DONDE SE ENSEÑA A LOS PROFESORES RESPONSABLES DEL PROYECTO.

-CLASE CON LOS CHVALES DE 5 Y 6 DE PRIMARIA EL 22 DE MARZO DE 2017. COINCIDIENDO CON LA SEMANA CULTURAL DEL COLEGIO.

-VISONADO DE UN CD DE FUNDACION PARA LA DIABETES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-ACERCAMIENTO DE LA ENFERMERÍA AL COLEGIO

-LA DIABETES NO ES UNA DESCONOCIDA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-LOS NIÑOS Y PROFESORES HAN CONOCIDO LA DIABETES Y COMO ACTUAR EN CASO DE SIGNOS DE HIPOGLUCEMIA.

- SABEN QUE UNA NIÑA DE SU MISMA EDAD ES AUTÓNOMA EN EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD.

- SE SEGUIRAN HACIENDO ESTE TIPO DE ACTIVIDADES EN 5 Y 6

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1419 ===== ***

Nº de registro: 1419

Título
DIABETES Y COLEGIO

Autores:
CHICOTE ABADIA MARIA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ante el debut diabético de una niña que habita en Gallur y acude a CEIP Maria Dominguez de esta localidad, surge demanda por parte de dirección y profesores del colegio para conocer algo más de la enfermedad y los cuidados/atención que se debería de prestar a esta niña.

La demanda me la hace llegar de forma expresa la directora del colegio en mi consulta. La directora me conoce por ser yo la enfermera que atiende a sus hijas y al resto de niños del pueblo en pediatría y por haber colaborado con el colegio en determinadas ocasiones (semana cultural, profesiones, alimentación sana...) a las que se me invitó a participar como enfermera.

Al estudiar la petición de la directora me doy cuenta que la que es una demanda individual la puedo transformar en un proyecto de actuación para la comunidad, si además del colectivo de profesores incluyo a todos los chavales/compañeros de la niña diabética.

Comentando con la directora parece que la idea puede ser bien aceptada por los docentes.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1419

1. TÍTULO

DIABETES Y COLEGIO

PRINCIPAL:

- ACERCAR LA ENFERMERIA AL COLEGIO
- QUE LA DIABETES NO SEA UNA DESCONOCIDA

SECUNDARIOS:

- DEFINIR CON PALABRAS ADECUADAS A LA EDAD DE LOS NIÑOS LA DIABETES
 - RECONOCER SIGNOS // SINTOMAS DE -
 - HIPO-HIPERGLUCEMIA
 - COMO SE HACEN AUTOCONTROLES GLUCEMICOS
- Perder el miedo a los pinchazos
Conocer y reconocer aparatos de autocontrol // nuevas tecnologías
- CONOCER PLUMAS DE INSULINA
 - CONOCER GLUCAGON.
 - HACER VER COMO UNA NIÑA ;de su misma edad; ES AUTONOMA EN CONTROL DE SU ENFERMEDAD.

MÉTODO

A partir del visionado de CD de dibujos animados de Fundación para diabetes en colaboración con sociedad española de endocrinología pediátrica "CAROL TIENE DIABETES", acercar a los niños la vida de una niña diabética, su relación en el cole con compañeros y profesores.

- Vemos el vídeo de tirón (8 minutos)
- Con preguntas dirigidas se hace ver a los niños los aspectos mas importantes que queremos remarcar del CD.
- Vamos parando el CD en momentos determinados:
- Carol se hace un autocontrol ----- enseñamos a los niños el material de autocontrol
- Carol se inyecta insulina ----- enseñamos a los niños una pluma de insulina
- Carol sufre una hipoglucemia -----enseñamos a los niños glucagón // comentamos hipoglucemia.

Etc

A lo largo de las diferentes paradas del CD será necesario reconducir a los chavales para ir consiguiendo los objetivos perseguidos.

Tener siempre presente que pueden aparecer dudas, preguntas, comentarios de los chavales que debemos de tener siempre en cuenta, RESPETAR SIEMPRE LAS RETROALIMENTACIONES.

INDICADORES

Al finalizar la sesión los chavales serán capaces de:

- definir términos clave: glucemia, hipo-hiperglucemia, insulina, glucagon...
- reconocer material que deberá llevar siempre encima una persona con diabetes: se les enseñará instrumental médico: pinzas, fonen, intercalándolo con medidores de glucemia, plumas de insulina....para que hagan grupos de si y no.

- Decir números al azar y saber si están dentro de parámetros "normales" de glucemia.

- Redactar en los días siguientes "contrato" junto con su profesor para celebrar los cumpleaños de una forma más sana:

Como en el colegio existe la costumbre de llevar alguna golosina para repartir el día de cumpleaños, nos comprometemos que a partir de ahora nos pondremos de acuerdo entre todos para que al que le apetezca celebrar su cumple lleve:

Una bolsa pequeña de ganchitos

Un chicle sin azúcar

Unas pinturas o algún otro pequeño detalle

Nada

Además de ayudar al compañero con diabetes tiene otras muchas ventajas:

Evitar competir por ver quien lleva más

Comer más sano.....

DURACIÓN

- REUNIONES CON DIRECCION Y EQUIPO DOCENTE DEL COLEGIO: EN 2º SEMANA DE MARZO donde se enseñará a los profesores responsables el proyecto
- CONTACTOS TELEFONICOS PARA CONCRETAR DETALLES
- "CLASE" CON LOS CHAVALS 22/03/2017 COINCIDIENDO CON SEMANA CULTURAL DEL COLEGIO.

OBSERVACIONES

Todo el proyecto parte del visionado de un CD por eso es muy importante que el día en que se va a llevar a cabo la "clase" con los chavales nos aseguremos que todo el tema informático (cañón, cables...) esté probado y seguros de que funciona. No obstante yo llevo mi ordenador personal que en un caso extremo me "salvaría" la sesión, ya que en él puedo visionar el CD.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1661

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR CARCAS ESCALERA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS GALLUR
· Localidad GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENDIVIL NAVARRO ELENA
LOPEZ CUARTERO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Reuniones informativas para concretar huecos en agenda de demanda no presencial.
-Información a los pacientes de la posibilidad de dicha opción, tanto por parte de los profesionales sanitarios como administrativos.
-Realización de agendas tal y como se acordó con los profesionales.
-Solicitud de estadísticas a Dirección de Atención Primaria.(solo recibidas de enero a julio de 2017).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Teniendo los porcentajes de la actividad solamente hasta el mes de julio (que nos han sido remitidos desde nuestra Dirección de Atención Primaria), se ha alcanzado un porcentaje del 2 % en enfermería y medicina general e inferior al 1 % en pediatría. Aun así en un Centro pequeño las 715 demandas no presenciales realizadas entre enero y julio han supuesto una mejora tanto en demora de consulta como en calidad hacia los usuarios que en esas tantas ocasiones no se han tenido que desplazar hasta el Centro.
Hemos comprobado la tendencia al alza en estos meses, por tanto queremos creer que se estará cerca de el porcentaje de los Indicadores del Proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido una propuesta con buena aceptación por parte de los usuarios sobretodo personas con dificultad para acudir al Centro de Salud, bien sea por estar trabajando o por imposibilidad física.
Teniendo en cuenta que la mitad de la población no puede pasar por el filtro de Admisión porque la mayoría de las llamadas las realizan a sus respectivos Consultorios sin administrativo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1661 ===== ***

Nº de registro: 1661

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
CARCAS ESCALERA PILAR, MENDIVIL NAVARRO ELENA, BERNAL GARCIA ALICIA, BLASCO VALENTI PILAR, LOPEZ CUARTERO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1661

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

MÉTODO

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

- 5 % de consultas no presenciales en medicina
- 10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1670

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP GALLUR

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ELENA LOPEZ-FRANCO JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS GALLUR
· Localidad GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARREDO ALLOZA ARSENIA
ISASA CHUECA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se hace una reunión con el equipo donde se explica el contrato de gestión y los objetivos.

Se informa de la existencia de cuadro de mandos de farmacia donde cada profesional puede sacar sus propios listados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1 Uso de estatinas en pacientes en prevención secundaria
- 2 Selección eficiente de estatinas
- 3 Tratamiento hipolipemiente combinado en prevención primaria.

La evaluación se ha hecho de los datos del cuadro de mandos de farmacia. Se hacen dos cortes uno en enero de 2107 y otro en diciembre de 2017 comparando los datos con los del sector III.

1. uso de estatinas en pacientes en prevención secundaria

Sector III diciembre 66,24%, enero 67,98 %

Gallur 64,65%, enero 67,71 %

conclusión: Ha mejorado en centro de salud de Gallur el uso de estatinas en pacientes en prevención secundaria despues de revisar los mismos

2. Selección eficiente de estatinas

Sector III diciembre 79,30%, enero 79,90%

Gallur 76,89%, enero 78,05%

conclusión: se ha mejorado de diciembre a enero en la selección de estatinas eficientes, pero sin conseguir bajar la selección ineficiente de estatinas a menos del 19,63%

3. Tratamiento hipolipemiente combinado en prevención primaria

sector III diciembre 92,35%, enero 92,80%

Gallur diciembre 92,70%, enero 93,30%

conclusión: No hay cambios significativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora es que debemos disponer de más tiempo para poder modificar revisar y actualizar las medicaciones.

Es sostenible y se puede mantener en el tiempo siempre y cuando sigamos contando con el cuadro de mandos de farmacia

7. OBSERVACIONES.

Desde primaria encontramos un verdadero problema porque mucha medicación viene pautada desde especializada y para nosotros es complicadísimo poder cambiarla.

Insistimos en que especializada debería poder acceder a r.electrónica para que conste quien prescribe y quien no.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1670 ===== ***

Nº de registro: 1670

Título

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP GALLUR

Autores:

BERNAL GARCIA ALICIA, BARREDO ALLOZA ARSENIA, LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA, ISASA CHUECA JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1670

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP GALLUR

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:

- estatinas de menor eficiencia,
- opiáceos de liberación inmediata,
- utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
- no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,

MÉTODO

Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1687

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ALICIA ESPINACH LOSADA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS GALLUR
· Localidad GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHICOTE ABADIA BEGOÑA
GARCIA MAINAR MARIA PILAR
LORENZO RAMIREZ DACIL
LASHERAS JULIA
LOPEZ CUARTERO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto de mejora lo hemos desglosado en dos partes:

1. Seguimiento del proyecto previo en el que se creó el carro de paradas por parte de MACs/EAC.
2. Mejoras organizativas de distintos materiales utilizados en urgencias: cambio de ubicación de almacén de productos farmacéuticos y conseguir fechado de material quirúrgico esterilizado en el 100% de los paquetes.

El seguimiento del control de fármacos, material, y aparateje del carro de paradas lo realiza el EAC. Pero todo el personal componente del EAP debe reponer todo lo utilizado inmediatamente después de resuelta la urgencia que motivó el uso del carro, como se recoge en el protocolo que se realizó a tal efecto.

A menudo hay que recordar através de correos internos y/o reuniones d EAP el buen uso del carro de paradas.

Por otro lado también nos pareció importante cambiar la ubicación del almacén de productos farmacéuticos y sacar los fármacos del almacén general (planta -1). Este desdoble lo permitió el poco uso que se iba haciendo del pequeño almacén de papelería (planta 0).

La proximidad de los fármaco a sala de urgencias hace que el acceso a los fármaco en caso de urgencia mejore. Desde el sector 3 nos proporcionaron a personal auxiliar algunos días en 2017 que nos ayudó en el etiquetado de estanterías.

De momento el ordenamiento del material es alfabético, y separadas las vías de administración de los fármacos, parenteral, oral, etc .

Hemos también incluido, para mejorar la calidad de la atención en la sala de urgencias una actividad que aunque parecía obvia se realizaba sólo en parte : el fechado de los paquetes de material quirúrgico después de ser esterilizados .

Todo el personal que esterilice material deberá fechar el paquete después .Queremos conseguir el 100% de paquetes fechados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto al carro de paradas, lo que se pretendía era contar con material sanitario, farmacológico y aparataje revisado y en perfecto estado para su uso en caso de Urgencia. Que el personal del EAP se responsabilizara de reposiciones y avisara en caso de deficiencias . El EAC del EAP es el que supervisa el carro una vez al mes y recuerda si se está haciendo buen uso del carro o no.

Através de correos internos y reuniones de EAp se sigue recordando el objetivo.

Aunque no hemos aplicado indicadores de uso del carro, en líneas generales el objetivo propuesto se ha cumplido.

Por otro lado, con el traslado de los productos de farmacia, al ubicarlos en este nuevo espacio también se ha conseguido, mejorar el acceso de la sala de Urgencias y del resto de las consultas a los medicamentos. Y poder llevar a cabo mejor control del libro de caducidades así como mejorar la localización de los productos de la Farmacia de Centro de Salud .

En cuanto a el fechado del material esterilizado se ha conseguido llegar casi al 100% de paquetes fechados, aunque hay que seguir insistiendo sobre el tema

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora valoramos como muy importantes la implantación de estas actividades para conseguir que la atención del paciente en urgencias sea adecuada y segura. Nuestra intención es que se sigan realizando todas estas actividades .

Actividades pendientes de realizar:

1. Uso de gavetas para el ordenamiento del material sanitario y farmacológico de la sala de urgencias.
2. Cambio del maletín del coche de urgencias, debido a su mal estado (en la actualidad ha cumplido 22 años) y está solicitado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1687

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

7. OBSERVACIONES.

El centro de Salud de Gallur aún no se ha pintado desde su inauguración en 1996. El aspecto de muchas estancias, entre ellas la sala de Urgencias (que es una de las más utilizadas) es antihigiénico.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1687 ===== ***

Nº de registro: 1687

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
ESPINACH LOSADA ALICIA, LOPEZ CUARTERO ELENA, CHICOTE ABADIA MARIA BEGOÑA, GARCIA MAYNAR MARIA PILAR, LORENZO RAMIREZ DACIL, LASHERAS GARCIA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1687

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

DURACIÓN

Abril- Mayo:

Presentación del acuerdo de gestión al EAP

Definición de responsables.

Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:

Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:

Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1357

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA. HIGIENE UNA SANA COSTUMBRE EN EL DIA A DIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA BELLOSO ABAD
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORGOJO ITOIZ MARIA PUY

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha ido recopilando distinto tipo de material para apoyo de la actividad:

-Vídeos de distintas redes de iniciativas de promoción de la salud:

SARES, Red de Salud, La guía PACAP (Salud bucodental, higiene manos).

-Guías ilustrativas con imágenes y consejos de buena práctica higiénica.

-Reuniones con el colegio para concretar fechas y material necesario con el que tienen que venir provistos los alumnos para el desarrollo de la actividad.

-Se contacta con clínica ortodoncista que nos proporcione material adecuado para la buena práctica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Esta actividad comunitaria está en vías de desarrollo, pendiente de concretar fechas con la dirección del colegio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos comprobando la pertinencia del proyecto debido a que apreciamos una deficiencia en el hábito de la higiene y cuidado bucal y lo que pretendemos conseguir mediante esta actividad en la que vamos a actuar todos (escolares/sanitarios) es mejorar e integrar en el día a día los hábitos higiénicos diarios.

7. OBSERVACIONES.

En contacto con el colegio estamos concretando fechas para la actividad comunitaria.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1357 ===== ***

Nº de registro: 1357

Título
EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: HIGIENE UNA SANA COSTUMBRE EN EL DIA A DIA

Autores:
BELLOSO ABAD ANA MARIA, GORGOJO ITOIZ PUY, ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestro entorno actual la salubridad y esterilidad parcial de los objetos es algo asumido, pero debemos seguir enfatizando en que la higiene personal es la base sobre la cual se puede construir una vida saludable. Los niños de hoy en día tienen inculcados desde su nacimiento, y de forma progresiva, muchos hábitos saludables e higiénicos que van incorporando a su día a día. No obstante, en muchas ocasiones no son conscientes de la importancia que estos procesos pueden tener para su salud actual y futura y por eso es importante seguir recalcándoles la importancia de éstos. La consecución de estos hábitos saludables servirán como profilaxis de enfermedades y afecciones futuras, y si se logra inculcar estas máximas desde la infancia los pacientes las realizarán en el futuro como parte inconsciente de su día a día y lo asumirán como la normalidad, potenciando así una correcta adherencia y adhesión a los procedimientos.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1357

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA. HIGIENE UNA SANA COSTUMBRE EN EL DIA A DIA

Mediante la realización de este proyecto se quiere enfatizar en la importancia de una buena técnica en el lavado de manos y de una correcta higiene dental en los niños, para conseguir así que los hábitos correctos se perpetúen desde una temprana edad y quede marcado como una impronta en sus vidas futuras.

MÉTODO

Se debe enseñar a los niños hábitos correctos de higiene dental y como prevenir la caries dental. Se le debe animar a reducir el número de veces que consumen alimentos y bebidas que contienen azúcar y, si es posible, a ingerirlas durante las comidas. También se debería potenciar el cepillado con regularidad de un dentífrico que contenga flúor.

Además se deberá insistir en la importancia de un correcto lavado de manos como prevención de enfermedades infecciosas transmisibles por vía feco-oral u otras vías en las que pudiera estar involucrada la contaminación mano-boca.

Para ello se realizarán talleres demostrativos en los que se concienciará verbalmente con explicaciones y de forma práctica, mediante ejemplificaciones, en como llevar a cabo estos procedimientos. Posteriormente se pedirá a los asistentes que realicen los procedimientos por si mismos para poder analizar el aprendizaje realizado y si su metodología es la correcta.

INDICADORES

Los indicadores a analizar en esta ocasión serán a largo plazo, puesto que las acciones son profilácticas, y por tanto no se dispondrá de los resultados de forma inmediata. Los 2 indicadores más importantes a tener en cuenta será la disminución de enfermedades infecciosas gastrointestinales y la disminución de aparición de caries, pero ambas solo podrán ser evaluadas de forma longitudinal varios años después de la realización de los talleres. Como indicadores indirectos se valorará la mejora de las técnicas enseñadas mediante la evaluación en la consulta.

DURACIÓN

Noviembre-Marzo: Inicio y realización de los distintos talleres, tanto de instrucción como de comprobación de mejoría en las técnicas evaluadas.

Marzo-Abril: Recogida y análisis de datos y exposición de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1358

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE INHALADORES PARA UN CORRECTO CONTROL DE LAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PUY GORGOJO ITOIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se pone en conocimiento del consejo de salud la pertinencia de esta actividad y se concreta en qué puntos de la zona de salud se van a llevar a cabo.

El taller comienza desde el momento de la adquisición del inhalador: ¿Por qué lo usamos?, ¿para qué?, ¿cómo lo guardamos?...higiene y mantenimiento de las cámaras e inhaladores.

Aprendemos la higiene de las fosas nasales con lavado de las mismas (es muy importante respirar bien) así como el uso correcto de inhaladores nasales cuando sean necesarios.

Hemos recopilado para el taller prácticamente todos los inhaladores que hay en el mercado algunos de ellos placebo y con sonido, de gran ayuda para conocer el manejo de los mismos.

Nos hemos apoyado con el uso de vídeos, dípticos y consejos ilustrativos para los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido mayor conocimiento de la enfermedad y un mejor manejo y conservación de los inhaladores resaltando la importancia de los mismos como tratamiento de su enfermedad.

Aprender medidas higiénicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Esta actividad nos pareció interesante por el mal uso en general que se hace de los inhaladores y la importancia de estos en el control de las distintas enfermedades respiratorias.

Este proyecto está inacabado, pues estaba pensado, dadas las características del centro de salud, realizarlas en tres puntos de la zona, de los cuales sólo se ha llevado a cabo en uno.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1358 ===== ***

Nº de registro: 1358

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE INHALADORES PARA UN CORRECTO CONTROL DE LAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS

Autores:
GORGOJO ITOIZ PUY, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, BELLOSO ABAD ANA MARIA, ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto actual se centra en el análisis y explicación de la técnica de realización de inhaladores en pacientes con patologías respiratorias. La causa más relevante de un mal control en la patología respiratoria es la adherencia y mala realización de la técnica inhalatoria. Para poder salvar esta situación es necesaria la correcta educación de los pacientes en este ámbito. Para ello es necesario poder repasar la técnica de realización de estos dispositivos, analizar los errores al realizarla y llevar a cabo una correcta educación de los pacientes a este respecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1358

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE INHALADORES PARA UN CORRECTO CONTROL DE LAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS

Los pacientes que no realizan correctamente el uso de los dispositivos, a efectos prácticos, no están recibiendo el fármaco, o, en el mejor de los casos, la dosis efectiva de éste que llega a la diana terapéutica es muy inferior a la necesaria. Por tanto la inhalación defectuosa del medicamento hace que el tratamiento pautado sea estéril.

Es necesario, por tanto, la implementación de un proyecto que asegure la correcta realización de la técnica, para estar seguros de que el paciente recibe la dosis adecuada y no permanece infratratado durante todo el proceso. La pauta de estas medicaciones sin su correcta utilización es como si no se hubieran pautado.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo que se pretende alcanzar con este proyecto es el de optimizar el tratamiento de las patologías respiratorias. En la medicación inhalatoria, utilizada en estos cuadros, es esencial realizar una buena técnica, puesto que sino los pacientes no recibirán una dosis correcta en la diana terapéutica y por tanto no será efectiva. Si no se consigue hacer llegar el fármaco en la cantidad necesaria a su punto de acción el tratamiento será completamente, o parcialmente, inefectivo, por lo que no se podrá alcanzar un control adecuado del cuadro. Con la confirmación de una buena técnica inhalatoria se consigue un mayor porcentaje de pacientes controlados, y además en caso de no obtener un buen control del cuadro se podrá pensar en la necesidad de otra dosis o fármaco, pudiendo descartar que el mal control sea secundario a la adherencia y adhesión al tratamiento.

MÉTODO

Para la realización de este proyecto se van a llevar una sesión para adultos y otra para niño, pero debido a la estructura y distribución del área de salud bajo la influencia del Centro de Salud de Herrera de los Navarros es necesaria la realización de varias acciones distribuidas en las diferentes poblaciones, para cumplir así con el principio de equidad y poder hacer llegar el programa a todos los miembros de la comunidad. Las características de la zona y su población hacen que si no la mayor parte de los pacientes no pudieran tener acceso a ellas.

INDICADORES

Para poder evaluar la eficacia de este programa se evaluarán diferentes indicadores que valoren la utilidad de éste. El primer, y más importante, ítem que se deberá tener en cuenta es que tras haber realizado una primera instrucción los pacientes no realicen los errores cometidos antes de la acción, y para ello se les indicará que realicen la técnica como en su domicilio para analizarla, poder conseguir cualquier nuevo fallo aparecido y constatar que ha implementado las correcciones y técnicas enseñadas en la primera visita. Como parámetros secundarios al objetivo primario se observará si el paciente refiere un mejor control de su patología, describe mejoría en la autopercepción de síntomas y si ha mejorado su calidad de vida, especialmente rebajándose la disnea que presenta en su vida diaria. Todos estos parámetros muestran una mejora control de las patologías pulmonares, y por tanto reflejan que la mejoría en la técnica tiene un reflejo en la optimización del tratamiento.

DURACIÓN

Septiembre-Marzo: Se realizará la instrucción de los pacientes en las técnicas a realizar y se comprobará la correcta utilización de los dispositivos por parte de los pacientes. Posteriormente en las visitas de seguimiento los pacientes deberán realizar la técnica tal y como lo hacen en su vida diaria, y ahí se comprobará si se realiza de forma óptima o se siguen requiriendo correcciones, que se llevarían a cabo en ese momento. También se realizará una entrevista clínica para comprobar si estas mejoras en la técnica han reportado mejoría al estado del paciente.

Abril-Mayo: Se recogerán, analizarán y expondrán los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

En todas las reuniones que se lleven a cabo los pacientes deberán escenificar como realizan la técnica. En la primera con el objetivo de asegurar la correcta comprensión de la técnica explicada y en las demás para poder analizar si la utilización del dispositivo que el paciente realiza, de forma diaria, es la adecuada. Así todos los presentes podrán beneficiarse con la escenificación, de los errores y las correcciones sugeridas a todos los componentes de la sesión.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1359

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: HABITOS DE VIDA SALUDABLES Y NUTRICION PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ ALCÁINE ALEGRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORGOJO ITOIZ MARIA PUY

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto está programado para el próximo mes de abril.

Se expuso en el consejo de salud que aunque la actividad se desarrolle en la escuela, la participación se hará extensiva a todos los que quieran asistir.

Se ha formado un grupo de trabajo que llevará a cabo esta actividad con el apoyo de guías didácticas como SARES, que nos ha proporcionado videos sobre alimentación, actividad física,... PACAP que contiene interesantes artículos sobre alimentación sana...

Con todo ello hemos elaborado un material didáctico que nos va a servir de guía para el desarrollo de la actividad. Se va a hacer hincapié en la importancia de vivir en el mundo rural y aprovecharse de lo que nos da nuestro pueblo, nuestras huertas, nuestro entorno para realizar paseos y actividades saludables.

Vamos a realizar talleres prácticos sobre alimentación, ¿Qué compramos?, ¿cómo lo conservamos?, ¿cómo lo cocinamos?, ¿qué comemos?

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Queremos con esta actividad fomentar estilos de vida saludables en nuestro entorno con nuestros vecinos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Esta actividad está programada para el mes de abril

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1359 ===== ***

Nº de registro: 1359

Título
EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y NUTRICION PARA LA PREVENCION DE LA SALUD

Autores:
ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, GORGOJO ITOIZ PUY, BELLOSO ABAD ANA MARIA, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO, ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proyecto actual se centra en intentar que los niños sean capaces de valorar cómo la alimentación y los hábitos de vida saludable, son el factor extrínseco más importante que determina el crecimiento y desarrollo del individuo durante la infancia.

Niños y adolescentes son un grupo especialmente vulnerable desde el punto de vista nutricional pero también especialmente receptivo a cualquier modificación y educación nutricional y de adquisición de hábitos saludables. Observamos, desde nuestras consultas, como va aumentando el sobrepeso en los niños y cómo están cambiando, tanto los patrones alimentarios como el aumento de la inactividad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1359

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: HABITOS DE VIDA SALUDABLES Y NUTRICION PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

RESULTADOS ESPERADOS

Cada vez nos damos cuenta que acuden a nuestras consultas niños con sobrepeso, por lo que con este proyecto, en el que vamos a interactuar sanitarios, docentes, padres y por supuesto los propios niños, pretendemos que seamos capaces de dar la debida importancia a la malnutrición (por exceso o por defecto) y a los hábitos de vida saludables, y que nos quedemos con la idea de las importantes repercusiones que puede tener en el desarrollo y el estado de salud a corto y largo plazo

MÉTODO

Para la realización de este proyecto vamos a realizar una serie de talleres en las aulas de la propia escuela, en las que proyectaremos algún video sobre hábitos de vida saludables
Charlas iniciales para dar a conocer qué debe contener una dieta variada
Dispondremos de una serie de alimentos representativos de cada grupo y cada participante comenzará por hacer una hipotética compra en la que tendrá que explicar al resto por qué ha elegido ese alimento y no otro, enseñándoles la importancia que tiene la composición de los mismos y cómo debemos fijarnos en ella antes de adquirirlos
Talleres de cocina para dar importancia a la forma de cocinar los alimentos

INDICADORES

Uno de los indicadores más importante sería la disminución del sobrepeso en la población infantil de nuestro centro de salud.
Un indicador indirecto de la efectividad del proyecto sería la comprobación, mediante una consulta oportuna, de si el paciente adquiere un modo de vida más saludable, con actividades que mantengan unas costumbres higiénico-dietéticas correctas.

DURACIÓN

Septiembre-diciembre: Se comenzarán con las actividades descritas.
En un principio constará de varios talleres, los responsables de los mismos serán los sanitarios y los profesores. Posteriormente podrían intervenir padres.

Enero-Febrero: Finalización del proyecto y presentación de resultados.

OBSERVACIONES

En el colegio de Herrera de los Navarros no hay comedor escolar, por lo que los niños acuden a comer a su domicilio y será necesaria, por tanto, la colaboración y participación de los padres y entorno familiar.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1360

1. TÍTULO

RCP PRIMEROS AUXILIOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE IGNACIO ESTEBAN MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORGJO ITOIZ MARIA PUY

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se llevó a cabo una reunión del EAP para concretar las actividades comunitarias que se podrían llevar a cabo, relacionadas con la actuación en situaciones de riesgo y urgencia, como son los primeros auxilios. Se puso en conocimiento de la comunidad en una reunión del Consejo de salud de la zona de salud; en la que se comentó el desarrollo de una actividad semejante por parte de la Comarca de Daroca el 21 de octubre de 2017, y que contaban con material difícil de conseguir por nuestra parte, como son los maniqués para RCP. Se publicitó y se desarrolló la actividad en Herrera de los Navarros, acudiendo los vecinos que estaban interesados, interviniendo todos con en las diferentes actuaciones y simulacros, desde la RCP hasta la actuación ante un atragantamiento. Se colgaron fotografías de la actividad en la web.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Priorización y abordaje de situaciones en situaciones de urgencia: Todos los vecinos allí presentes aprendieron, de alguna forma, a detectar una situación de riesgo y a cómo comportarse de forma inmediata, tanto pidiendo ayuda como actuando en la situación; los mitos, leyendas y realidades a la hora de aplicar remedios en quemaduras, picotazos y heridas, ahogamientos, atragantamientos ...
En Aguilón se ha realizado una actividad semejante, sin maniqués, coincidiendo con la petición por parte de dicho Ayuntamiento a la Comarca de Cariñena de un desfibrilador automático.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido una actividad con la que la comunidad en general ha mostrado mucho interés. Estaba organizada para desarrollarla en Herrera y pueblos periféricos. En estos últimos no se ha podido llevar a cabo en todos, pero esperamos poder realizarla en los próximos meses, antes del verano.

7. OBSERVACIONES.
Estaba organizada para desarrollarla en Herrera y pueblos periféricos. En estos últimos no se ha podido llevar a cabo en todos, pero esperamos poder realizarla en los próximos meses, antes del verano.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1360 ===== ***

Nº de registro: 1360

Título
RCP/PRIMEROS AUXILIOS

Autores:
ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO, GORGJO ITOIZ PUY, BELLOSO ABAD ANA MARIA, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Herrera de los Navarros es un centro de salud con una dispersión geográfica importante, por lo que es de vital importancia que los habitantes de su zona de influencia tengan nociones de primeros auxilios y RCP, para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1360

1. TÍTULO

RCP PRIMEROS AUXILIOS

poder analizar y actuar frente a una situación que pudiera suceder hasta que el equipo médico pueda llegar al lugar.
Debido a esto se valoró en el último consejo de salud la necesidad de realizar unos talleres en distintos puntos del área para instruir a los habitantes a este respecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Instruir al mayor número posible de habitantes del área de influencia en RCP y primeros auxilios para poder responder a una situación de urgencia. Los sucesos más relevantes a tener en cuenta en la zona y que podrían ser atendidos en una primera instancia por personal no sanitario serían atragantamientos y ahogamientos.

MÉTODO

Se impartirán clases teóricas y prácticas por el personal sanitario, para que posteriormente los asistentes puedan desarrollar los conocimientos adquiridos. En todo momento bajo la supervisión del personal instructor.

INDICADORES

Que los asistentes realicen las maniobras aprendidas de forma adecuada al finalizar el taller.

DURACIÓN

Enero- Junio: Realización de los talleres.

OBSERVACIONES

Los talleres se realizarán en distintos puntos del centro de salud, debido a su gran dispersión, para que sea accesible al mayor número de personas posible.

Se están valorando las diferentes opciones y vías para la posible obtención del muñeco de prácticas.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1529

1. TÍTULO

TRABAJAR EL CUADRO DE DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PUY GORGOJO ITOIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO
DUEÑAS AGULLO FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Para la realización de ésta actividad se ha implicado al equipo de AP realizándose dos reuniones sobre cómo abordar al paciente diabético y cómo acceder al cuadro de mando de diabetes, para un mejor control de dichos pacientes por cada profesional.
-Mediante citas programadas, visitas domiciliarias y talleres para diabéticos, se han realizado distintas actividades, tanto clínicas como informativas para un mayor conocimiento y manejo de su enfermedad por medio de la información en consulta, materiales didácticos, quedando pendiente taller de cocina.
-Acceso periódico al cuadro de mando de diabetes por parte de los profesionales para cumplimentación de protocolos de los planes personales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos captado a un mayor número de diabéticos en los que, valiéndonos del cuadro de mando de diabetes estamos realizando mejor control y seguimiento.
Mayor implicación de los profesionales en los planes personales con mejor registro de dichos datos.
Hemos mejorado en los distintos indicadores del cuadro de mando de diabetes en relación con años anteriores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mayor satisfacción de los profesionales al mejorar los indicadores.
Seguiremos trabajando el cuadro de mando de diabetes para control y seguimiento de los distintos objetivos.
Queda pendiente la realización de talleres de cocina en colaboración con los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

-Al utilizar el cuadro de mando de diabetes, hemos tenido que recurrir en bastantes ocasiones al S. de la CAU por no registrarse los datos de las pruebas realizadas desde OMI:TA,ITB...en pacientes que nos consta como realizados.
-Otro inconveniente importante para nosotros es la imposibilidad de volcar los resultados analíticos de especializada en OMI, dando lugar a duplicidades analíticas.
-Hemos observado que hay discrepancia entre los listados de pacientes incluidos en cartera de servicios de cada profesional y los que aparecen en el cuadro de mandos de diabetes.(incluyendo éxitos).

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1529 ===== ***

Nº de registro: 1529

Título
TRABAJAR EL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Autores:
GORGOJO ITOIZ PUY, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, BELLOSO ABAD ANA MARIA, ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1529

1. TÍTULO

TRABAJAR EL CUADRO DE DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

PROBLEMA

Debido a la falta de recogida de datos en pacientes diabéticos en el C.S Herrera de los Navarros intentamos con este proyecto reflejar las distintas actividades así como pruebas diagnósticas que venimos realizando en dichos pacientes para mejorar el cuadro de mando de diabetes.

RESULTADOS ESPERADOS

Intentar que cada uno de los pacientes diabéticos del centro de salud tengan recogido en su historia todos los parámetros y actividades realizadas en relación con su enfermedad para mejorar de esta manera el riesgo cardiovascular.

MÉTODO

*Revisión de historias clínicas.

*Utilización del cuadro de mando de diabetes para valorar los puntos de mejora según necesidad de cada paciente.

*Realización de todas las actividades según protocolo de diabetes.

INDICADORES

*Población diabética del C.S. con cuadro de diabetes mejorado / nº total de diabéticos en el centro.

DURACIÓN

Septiembre-mayo 2017-2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1533

1. TÍTULO

REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ ALCABINE ALEGRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORGOJO ITOIZ MARIA PUY
BELLOSO ABAD ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se lleva a cabo la inspección, del pie, la expl. neurológica por medio del monofilamento, sensación térmica, reflejos osteotendinosos con martillo de reflejos y expl. vascular mediante la realización del ITB con Eco-Doppler y tensiómetro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realiza medición del ITB en 46 pacientes diabéticos en una población diana de 78 diabéticos. Obteniéndose:
-5 pacientes indicativos de arteriopatía periférica en EEII.
-6 pacientes indicativos de calcificación arterial en EEII.
De los cuales tres de ellos están en seguimiento por especializada y dos de ellos no aceptaron derivación al S. de vascular.
El indicador utilizado:
Pacientes con DM a los que hemos realizado ITB (46) / nº total de diabéticos del centro de salud de Herrera (78) = 58,9% de ITB realizadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha encontrado con dificultades a la hora de la realización de la ITB para la captación de pacientes en situación laboral, quedando pendiente una acción de mejora para concienciar y motivar a este perfil de pacientes. Por otro lado ha sido necesario desplazarse a los domicilios de ciertos pacientes con dificultad para la deambulacion o movilidad disminuida.
Este proyecto ha sido muy válido a la hora de detectar y valorar el pie diabético.

7. OBSERVACIONES.
Hemos detectado mayor colaboración y cumplimiento en personas mayores de 65 años en adelante.
Nos han surgido dudas sobre si el tensiómetro utilizado está validado o tiene que ser uno específico para la realización de la prueba.
Hemos comprobado por medio del cuadro de mando de diabetes que a varios pacientes a los que se les ha realizado el ITB, no sale reflejado en dicho cuadro, disminuyendo el indicador correspondiente.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1533 ===== ***

Nº de registro: 1533

Título
REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Autores:
ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, GORGOJO ITOIZ PUY, BELLOSO ABAD ANA MARIA, ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

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

Enfoque: -----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1533

1. TÍTULO

REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Debido a que el año pasado era un proyecto de mejora que no se pudo llevar a cabo por falta de ECO-DOPPLER y siendo que la empresa este año nos lo ha proporcionado nos parece necesario tanto el control vascular así como revisión general del pie diabético en todo paciente afecto de dicha patología.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar ECO-DOPPLER a todo paciente diabético con más de diez años de evolución de la misma.
Revisión del pie diabético a todo paciente diabético.
Ambas cosas para control, diagnóstico y tratamiento de cualquier alteración descubierta por estos procedimientos.

MÉTODO

Realización de ECO-DOPPLER.
Realización de monofilamento.
Revisión del pie en general (pulsos, trofismos, uñas, reflejos...)

INDICADORES

*Valoración de todos los pacientes diabéticos de más de diez años de evolución a los que se les ha realizado eco-doppler/ total diabéticos del C.S. Herrera.
*Diabéticos con ITB alterado/ nº total de ITB realizados.
*Número de pacientes a los que se les ha revisado el pie diabético/ total diabéticos del C.S. Herrera.

DURACIÓN

Junio 2017 - abril 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1560

1. TÍTULO

REVISION Y MANTENIMIENTO APARATOS DE SALA DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MANUELA POLO PASCUAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORDO BLANCO MARIA ISABEL
LAFUENTE HIJAR LORENZO
ORTIGA ZARAZAGA NADIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el desarrollo de este proyecto, se implicó a los MAC y EAC, del Centro de Salud, y se estableció un turno mensual para la revisión y retirada de material caducado en su caso (Pilas,baterías,palas...) compuesto por dos personas (MAC y EAC) que estén cubriendo la guardia.
Se convocó una reunión para elaborar un listado con todo el aparataje disponible en la sala de urgencias y revisión del mantenimiento de los mismos.
Se elaboró una hoja de registro en la que se anota cada una de las revisiones mensuales que se realizan (Fecha,personas e incidencias que van apareciendo).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se está consiguiendo tener los aparatos con un perfecto funcionamiento y en buen estado, avisando cuando requiere un mantenimiento externo a quien corresponda.
Mayor satisfacción por todo el EAP, por tener todo disponible en buen uso.
Hemos conseguido el 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras el trabajo realizado se ha conseguido una revisión permanente del estado de los aparatos, así como un seguimiento en la subsanación de las incidencias detectadas, lo que implica una mayor seguridad para el profesional y el paciente que hacen uso de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1560 ===== ***

Nº de registro: 1560

Título
REVISION Y MANTENIMIENTO APARATOS DE SALA DE URGENCIAS

Autores:
POLO PASCUAL MANUELA, ORTIGA ZARAZAGA NADIA, GORDO BLANCO MARIA ISABEL, LAFUENTE HIJAR LORENZO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Debido a que en ocasiones se encuentran en la sala de urgencias aparatos sin pilas, sin baterías, en mal estado hemos visto la necesidad de mejorar sala.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el estado de los aparatos para que en el momento de ser utilizados esten en buenas condiciones para ser utilizados.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1560

1. TÍTULO

REVISION Y MANTENIMIENTO APARATOS DE SALA DE URGENCIAS

Reunion de profesionales de A.C.para :
crear un listado de los distintos aparatos a revisar
ECG sala y portátil
desfibrilador
otoscopio/ofthalmoscopio
laringoscopio
lupa
bala de oxigeno y caudalimetro
autoclave
aspirador
glucómetro urgencias
tensiómetro.
Creacion de hojas de registro en las que se recoja fecha de revisión y personal que lo ha realizado.
Creacion de hojas de incidencias.

INDICADORES

Valor a alcanzar 100%
Valor inferior 80%
Valor superior 100%

DURACIÓN

Anual : Iniciacion Julio 2017

OBSERVACIONES

Intentar contar con el apoyo de revisiones de mantenimiento/electromedicina para calibracion de aparatos, reparaciones...

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1694

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO DUEÑAS AGULLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una reunión con el EAP para explicar el proyecto de la gestión de la demanda de consulta no presencial y elaborar un plan a seguir para la realización de dichas consultas.

Posteriormente se hace otra conjunta con la administrativa para concretar qué tipo de consultas se pueden desarrollar de modo no presencial: Resultados de análisis, de pruebas complementarias, dudas que se puedan resolver telefónicamente, control-renovación-valoración de la medicación, informes administrativos ... Así como los huecos de las agendas, tanto para medicina como para enfermería, que se destinan para tal cometido. Se está informando a los pacientes la posibilidad de ponerse en contacto con los profesionales sanitarios, en horario determinado para este tipo de consultas, sin necesidad de acudir de manera presencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El período recogido ha sido entre septiembre de 2017 y enero de 2018.

Siendo en valores absolutos un total de 117 consultas no presenciales; de éstas, corresponden a la cabecera de la zona de salud el 81%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dadas las características del centro de salud, el proyecto está desarrollándose mayoritariamente en la cabecera. En los consultorios periféricos hemos constatado falta de registro, pues se han realizado más consultas no presenciales que las reflejadas. Quizás debido a que somos los mismos profesionales los que realizamos las labores de citación y en estos meses la conexión y el funcionamiento de OMI han fallado constantemente.

Enfermería considera más difícil desarrollar las consultas no presenciales, pues la mayor parte de sus consultas son programadas y precisan ser presenciales.

Falta quizás una mayor información a los pacientes, y mentalizarlos que no es necesario acudir físicamente al centro de salud y consultorios.

Dado que nos parece una buena herramienta, vamos a seguir desarrollando el proyecto para mejorar los resultados.

7. OBSERVACIONES.

Dado que nos parece una buena herramienta, vamos a seguir desarrollando el proyecto para mejorar los resultados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1694 ===== ***

Nº de registro: 1694

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
DUEÑAS AGULLO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1694

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

- 5 % de consultas no presenciales en medicina
- 10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1694

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS TOVAR CORREA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORGJO ITOIZ MARIA PUY

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Presentación del proyecto en el EAP tras la firma del AG.
2. Explicación de criterios de DEMNP al Servicio de Admisión, que forma parte del grupo de trabajo.
3. Información desde la Dirección de la creación del acto DEMNP para el registro en Agenda de dicha demanda.
4. Información al usuario desde el propio servicio de Admisión, así como desde las consultas de los profesionales.
5. Generación de matriz de agenda con espacios reservados para DEMNP
6. Recepción de datos de actividad, si bien la información se paralizó en el verano por problemas informáticos en SSCC.
7. En reunión de EAP se habla sistemáticamente de seguimiento de los proyectos del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados a fecha de octubre 2017:

%DEMNP medicina 8%
% DEMNP enfermería 0

Pendiente de recibir datos final de 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la zona rural a veces es difícil estructurar la demanda no presencial debido a la facilidad de acceso que hay al servicio médico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1694 ===== ***

Nº de registro: 1694

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
DUEÑAS AGULLO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1694

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL

MÉTODO

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

- 5 % de consultas no presenciales en medicina
- 10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0474

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE ADQUIRIR UNOS BUENOS HABITOS DURANTE LA INFANCIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE BELEN ABENGOCHEA COTAINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ MONTEAGUDO GEMA
SIERRA SANMARTIN PILAR
FRAC LOSANTOS LAURA
GONZALEZ SANZ ROSA
PUERTAS ERAUSO PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza un estudio multicéntrico en La Almunia de Doña Godina, Ricla y Calatorao pasando un cuestionario que aborda hábitos saludables y encuesta de alimentación en la infancia, agrupando los niños en tramos, de 4 a 6 años de 8 a 10 años y de 12 a 14 años .
En la encuesta se registra edad, nacionalidad, sexo, normas de higiene: lavado de manos, cepillado de dientes, si toman desayuno y almuerzo, si ven la televisión u el ordenador mientras comen, actividades deportivas que realizan, si son fumadores pasivos, si toman alcohol o drogas los adolescentes, grupo de alimentos que toman y frecuencia de los mismos semanalmente y si toman sal yodada .
Todo ello se realiza en las revisiones del niño sano, durante 6 meses, utilizamos tabla de pirámide de alimentos, encuestas de papel y reevaluamos en 3 meses y registramos en OMI AP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Estudio descriptivo de nuestra población
Intervalo de 4 a 6 años: Total de niños 8
Buena higiene dental :7/8. Deporte adecuado de 5 a 7 días : 6/8
Tabaco pasivo 1/8. Adecuado desayuno 8/8 y almuerzo 6/8
Ven televisor o movil comiendo, 6/8. Utilizan sal yodada 6/8
Aporte adecuado de hidratos : 8/8. de frutas, verduras. 4/8. de lacteos 4/8. de pescado 5/8, de huevos 6/8, de legumbre 7/8. Exceso de bollería 2/8, comida prefabricada 3/8, zumos batidos artificiales 0/8
Intervalo de 8 a 10 años: Total 31 niños
Buena higiene dental: 28/31, Deporte adecuado: 19/31. Tabaco pasivo 6/31. Adecuado desayuno 30/31 y almuerzo 30/31.
Ven televisor o movil comiendo 18/31. usan sal yodada 20/31. Aporte adecuado de hidratos 31/31, de fruta y verdura 18/31, de lacteos 16/31, de pescado 19/31, de huevos 22/31, de legumbre 18/31. Exceso de bollería 10/31, de batidos y zumos 5/31 y comida prefabricada 14/31
Intervalo de 12 a 14 años : 67 niños
Buena higiene dental 35/67, deporte adecuado 24/67, tabaco pasivo 16/67, ingesta de alcohol 8/67, adecuado desayuno 57/67 y almuerzo 61/67. Ven televisor o movil comiendo 67/67. uso de sal yodada 30/67. Aporte adecuado de hidratos 67/67, de fruta y verdura 25/67, de lacteos, de pescado 27/67, de huevos 29/67, legumbre 45/67. Exceso bollería 20/67, batidos o zumos 30/67, comida prefabricada 29/67

Indicadores en el total de niños al menos mejoraron un hábito : 15/ del total y al menos dos hábitos 12/ del total

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Resaltar la importancia de adquirir buenos hábitos en la infancia, recuperar los buenos hábitos de higiene, evitar el sedentarismo, fomentar el deporte, mejorar la ingesta de frutas, verduras, lacteos, y pescado y evitar bollería y comida prefabricada .
En el próximo estudio los controles se realizarán con cita previa .
Se constata que es más fácil mejorar un hábito ya instaurado .
El hábito que más mejora se obtuvo fue el aumento de actividad deportiva

7. OBSERVACIONES.
Se debería fomentar más el deporte en el colegio
Se debería educar mejor en hábitos alimenticios
Se debería intentar mejorar los anuncios televisivos que fomentan la bollería industrial o los zumos y batidos

*** ===== Resumen del proyecto 2016/474 ===== ***

Nº de registro: 0474

Título
LA IMPORTANCIA DE ADQUIRIR UNOS BUENOS HABITOS DURANTE LA INFANCIA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0474

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE ADQUIRIR UNOS BUENOS HABITOS DURANTE LA INFANCIA

ABENGOCHEA COTAINA BELEN, LOPEZ MONTEAGUDO GEMA, SIERRA SANMARTIN PILAR, ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, FRAC LOSANTOS LAURA, GONZALEZ SANZ ROSA, PUERTAS ERAUSO PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología: Exceso sedentarismo ,Caries ,
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde nuestra experiencia en la Consulta Programada observamos un gran número de niños con una dieta inadecuada y unos hábitos no saludables, que condiciona diversos problemas de salud : sobrepeso, alteración en el metabolismo de los lípidos, hipertensión arterial, niños con bajo peso, caries, niños con hábitos sedentarios .

Todos ellos mejorables desde la infancia

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer de primera mano hábitos alimentarios en nuestros escolares.
- Conocer hábitos saludables con respecto a su salud bucodental en nuestros niños .
- Conocer tendencia al sedentarismo en nuestros escolares
- Conocer si viven en ambientes libres de humo .
- Conocer si han tenido contacto los adolescentes con alcohol o tabaco .

MÉTODO

- Participaran los Pediatras, Enfermeras de pediatría de AP, MAC y Médicos de Familia.
- Actividades previstas :
 - 1- Paso de encuestas y Educación en Salud y Promoción de hábitos saludables, por intervalos de edad realizadas durante la Consulta Programada durante 6 meses de recogida de datos, en estudio multicéntrico : Ricla . Calatorao, Almonacid y La Almunia de Doña Godina .
 - a) Niños de 4 a 6 años . Encuesta sobre Pirámide de alimentos individual, cepillado de dientes, hábitos sedentarios .
 - b) Niños de 8 a 10 años Encuesta sobre Pirámide de alimentos, cepillado de dientes y hábitos sedentarios .
 - c) Niños de 12 a 14 años : Encuesta sobre Pirámide de alimentos, cepillado de dientes, hábitos sedentarios, consumo de tabaco y alcohol.-
 - 2- Calendario :
 - a) Conocer cualitativamente nuestra Pirámide de alimentación en los niños entrevistados durante 6 meses .
 - b) Revisión de la encuesta en aquellos niños que sea deficitaria a los 3 meses de seguimiento y valorar si ha sido efectivo.
 - c) Posteriormente análisis de datos y conclusiones sobre posibles oportunidades de mejora

INDICADORES

- Estudio descriptivo de la alimentación de nuestros niños y conocer en qué son principalmente deficitarios o en qué sufren exceso .
- Estudio descriptivo de hábitos saludables instaurados en nuestros escolares
- Porcentaje de niños que al menos en un hábito han mejorado por intervalos de edad
- Porcentaje de niños que al menos en dos hábitos han mejorado por intervalos de edad

DURACIÓN

- Reunión de todo el equipo para clarificar encuesta y recogida de datos -
- Recogida de datos por intervalos de edad donde constará nombre del niño, edad y fecha de realización de encuesta, durante un intervalo de 6 meses: De Noviembre del 2016 a Abril del 2017
- Reevaluar en 3 meses a aquellos niños que inicialmente hubiera que mejorar algún aspecto valorado previa cita. hasta Julio del 2017
- Posteriormente resumen de datos y conclusiones hasta Noviembre del 2017

OBSERVACIONES

- Excluir en los porcentajes a niños con alergia alimentaria .
Excluir en los porcentajes a niños con patología traumatológica puntual .

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0474

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE ADQUIRIR UNOS BUENOS HABITOS DURANTE LA INFANCIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0681

1. TÍTULO

ADECUACION DEL CONTENIDO DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA URGENTE DEL C. DE SALUD DE LA ALMUNIA Y DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DE LA ZONA DE SALUD. PLAN UNIFICADO DEREVISION Y MANTENIMIENTO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE SILVESTRE GARCIA LISON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRAC LOSANTOS LAURA
ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE
ESCRIBANO PARDO DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.-El grupo de mejora que participa en este proyecto revisó inicialmente los Documentos ya elaborados, en el ámbito de Servicio Aragonés de Salud, en relación con el contenido de los maletines de urgencia de atención domiciliaria. Varios Equipos de AP, y en especial el Sector de Calatayud, han trabajado desde hace años en esta línea de mejora. Se amplió la revisión con publicaciones de los últimos 5 años con objeto de adecuar el contenido de fármacos y material a los nuevos protocolos de atención a las patologías urgentes más prevalentes.
2.- Se ha elaborado un listado con el contenido de los maletines de urgencias de cada uno de los consultorios locales de la ZB de Salud de La Almunia.
3.- Se ha creado una plantilla de revisión del material de los maletines de urgencias que incluye: fecha de revisión, personal que la realiza, existencias, caducidades, reposición y funcionamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Revisión del contenido de los maletines de urgencias de los consultorios locales de la ZBS de La Almunia: REALIZADO
2.-Elaboración de un listado de fármacos y material: REALIZADO
3.-Plantilla de revisión del material que incluye fecha de revisión, personal que la realiza, existencias, caducidades, reposición y funcionamiento: REALIZADO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que este proyecto de mejora puede tener continuidad un año más, periodo que dedicaríamos a establecer el procedimiento de revisión y evaluación de los resultados.

En este segundo año del proyecto nos plantearíamos las siguientes actividades:

1.- El grupo de trabajo realizaría evaluaciones "externas", auditando el contenido y estado de los maletines de urgencias de cada uno de los consultorios de forma aleatoria, verificando su adecuación al contenido y revisiones acordadas.
2.- Crear hoja de registro de incidencias que periódicamente analizará el grupo de mejora y originará nuevas acciones correctoras.
3.- Presentar al EAP toda la información para analizar de forma conjunta los aspectos de mejora.
4.- Integrar dentro de las actividades diarias la revisión de los maletines de urgencias de los consultorios locales de nuestra zona de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/681 ===== ***

Nº de registro: 0681

Título
ADECUACION DEL CONTENIDO DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA URGENTE DEL C. DE SALUD DE LA ALMUNIA Y DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DE LA ZONA DE SALUD. PLAN UNIFICADO DE REVISION Y MANTENIMIENTO

Autores:
LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO, ABENGOCHEA COTAINA BELEN, GARCIA LISON SILVESTRE, FRAC LOSANTOS LAURA, ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, ESCRIBANO PARDO DANIEL, TIRADO AZNAR MARTA, LACAMBRA DEITO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0681

1. TÍTULO

ADECUACION DEL CONTENIDO DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA URGENTE DEL C. DE SALUD DE LA ALMUNIA Y DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DE LA ZONA DE SALUD. PLAN UNIFICADO DEREVISION Y MANTENIMIENTO

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología que requiere atención domiciliaria urgente
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención domiciliaria urgente en el domicilio del paciente o en la vía pública en un ámbito rural, como es el Centro de Salud de La Almunia, tiene unas especiales connotaciones si lo comparamos con el ámbito urbano en el que otros dispositivos asistenciales comparten la asistencia de estos pacientes en pocos minutos desde el momento de la demanda.

La calidad de la atención que el médico y la enfermera podrán ofrecer al paciente dependerá, sin duda, de sus habilidades clínicas, del tiempo de respuesta que sean capaces de dar desde que se presente la situación de urgencia y de que dispongan de un equipamiento clínico y terapéutico completo y manejable.

Un estudio reciente realizado en Baleares revisó los maletines de urgencias de los centros de salud y concluyó que ningún maletín llevaba todos los elementos recomendados por consenso y, de forma general, no existía un plan de revisión de mantenimiento que incluyera existencias y caducidades,

El EAP de La Almunia quiere en este proyecto revisar las recomendaciones más actuales de equipamiento clínico y terapéutico de los maletines de atención domiciliaria urgente y establecer un plan de mantenimiento y reposición tanto para La Almunia, como para los consultorios locales de la zona de salud (Almonacid, Alpartir, Ricla y Calatorao).

RESULTADOS ESPERADOS

En la actualidad, tanto en el área de urgencias del centro de salud, como en cada uno de los consultorios locales existe un maletín de atención domiciliaria urgente, de características físicas diferentes y con un equipamiento clínico y terapéutico variable decidido por el personal sanitario de cada consultorio. No existe un procedimiento común de revisión y mantenimiento de estos maletines, generalmente se sigue la práctica de reposición tras la utilización.

El objetivo general es intentar mejorar la calidad de la atención domiciliaria urgente fuera del centro de salud de La Almunia y en todas las localidades de la zona de salud.

El Objetivo específico:

- Consensuar y homogeneizar, siguiendo las últimas recomendaciones, el equipamiento clínico y terapéutico de los maletines de atención domiciliaria urgente de La Almunia y de cada uno de los consultorios locales.
- Establecer un modelo de revisión periódica de los maletines con una plantilla de revisión en la que conste fecha, acciones e identificación del sanitario que ha llevado a cabo la revisión.
- Presentación y difusión de este consenso a todos los profesionales del EAP, incluyendo a médicos y enfermeras que realizan habitualmente sustituciones en el EAP.

MÉTODO

1.- El grupo de mejora que participa en este proyecto junto con el resto de miembros del Equipo que quieran incorporarse revisará la bibliografía existente y las recomendaciones de las diferentes Sociedades Científicas y Grupos de trabajo

2.- Actualizar el listado de equipamiento clínico y terapéutico del maletín de atención urgente domiciliaria.

3.- Elaborar plantilla de revisión del material de los maletines de urgencias que incluya: fecha de revisión, personal que la realiza, existencias, caducidades, reposición y funcionamiento.

5.- Presentar al EAP toda la información y establecer los turnos y procedimientos de revisión

4.- Crear hoja de registro de incidencias que periódicamente analizará el grupo de mejora y originará nuevas acciones correctoras.

INDICADORES

- Existencia del documento de consenso elaborado por el grupo de trabajo que recoja el listado de equipamiento clínico y terapéutico del maletín de atención urgente domiciliaria antes del 31 de diciembre de 2016.

- Acta de la sesión en la que se presente el proyecto elaborado al EAP y el procedimiento de revisiones antes de esa misma fecha.

- Pilotaje del proyecto en desde el 1 de enero al 28 de febrero de 2017 para detectar posibles acciones correctoras a implementar antes de la aprobación definitiva.

- A partir de 1 de marzo de 2017 monitorización de los siguientes indicadores con una periodicidad semestral:

Nº de revisiones realizadas en la hoja de registro del maletín de urgencias x 100/ nº total de revisiones programadas, en el centro de salud de La Almunia y en cada uno de los consultorios de la zona básica de salud.

DURACIÓN

Ya reseñadas en el apartado de Evaluación y Seguimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0681

1. TÍTULO

ADECUACION DEL CONTENIDO DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA URGENTE DEL C. DE SALUD DE LA ALMUNIA Y DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DE LA ZONA DE SALUD. PLAN UNIFICADO DEREVISION Y MANTENIMIENTO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0757

1. TÍTULO

TABLON VIRTUAL EN UN CENTRO RURAL (SEGUNDA PARTE)

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ANGEL MELUS GUTIERREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAYONESTA BRUSELL MARIA JOSE
SIERRA SANMARTIN PILAR
BUENO VALERO ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se ha seguido impulsando la idea, en las reuniones de equipo del tablon virtual, para todos los tramites administrativos, dejando colgados : calendarios, turnos de guardias, de pooles, de extracciones...
Se han hecho sesiones sobre protocolos de urgencia en pediatria y se han colgado en el tablon (100%)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
mantenimiento de aparatos y manual de funcionamiento ...50%
tecnicas y procedimientos 50%
revisiones carro de paradas 35%
dietatario 0%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
no se han cumplido las expectativas y objetivos, porque tras el ciberataque en la red en junio/julio, se ha quedado sin acceso al tablon, por seguridad, todos los usuarios de los consultorios rurales, lo que ha impedido mantenimiento y continuar con el proyecto
Si se salvar este impedimento, es un programa ampliable, muy bien reconocido entre los profesionales

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/757 ===== ***

Nº de registro: 0757

Título
TABLON VIRTUAL EN UN CENTRO RURAL (SEGUNDA PARTE)

Autores:
LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, MELUS GUTIERREZ ANGEL, BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE, SIERRA SANMARTIN PILAR, BUENO VALERO ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: la poblacion diana , son los profesionales del centro de salud,
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Detectamos un problema de trasmision de la informacion en el centro de salud. (centro de salud y 4 consultorios)
La informacion llegaba a los profesionales por 3 vias : correo corporativo, correo interno y la que se colgaba en el tablon de anuncios.Se desarrollo un tablon virtual en 2015. En la actualidad, este instrumento sirve para informacion administrativa, guardias, vacaciones, protocolos..
Falta por desarrollar, urgencias y un dietario

RESULTADOS ESPERADOS
desarrollar en el tablon virtual el area de urgencias (protocolos, tecnicas en atencion urgente, mantenimiento y funcionamiento de aparatos, revisiones de carro de paradas y mantenimiento de maletines)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0757

1. TÍTULO

TABLON VIRTUAL EN UN CENTRO RURAL (SEGUNDA PARTE)

almacenados en formato electronico, facilmente accesible desde cualquier punto de la red local, e iniciacion al desarrollo y mantenimiento de un dietario
ambos objetivos suponen directamente una mejora en nuestra actividad asistencial e indirectamente un paso adelante en la organizacion y funcionamiento del centro

MÉTODO

se ha creado un gupo de urgencias, y se va a desarrollar un programa de calidad que nos informara: que es lo basico y como se hacen las revisiones y mantenimiento de maletines y carro de paradas
La pediatra se necargara de urgencias habituales en pediatria seleccionar protocolos o tecnicas que interesen al equipo para la atencion urgente en pediatria
se buscaran los manuales de los diferentes aparatos de urgencias y su mantenimiento
se contactara con el grupo de informatica para la creacion de un dietario dentro del tablon

INDICADORES

% de protocolos colgados en urgencias en diciembre y mayo
% de mantenimiento y funcionamiento de aparatos en diciembre y mayo
% de tecnicas en dicembre y mayo
% de revisiones de carro de paradas y maletines

DURACIÓN

octubre de 2016 a mayo de 2017
se iran colgando la informacion simultaneamente en cuanto la obtengamos y mantendremos al dia la informacion ya existente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1531

1. TÍTULO

ATENCION AL TEMPORERO EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DÑA GODINA EN COLABORACION CON LAS ENTIDADES SOCIALES DE LA COMARCA DE VALDEJALON. TRAMITACION Y GESTION DE TARJETA SANITARIA

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE MARTA TIRADO AZNAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE
BLESA RAMIREZ MARIA
LABORDA CEBRIAN CARMEN
SAN MIGUEL HERNANDEZ CONSUELO
AGANZO LOPEZ FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reuniones informativas en Consejos de Salud, con el fin de unificar criterios de información y valorar ámbitos de comunicación del proyecto para alcanzar al mayor número de población. Reuniones de Consejo de Salud: 1/12/2016, 1/3/2017, 23/2/2017, 1/3/2017 y 14/6/2017
-Reuniones informativas con empresarios de la Comarca y representantes de Centro de Salud con el fin de presentar la Hoja de Recogida de datos del Trabajador, 27/3/2017 a las 14 h y 29/6/17 a las 19h.
-Reuniones previas y de cierre de Campaña agrícola de Comarca de valdejalón del 2016 y 2017, donde están representadas entidades como sindicatos, trabajadores sociales, mediadores, alcaldes, Guardia Civil, Cruz Roja, Policía local, Sanitarios, etc
-Reunión con Pilar Garay de BDU con el fin de consensuar ficha de recogida de datos del Temporero y su familia. Recogida de cortes de TIS desde BDU.
-Registro de Altas dadas desde Admisión de CS de La Almunia
-Presentación al EAP en reunión de Equipo 11/5/2017 (Proyectos Comunitarios del CS La Almunia) y 30/11/2017 (Programa Comunitario de Atención al Temporero)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Comparativa de Resultados de Campaña 2016 con la del 2017, estando ya implantado el proyecto Comunitario. Comparativa de la muestra desde mayo a septiembre, se detecta un aumento de la gestión de TIS desde Admisión de 700 tarjetas más.
Los Resultados alcanzados se presentaron al EAP en sesión del 30/11/2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Equipo de La Almunia es consciente de la dificultad de implantación del Proyecto, ya que la llegada de los Temporeros y el alcance de la información es complicada y poco uniforme.
Nuestra información alcanzó un porcentaje importante de conocimiento por parte de Entidades Sociales, ya que su apoyo fue incondicional, contando con el Consejo de Salud como principal motor y apoyo. No obstante la difusión en los trabajadores es un punto que puede mejorar, este año hemos contado con el importante apoyo de Trabajadoras Sociales de La Comarca y de los Mediadores de la Campaña.
La estrategia a seguir es la de informar a través de Ayuntamientos y Gestoras de contratación, e invertir tiempo en reuniones con Empresarios de la Comarca, con el fin de insistir en los beneficios para todos, sanitarios, Trabajadores y Empresarios.
La labor informativa desde el Centro debe continuar y nos planteamos la posibilidad de reforzar con Cartelería en varios idiomas.

7. OBSERVACIONES.
Nos gustaría poder aportar documentos entregados aEmpresarios y ficha de recogida de datos del Trabajador, pero en este formato es imposible adjuntar.
Quedo a su disposición si la precisan.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1531 ===== ***

Nº de registro: 1531

Título
ATENCION AL TEMPORERO EN EL E.A.P. DE LA ALMUNIA EN COLABORACION CON ENTIDADES SOCIALES DE LA COMARCA DE VALDEJALON. TRAMITACION Y GESTION DE TARJETA SANITARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1531

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL TEMPORERO EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA EN COLABORACIÓN CON LAS ENTIDADES SOCIALES DE LA COMARCA DE VALDEJALÓN. TRAMITACIÓN Y GESTIÓN DE TARJETA SANITARIA

Autores:

TIRADO AZNAR MARTA, LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE, BUENO VALERO ALICIA, BLESÁ RAMÍREZ MARIA, LABORDA CEBRIÁN CARMEN, SAN MIGUEL HERNÁNDEZ CONSUELO, AGANZO LOPEZ FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención Social
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: continuidad asistencial, seguridad clínica, adaptación de recursos a las necesidades estacionales

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La ZBS de La Almunia es una de las zonas con mayor población inmigrante, 31.7% en La Almunia y 44.6 % en Ricla, con tarjeta sanitaria. Durante la temporada de recolección de frutas, de mayo a septiembre, acuden además unos 5000 temporeros estimados por la Comarca de Valdejalón. Las entidades sociales preparan la acogida desde hace años, pero hemos detectado que la presencia de los profesionales Sanitarios es escasa o nula en ese despliegue. Desde el Centro de Salud nos vemos obligados a atender a todos esos pacientes que acuden, preferentemente en horario de Atención Continuada, sin Tarjeta Sanitaria y sin estar dados de alta en nuestro sistema sanitario, todo ello entorpece la asistencia y genera un aumento importante de población que no tiene Historia ni registro.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es atender dignamente a esos pacientes, disponer de unas condiciones adecuadas también para los profesionales, tener un alta en nuestro Sistema Sanitario de Aragón y poder preparar de forma anticipada los recursos necesarios en la ZBS a su llegada. Siempre en colaboración con Ayuntamientos, Entidades sociales, Trabajadores Sociales de la Comarca, empresarios, etc
Estructurar y adecuar la Atención Sanitaria al horario laboral del Temporero, ya que su jornada y la ubicación de los campos de frutales, les obliga a acudir fuera del Horario de admisión y de la Consulta médica Ordinaria, es decir a partir de las 17h.

MÉTODO

Nuestro principal recurso es los Consejos de salud, que tienen una trayectoria importante en La Almunia. Desde allí se convocan reuniones informativas con Entidades Sociales y con La Mesa del Temporero, con el fin de difundir con la colaboración de todos ellos nuestro Proyecto.
Reuniones con ellos previa a la llegada de Temporeros y posterior para evaluar resultados.
Difusión de cartas a través de páginas web de Ayuntamientos, Periódicos locales, etc
Reunión informativa a Dirección de AP del Sector III
Reunión con responsable de Tarjeta Sanitaria con el fin de unificar criterios de recogida de datos para tramitar de forma sencilla tarjetas sanitarias de trabajadores con contrato laboral.
Reunión con Empresarios como aliados para dicha tramitación.

INDICADORES

Indicadores solicitados a BDU.
Número de TIS en enero - junio de años previos al Proyecto 2015 y 2016, y en 2017.
La idea es comparar meses de baja afluencia de temporeros con meses de alta afluencia.
Contabilizar Altas dadas en Admisión de CS La Almunia en meses de mayo a octubre, y comparar con las dadas en años previos.

DURACIÓN

-Información primera en Reunión Consejo de Salud 1 marzo 2017, responsables Dra. Marta Tirado y Coordinadora CS La Almunia M^a José Lapuente
-Reunión mediadores sociales 23 marzo 2017
-Reunión con Empresarios antes de la Campaña
-Reunión Mesa del Temporero
-Comienzo campaña de mayo a octubre
-Reevaluar en junio problemas y mejoras
-Reunión Consejo de Salud 14 junio 2017
-Reunión mesa del Temporero fin Campaña en octubre 2017
-Reunión con empresarios 29 junio 2017

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1531

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL TEMPORERO EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DÑA GODINA EN COLABORACION CON LAS ENTIDADES SOCIALES DE LA COMARCA DE VALDEJALON. TRAMITACION Y GESTION DE TARJETA SANITARIA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1540

1. TÍTULO

PASEOS PARA UN CORAZON SANO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE LAPUENTE ARRUEBO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TIRADO AZNAR MARTA
AGANZO LOPEZ FRANCISCO
RIVERO SANZ OLGA
PASCUAL RUBIO OLGA
SORIA ROSELL PIEDAD LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado: Reuniones de consejo sald: fechas 14 junio 2017, 22 sept 2017. Reuniones organizativas del equipo: fecha 2 febrero 2017. Se hacen cateles informativos que se reparten por el centro de salud, consultorios locales, y lugares publicos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador: Formacion de grupos y salida La Almunia (100%) Al partir (100%) Almonacid (100%) Calatorao (100%) Ricla (0%)
Indicador: Segundo dia si se forma el grupo: La Almunia (100%) Al partir (100%) Almonacid (100%) Calatorao (100%) Ricla (0%)
Indicador: hay alguien quien dirija?: La Almunia (0%) Al partir (100%) Almonacid (0%) Calatorao (100%) Ricla (0%)
Indicador: tercer mes si se forma el grupo: La Almunia (0%) Al partir (100%) Almonacid (0%) Calatorao (100%) Ricla (0%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
la evolucion, es que algunos grupos con personal sanitario lideradas por personas relacionadas con actividades deportivas se mantienen estables, otros grupos por la temperatura demasiado alta o baja, o por ir sin guia aparecen y desaparecen,
Un nuevo grupo que se ha formado en ricla, ya se forma de antemano con algun sanitario que les acompañe y mantienen la continuidad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1540 ===== ***

Nº de registro: 1540

Título
PASEOS PARA UN CORAZON SANO

Autores:
LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, TIRADO AZNAR MARTA, AGANZO LOPEZ FRANCISCO, RIVERO SANZ OLGA, PASCUAL RUBIO OLGA, ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, SORIA ROSEL PIEDAD LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1540

1. TÍTULO

PASEOS PARA UN CORAZON SANO

En el consejo de salud, se plantea la necesidad de formar un grupo, para realizar ejercicio básico cardiosaludable, dado que se objetiva un grupo de población que no realiza ningún tipo de ejercicio, y tiene factores de riesgo cardiovascular

RESULTADOS ESPERADOS

poblacion diana: pacientes con factores de riesgo cardiovascular, con vida sedentaria
objetivos: disminuir el riesgo cardiovascular, mediante modificación del estilo de vida, a través del ejercicio físico

MÉTODO

Se plantea desde el consejo de salud la necesidad de ejercicio cardiosaludable para un grupo de población Se acuerda, en reuniones de equipo, y en reunión en consejo de salud que cada medico, proponga 3 a 4 pacientes de su consulta y les ofrezca ese servicio, se registrarán en admisión.
Además se deja información en todos los consultorios y admisión del centro de salud, para que voluntariamente se puedan apuntar .Se abren listas especificas
Se publicita con carteles en los diferentes consultorios y en el centro de salud.
Se fija día inicial, punto de reunión, recorrido, material necesario y personal sanitario acompañante .
Se busca personas en las que delegar estos grupos para asegurar continuidad.
Se fijan días posteriores para asegurar la continuidad del proyecto.
Se valoraran los resultados en el consejo de salud

INDICADORES

día de salida,: si se forma el grupo, (seria un 100%)
si hay personal sanitario acompañante
si se realiza el recorrido,
segundo día: si se forma el grupo (numero de personas) (igual que el primer dia (100%))
Hay acompañante que dirija? (100%)
a los tres meses : si se forma el grupo (numero de personas) (igual que el primer dia (100%))
Hay acompañante que dirija? (100%)
a los 6 meses: si se forma el grupo (numero de personas) (igual que el primer dia (100%))
Hay acompañante que dirija? (100%)

al año: si se forma el grupo (numero de personas) (igual que el primer dia (100%))
Hay acompañante que dirija? (100%)

DURACIÓN

duración mas de un año
los paseos tendrán una perioricidad semanal (un dia por semana) y una hora de duración
reevaluar al segundo dia tres y seis meses, y al año en el consejo de salud.
Constara en acta y se publicara en la web del ayuntamiento, asi como las valoraciones, y si hay alguna modificación

inicio : 29 de marzo
duración: una hora
perioricidad: semanal
duración indefinida

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1651

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL EAP LA ALMUNIA

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA BLESIA RAMIREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERA SAEZ-BENITO MARIA CRISTINA
ABENGOCHEA COTAINA BELEN
ESCRIBANO PARDO DANIEL
LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se actualizaron los conocimientos relativos a la utilizacion de los farmacos seleccionados en el acuerdo de gestion, mediante una sesion sobre uso de estatinas,(D.Escribano) otra sesion sobre tratamientos en pediatria,(C Vera) y otra sesion sobre el uso de fentanilo y sus riesgos focalizando en el de accion rapida (ESAD)
A traves de los cuadros de farmacia y de la informacion remitida, se analizo la prescripcion en reunion de equipo (28 de julio)
Se realizo tambien una sesion por parte de servicio de farmacia de atencion primaria (3 de octubre)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Seleccion eficiente de estatinas: 19,05% (rango 19,6%-9,5%)
Antibioticos en faringoemagidalitis estreptococica: 84,43% (rango 83,8%-95,3%)
Antibioticos en otitis media aguda: 93,51% (rango 86,1% - 95,9%)
Fentanilo de accion rapida: Gasto en fentanilo total ha bajado de 133.464 euros en 2016 a 89.372 en 2017, a pesar de que el numero de pacientes tratados ha aumentado de 44 a 55 en 2016 y 2017 respectivamente, est se traduce en reduccion de numero de envases de 584 en 2016 a 397 en 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Seria conveniente que cuando se elijan los objetivo, esten recojidos en el cuadro de mandos de farmacia, ya que si no son muy dificiles de monitorizar los datos, como en el caso del fantanilo, ya que los datos que poseemos son fentanilo total, y los datos de los pacientes no sabemos si son oncologicos o no

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1651 ===== ***

Nº de registro: 1651

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP LA ALMUNIA

Autores:
LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, BLESIA RAMIREZ MARIA, VERA SAEZ-BENITO MARIA CRISTINA, ABENGOCHEA COTAINA BELEN, ESCRIBANO PARDO DANIEL, LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO, TIRADO AZNAR MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1651

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL EAP LA ALMUNIA

RESULTADOS ESPERADOS

Adecuación de prescripción de medicamentos: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:

- estatinas de menor eficiencia,
- opiáceos de liberación inmediata,
- utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
- no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,

MÉTODO

Nombrar responsable de cada actividad
Responsable centro URM: maria jose lapuente
Actividades formación: Maria Blesa
Actualización conocimientos:
estatinas : Daniel escribano
urgencias y maletín: Antonio Lafuente, Maria Jose Lapuente, Maria jose Enguita, Silvestre Garcia
opiáceos: Maria Blesa, marta tirado
Pediatría: Belen abengoechea, Cristina vera

Adecuación de la prescripción de medicamentos

Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Adecuación de la prescripción de medicamentos
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.

Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1684

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BAYONESTA BRUSELL
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO VALERO ALICIA
DEZA ANDREA CRISTINA
ALONSO TOMAS FELIX

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se presentaron el proyecto en reunion de equipo del 14 de septiembre, y las instrucciones para utilizarlas, se crearon agendas (3 para medicina y 5 para enfermeria, se creo el circuito de demanda no presencial

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
se han creado las agendas (100%)y se estan utilizando
No tenemos datos de utilizacion de este tipo de citas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
son citas que permiten un acceso directo con el profesional, bien via "que me llame" o "que me haga" Hará falta saber gestionar bien estas citas para que tampoco supongan una sobrecarga para el profesional

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1684 ===== ***

Nº de registro: 1684

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE, BUENO VALERO ALICIA, DEZA ANDREU CRISTINA, ALONSO TOMAS FELIX, LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1684

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1700

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO LAFUENTE LAFUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUARON CRESPO MARIA ANGELES
GARCIA LISON SILVESTRE
LACAMBRA DEITO PILAR
LOPEZ MONTEAGUDO GEMA
ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el desarrollo de este proyecto de mejora, el equipo de trabajo:

- Ha revisado y actualizado la relación de material sanitario y medicamentos necesarios en el área de urgencias, específicamente en el carro de paro.
- Ha diseñado una plantilla propia para el EAP de La Almunia (que no podemos adjuntar a la presente memoria al no poder incluir tablas ni gráficos), con el contenido de material y fármacos, plantilla que sirve para la revisión mensual de existencias y caducidades.
- En ausencia de un carro de paro para organizar todo el material y fármacos, se ha adecuó un carro con el material y se ha aislado con los recursos disponibles a modo de precinto para que sólo sea utilizado en situaciones indicadas, garantizando así la dotación completa en el momento de necesidad urgente.
- Se ha presentado al Equipo el contenido de carro y el procedimiento de revisión.
- Se solicitó a la Dirección de AP del Sector III que, en la medida de sus posibilidades, dotara al EAP de La Almunia de un carro de paro, adquisición que sí ha sido posible y agradecemos. Ha sido suministrada por el proveedor en enero/18 y permitirá una mejor disposición y acceso de todo el material preciso en la sala de urgencias vitales del Centro de Salud de La Almunia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.º Revisión y actualización del contenido del carro de sala urgencias: CUMPLIDO. El grupo de trabajo revisó la bibliografía publicada en los últimos 5 años en relación con el proyecto y adecuó las recomendaciones al medio del EAP La Almunia. Se solicitó el material no disponible o deteriorado y se deshecho aquel que por caducidad o inadecuación se decidió no debía estar incluido en el área de urgencias.
 - 2º- Se editó una plantilla propia del EAP La Almunia para revisión de existencias y caducidades: CUMPLIDO
 - 3º- Instalación del carro de parada con los medios disponibles en la sala de urgencias: CUMPLIDO. Actualizado en enero/18 con la llegada del nuevo carro de paro a urgencias del Centro de Salud.
 - 4º- Presentación al EAP del contenido del carro, ubicación y plan de revisión. Provisional MAYO/16 y definitivo SEPTIEMBRE 16. Desde esa fecha revisión mensual del carro.
 - 5º- Durante todo el 2017 auditoría de los registros de revisión mensual del carro de paro con un cumplimiento del 100% de las revisiones con registro de cada una de ellas.
- INDICADORES Y EVALUACION:
- Plantilla de revisión del carro de paradas con listado de fármacos y materiales, stock acordado, existencias y fecha de caducidad: SI
 - Difusión de la información al EAP: SI
 - Cumplimentación mensual de la plantilla de stock y caducidades durante el año 2017: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La atención a pacientes urgentes en un centro de salud requiere que todos los procesos y profesionales funcionen perfectamente coordinados.
La atención a un paciente que presenta una urgencia vital supone la mayor exigencia de orden y adecuación de recursos y materiales y coordinación profesional, de cuantas actividades se llevan a cabo en un centro de salud. Los errores o deficiencias en este proceso pueden tener consecuencias nefastas para el resultado de la atención. Dedicar tiempo a organizar las necesidades de material y fármacos del carro de paro, difundirlo entre los profesionales y establecer el modelo de revisión permanente ha supuesto una gran satisfacción para el grupo de trabajo y confianza para todos los profesionales que desempeñan su trabajo en urgencias del centro de salud, al tener la certeza de que en todo momento disponen del material necesario, ordenado y correctamente colocado para esta asistencia urgente.
Se considera finalizado el proyecto, una vez que ya se ha integrado en las actividades ordinarias del Centro de Salud. No obstante el Equipo directivo del Centro y responsable de este proyecto continuarán garantizando las revisiones mensuales del carro de paro y presentarán de forma anual en sesión al Equipo los resultados de estas revisiones para garantizar la revisión y mejora continua de este proceso.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1700

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1700 ===== ***

Nº de registro: 1700

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1700

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:

Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:

Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0105

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO VACUNAL DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA YOLANDA CARA GRANADOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MARIA DE HUERVA
· Localidad MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROSEL MOYANO VERONICA
HIGUERAS SANJUAN PAULA
MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER
SANCHEZ LOPEZ MODESTA
SANTAMARIA PEREZ DEL BURGO MARIA EUGENIA
VIDAL CIRAC ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Comunicación de los resultados obtenidos en junio de 2016 a todos los implicados en el proyecto.
- 2.- Sesión en Octubre de 2016 del proyecto con los cambios introducidos en el mismo respecto del año 2015, tanto el objetivo a alcanzar como los datos fallidos, así como la no implicación del servicio de admisión.
- 3.- Contacto con los miembros del equipo en Noviembre 2016, refuerzo de la actividad de enfermería. Con papel destacado y primordial en la captación de los datos no registrados. Implicación más activa de los pediatras.
- 4.- Enero de 2017. Comunicación del nuevo calendario vacunal a todos los implicados en le proyecto.
- 5.- Marzo 2017. Cambio de miembros del proyecto a causa de los nuevos traslados. Desaparecen del proyecto Paula Higuera Sanjuan y Eva M Jimenez Perez. Se incorporan Luis Carlos Elviro Mayoral y Mónica Marco Olloqui . Comunicación a los nuevos miembros del proyecto de los registros a considerar y evaluar .
- 6.- Análisis de los datos en Mayo 2017.
- 7.- Comunicación de resultados Junio 2017.
Junio 2017. Comunicación de resultados a los implicados en el proyecto y felicitacion a cada uno de los componentes .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos obtenidos por cupos, analizados en mayo de 2017. Son lo siguientes :

CIAS 1004200201F:

TIS a abril de 2017= 1476. Muestra analizada n=42.

De los cuales población de dos años o menos 17 pacientes con un registro correcto del 100% frente al 78,57% del año precedente . 0% de registros incorrectos.

En este cupo se observa una mejora de los registro gracias a un registro intensamente activo.

De los niños mayores de dos años con 25 niños, el registro del 88 % correcto frente al 50% del año pasado y el 12% mal registrado. Estos datos ponen de manifiesto el registro activo realizado desde hace tres años que se evidencia en la mejora de los datos en este grupo etario al cumplir años.

CIAS 1004200202P:

TIS a abril de 2017 = 1.267 Muestra analizada n=40.

De los cuales población de dos años o menos 20 pacientes con un registro correcto del 95% frente al 63,63 e incorrecto 5%. Los datos obtenidos son muy buenos respecto a los del año pasado con una mejoría espectacular.

En niños mayores con 20 pacientes registrados tenemos un registro correcto en el 85% frente a un 44,44% del año pasado y mal registrado este año un 15%. Mejoría espectacular a los datos del año pasado.

CIAS 1004200203D:

TIS a abril de 2017= 1037. Muestra analizada n= 42 pacientes . De los cuales población de dos años o menos 15 pacientes con un registro correcto del 93% frente al 53% del año precedente el 7% mal registrado frente el 47% del año anterior. La causa del mal registro es que el paciente mal registrado se habia cambiado de zona recientemente .

En cuanto a los mayores, la muestra que tenemos es del 27. De los cuales 74% bien vacunados frente al 28% que lo estaban el año pasado. Encontramos un 26% mal registrados.

CIAS 1004200204X

TIS a abril de 2017 = 1172

Muestra analizada n= 43 pacientes . De los cuales población de dos años o menos 22 pacientes con un registro correcto del 90,9% frente al 63,15% le falta el registro de la hepatitis neonatal .Mal registrados el 9.1% En cuanto a los mayores, la muestra que tenemos es de 21. De los cuales el 71% están correctamente registrados frente al 23,8% del año pasado. Mal registrados el 29%La mayoría de ellos sin clicado y sin registro de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0105

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO VACUNAL DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

Hepatitis neonatal.

Entre las causas de la mejoras extraordinarias en los registros. Hay que agradecer el extraordinario esfuerzo del registro por parte de enfermería. Con una captación activa importante. En los datos de este año también vemos la importante mejoría en el registro de los pacientes mayores de dos años, evidenciando el trabajo de dos años realizados en los pacientes pequeños y que han cambiado de grupo etario de los registros .

El estudio global de todos los cupos expresa los siguientes resultados.:

Muestra analizada en Mayo 2017.

Grupo menores de dos años. N= 74. Con un registro correcto en 70 pacientes, lo que supone un porcentaje de registro adecuado en el 94,5% de los pacientes. Mal registrados 4 pacientes lo que supone un 5,5%. Estos datos nos llevan a conseguir el objetivo propuesto en nuestro proyecto.

En cuanto a los mayores de dos años N= 93. En este grupo el registro correcto es de 74 pacientes, lo que supone un 79,5% de pacientes, los mal registrado son 19 pacientes lo que supone un 20,4%. las causas detectadas en este grupo mayoritariamente son, la falta de registro de la HB neonatal, algunos no tienen datos por no pasar las revisiones en nuestras consultas ni las vacunas y en los mas mayores, básicamente tiene los registros a partir de los 6 años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como objetivo del presente proyecto nos propusimos alcanzar un registro óptimo en vacunas.

Decidimos fusionar los dos indicadores en uno solo (Correcto registro+ clicado).

Y hemos propuesto objetivos mas accesibles

1.- Llegar a un 90% en pacientes menores de dos años .

2.- Objetivo 75% del registro adecuado en los mayores de dos años.

Los resultados globales nos indican que hemos alcanzado los objetivos propuestos en ambos indicadores.

En el grupo de menos de dos años hemos alcanzado el 94.5% de los registros correctos frente al objetivo del 90%.

Por otra parte, en el grupo de los niños mayores, hemos alcanzado el 79.5 %, superando también con creces el objetivo del 75%.

Con estos resultados damos por concluido el proyecto y nos damos por satisfechos dada la labor titánica realizada por nuestro personal de enfermería y también por haber creado el hábito en nuestro personal de la revisión fehaciente del calendario vacunal. Esto redundará en el beneficio personal del paciente y la satisfacción del personal sanitario que en todo momento cuenta con la historia vacunal del mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/105 ===== ***

Nº de registro: 0105

Título
MEJORA DEL REGISTRO VACUNAL DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

Autores:
CARA GRANADOS MARIA YOLANDA, HIGUERAS SANJUAN PAULA, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, ROSEL MOYANO VERONICA, SANTAMIRIA PEREZ DE BURGOS MARIA EUGENIA, MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER, VIDAL CIRAC ISABEL, SANCHEZ LOPEZ MODESTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ACTIVIDADES PREVENTIVAS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....: ACTIVIDADES PREVENTIVAS /VACUNAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0105

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO VACUNAL DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

PROBLEMA

El registro vacunal adecuado en OMI, debe ser considerado como un parámetro estándar en la calidad asistencial. Sin embargo hemos detectado un deficitario nivel de registro en nuestros pacientes. El problema surgió a raíz del análisis de los indicadores de calidad asignados en los distintos equipos de a A.P hace dos años. Este asunto creó malestar en todos los profesionales, implicados o no en la asistencia pediátrica, puesto que nuestros pacientes pasan irremediamente a las consultas de los médicos de familia. Tras un año activo de registros, ha mejorado en la franja de edad de más de dos años, pero no ha sido así en los menores de 2 años. En el análisis de datos de este año hemos encontrado los siguientes resultados globales. Muestra de nuestra ZBS, n= 156 pacientes
Tenemos 70 pacientes de dos años o menos, de los cuales están correctamente 64,28% frente a un 74% de niños pequeños registrados el año anterior. Estamos con un descenso de casi 10 puntos porcentuales. A achacable este descenso por un lado a la exigencia del indicador, ya que hemos englobado para considerar correcto el registro por un lado el adecuado paso de vacunas y por otro lado el correcto clicado. La convergencia de los dos datos hace más exigente al indicador. Además, el aumento del tamaño muestral 21% mas respecto al año pasado hace que los datos sean más fiables.
Por otra parte contamos con 86 pacientes mayores de 2 años. De los cuales tenemos correctamente registrados el 36,046%, frente a 23,91% correctamente registrados en 2015. Lo que supone una mejoría de casi 13 puntos porcentuales.
Las causas atribuidas al deficiente registro son varias:
1.-La "grandeza" de nuestros cupos, ha mejorado respecto del año 2015 con la creación de un nuevo cupo y la asignación de una enfermería de pediatría exclusiva para el cupo de María de Huerva
2.- Seguimos con un importante volumen de pacientes trasladados, esto nos genera fallos en los registros y nos supone una gran sobrecarga de trabajo .
3.- Muchos de nuestros pacientes reciben atención sanitaria por dos vías (la S.S y seguros privados). Estos últimos prefieren ser vacunados en el sistema sanitario privado, lo que hace que carezcamos de dichos registros.
4.- La informatización de las historias clínicas se implantó en nuestro Centro de Salud, con el uso del OMI, en el 2008, aunque existen algunos puntuales en 2007. Generalizándose en el año 2008. Los nacidos antes de esas fecha no presentan los registros vacunales previos, situación que se está corrigiendo . Pero que precisa de mucho tiempo para poder recuperarlos .
5.- El carácter no estable del personal que trabaja en pediatría, cambios frecuentes por bajas, contratos, etc
6.- El desconocimiento de cómo se deben de llevar a cabo los registros de forma adecuada. No basta con registrar las que se ponen en un momento determinado, sino que es preciso verificar la cartilla vacunal y registrar las vacunas que no consten para mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes y además clicar en la revisión completa de las vacunas, siendo éste acorde y veraz con el registro.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del presente proyecto es alcanzar un registro óptimo en vacunas.
Con objetivos más realistas, hemos fusionado los dos indicadores en uno solo considerando correctamente registrado al paciente que tiene las vacunas bien transcritas y que está clicado como revisado.(Correcto registro+ clicado). Hemos bajado las expectativas y propuesto objetivos mas accesibles
1.- Llegar a un 90% en pacientes menores de dos años .
2.- Objetivo 75% del registro adecuado en los mayores de dos años.

MÉTODO

Exposición en sesión clínica de los datos a vigilar en OMI en Octubre de 2016.
Motivación del personal y contactos periódicos con los miembros del proyecto, cada 3 meses, para seguir detectando en la historia de cada paciente los fallos, poner flashes, solicitud de cartillas a la familias para el paso manual de las vacunas, borrar erróneos y verificar los calendarios. Proceso llevado a cabo fundamentalmente por enfermería y por pediatría.

INDICADORES

Los indicadores utilizados son los porcentajes en los dos grupos etarios de población pediátrica:
1.- % de registro adecuado en menores de 2 años
2.- % de registro adecuado en mayores de 2 años .
La actividad se evaluará mediante muestreo aleatorio anual, en el mes de mayo del año 2017. El estudio descriptivo y el análisis se llevará a cabo tanto de forma diferencial en los cuatro cupos actuales como de forma global. Se comunicarán los resultados de la evaluación en junio de 2017 y se propondrán las mejoras que se estimen.

DURACIÓN

Muestreo y análisis de datos anual el mes de mayo de 2017.
Información puntual a los implicados en el proyecto por parte de la responsable en junio 2017.
Contacto cada tres meses con los miembros para reforzar los datos a vigilar y los errores detectados.
Exposición en sesión clínica de los datos a vigilar en OMI en Octubre de 2016.
La finalización la mantenemos a 1 de mayo de 2020. Si bien se verá acortada si se consiguen los objetivos antes .

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0105

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO VACUNAL DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0673

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA FUSTERO FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MARIA DE HUERVA
· Localidad MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FRANCO PORTERO MARINO
GARCIA MALLA FRANCISCA
MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER
AMAL AMANE ABDELOUAHED
FUNES SABIRON ANA PILAR
PASCUAL BRUMOS ISABEL
GORDO YAGÜE PIEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.-Solicitud de listados de pacientes en tratamiento con Antivitamina K y ACOD, al servicio de Farmacia de AP del Sector(Datos de Receta electrónica)
- 2.- Realización de Sesión Clínica exponiendo el proyecto a todo el equipo y entrega de listados de los pacientes a cada profesional 15-07-2017
- 3.-Valoración del control de la coagulación de cada paciente según los criterios del IPT por cada profesional de los asignados a su cupo desde mayo hasta diciembre
- Extracción de datos de OMI AP
- Modificaciones de tratamiento si se ha considerado oportuno
- 4.- Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACOD
- 5.- Evaluación de resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº de sesiones clínicas de Anticoagulantes orales realizadas en el Centro de salud	1
% de personas del EAP que han asistido a las sesiones	90%
% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango en febrero de 2016	36%
% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango en diciembre de 2017	31%
% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, mal controlados con situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ACOD	39%
%de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales en febrero de 2016	32%
%de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales en diciembre de 2017	46%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha mejorado el número de pacientes en tratamiento anticoagulante con Antivitamina K bien controlados en la zona de salud en un 5%.
En la actualidad hay un 14% más de pacientes anticoagulados con ACOD, que al inicio del proyecto.
Al menos ese 19 % de pacientes ha disminuido su riesgo de padecer eventos trombóticos o hemorrágicos.
Todavía persiste un grupo de pacientes, que pese a cumplir criterios de IPT para beneficiarse de un cambio de tratamiento, dicho cambio no se les ha realizado, aunque es ostensiblemente menor que al inicio del proyecto; cuando estos resultados sean presentados en sesión clínica al EAP, se decidirá de forma conjunta si seguiremos el próximo año con su seguimiento o se da por finalizado el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/673 ===== ***

Nº de registro: 0673

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN EL C.S. MARIA DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0673

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA

HUERVA 2016

Autores:

FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA, FRANCO PORTERO MARINO, GARCIA MALLA FRANCISCA, MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER, AMAL AMANE ABDELOUAHED, FUNES SABIRON ANA PILAR, PASCUAL BRUMOS ISABEL, GORDO YAGUE PIEDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: SEGURIDAD CLINICA

PROBLEMA

Durante los últimos años, se han incorporado al campo de los anticoagulantes orales nuevos fármacos con un valor añadido, en determinadas circunstancias, recogidas en un Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) del Ministerio de Sanidad UT/V4/23122013, que mejoran la seguridad, los circuitos asistenciales, la calidad de vida de los pacientes y en definitiva los resultados en salud. Este cambio de paradigma en la anticoagulación necesita un abordaje centrado en el paciente, que identifique a aquellos que podrían beneficiarse de los nuevos fármacos y asegure, que cuando se utilizan los ACOD (Anticoagulantes orales de acción directa), aunque no precisan monitorización, no se relaje su seguimiento, que debe seguir siendo estrecho y realizarse de forma coordinada con las Unidades de Coagulación y el personal de enfermería de los centros; Contando en todo momento con la participación activa del paciente y estrategias de optimización de la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la seguridad clínica y la Calidad de vida de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales en nuestro Centro de salud.

MÉTODO

1.-Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K, que cumplen criterios según el IPT para cambiar a ACOD.- Extracción de datos de OMI AP (Responsable: Grupo de mejora)- Modificaciones de tratamiento si se precisan (Responsable: el médico del paciente)2.-Identificación de pacientes en tratamiento en el momento de iniciar el proyecto con ACOD - Datos de receta electrónica proporcionados por el Servicio de Farmacia AP del Sector 3.- Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO-Responsable: El grupo de mejora 4.- Sesiones clínicas en el EAP de formación en el manejo de los anticoagulantes, seguimiento de los pacientes tratados con ACOD, actitud ante situaciones especiales etc. Presentación del protocolo de seguimiento a médicos y enfermeros. (Responsable: M^a Victoria Fustero)5.- Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores, integrado en las Actividades de la Comunidad. (Responsable: M^a Victoria Fustero)

INDICADORES

- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango
-% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K y situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ADOD
-%de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales
-Existencia de protocolo de seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD
- N° de sesiones clínicas de Anticiagulantes orales realizadas en el Centro de salud
- % de personas que han asistido a las sesiones-N° de pacientes/cuidadores que asisten a la reunión formativa.

DURACIÓN

1. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K. Nov. y Dic. 2016
2. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD Nov. y Dic. 2016
3. Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO. Enero y febre. 2017
4. Trabajo de campo con los pacientes. de febrero a junio 2017
5. Sesiones clínicas en el EAP. Febreo y abril de 2017.
6. Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores. Mayo 2017
6.-Evaluación de resultados. Sep. Octubre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0673

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1572

1. TÍTULO

ATENCION PLENA: MINDFULNESS Y RELAJACION EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES GONZALEZ SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MARIA DE HUERVA
· Localidad MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONFORTE CAMPILLO MARINA
SANCHEZ LOPEZ MODESTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El equipo se ha reunido en múltiples ocasiones para concretar el método de evaluación del proyecto, así como establecer las sesiones.
Las tres personas involucradas en este proyecto hemos participado en el curso "Herramientas Básicas para el manejo del malestar emocional en la consulta" donde hemos recibido información y habilidades para el manejo de estas técnicas de Atención Plena en la consulta, de manera individual y colectiva.
Se realizaron tres sesiones grupales, con personal del centro, donde se trabajó la Atención Plena y la relajación. Con buen resultado en cuanto a su acogida por parte de los participantes. Subjetivamente los participantes manifestaron bienestar, aunque no fue evaluado cuantitativamente. Se evaluó cualitativamente mediante entrevista verbal, donde se puso de manifiesto que el proyecto merecía continuar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El programa ha sido bien acogido y los participantes experimentaron cambios positivos respecto a la reducción del nivel de estrés y de pensamientos recurrentes. Subjetivamente nos relataron sensación de bienestar físico y psíquico, incluso días después de la práctica grupal.
Valoraron muy positivamente realizar la sesión a última hora de la jornada laboral, ya que eliminaron las tensiones derivadas del trabajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En un principio, el programa se pensó para realizar sesiones semanales pero no hemos encontrado con algunas dificultades.
La demanda asistencial, falta de espacio, cambios personales y reorganización del equipo, con incorporación de nuevos de nuevos miembros ha retrasado la puesta en marcha del programa en su totalidad.
Sin embargo, las experiencias previas de años anteriores con sesiones quincenales fueron muy positivas, aunque no se evaluaran como proyecto de calidad. Es por ello que se presentó este proyecto, aumenando las sesiones hasta hacerlas semanales a petición del personal del centro, dado el beneficio que se percibió con ellas.
En este mes se van a retomar las sesiones de manera quincenal, con nuevas ilusiones tras los conocimientos adquiridos este último año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1572 ===== ***

Nº de registro: 1572

Título
ATENCION PLENA: MILDFTNES, RELAJACION

Autores:
GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES, MONFORTE CAMPILLO MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1572

1. TÍTULO

ATENCION PLENA: MINDFULNESS Y RELAJACION EN ATENCION PRIMARIA

Promoción de la salud en ambiente laboral

El esfuerzo, la sobrecarga y la monotonía en trabajo, genera tensiones, e induce stress que condiciona y dificulta las relaciones entre los miembros del Equipo y repercute de forma negativa en la asistencia prestada .
El problema se detecta en conversaciones con los compañeros durante la jornada laboral y en las reuniones

RESULTADOS ESPERADOS

Va dirigido a personal sanitario y no sanitario del C.S. de Maria de Huerva

-Dotar de herramientas para aprender a relajarse, respirar bien y -Focalizar la atención al momento presente

-Disminuir ansiedades.

-Fomentar relaciones saludables y nutricias.

MÉTODO

Reunion informativa al Equipo

Sesión quincenal los martes de 14 a 15h

INDICADORES

Satisfacción de los participantes : Mediante encuesta

standar: 80%de satisfacción

Medir BCSQ-36 al inicio y finalización .

Medir Compasión al inicio y finalización mediante el FFMQ o similar

DURACIÓN

Informacion al Equipo : Mayo de 2017

Duraación del proyecto de junio a diciembre de 2017

Evaluación mediante encuestas estandarizadas en diciembre .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1671

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE GONZALO CASAÑAL QUINTANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MARIA DE HUERVA
· Localidad MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS
LAMPLE LACASA LUIS
TORCAL POTENTE ANA MARIA
MINGUEZA MOZAS ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las acciones realizadas han sido:

-Presentación del proyecto al EAP en una reunión donde se presentó el acuerdo de gestión para 2017
Monitorización a través del cuadro de mandos de los siguientes indicadores: estatinas de menor eficiencia,
-inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia, utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.

El listado de pacientes a revisar se obtiene del cuadro de mandos

Presentación de los resultados recibidos a fecha 1 de septiembre de 2016 a los miembros del EAP y los resultados del año 2017.

Para los indicadores no incluidos en el cuadro de mandos, como la no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría, se presentó la importancia del mismo en la reunión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha objetivado un 6,64% de mejora en el indicador de selección eficiente de estatinas

Se revisaron los pacientes en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia

Se observó una mejora en la utilización de los antibióticos de elección en faringoamigdalitis en Pediatría de un 5%, alcanzando un 91,06% de adecuación

Se revisaron los pacientes menores de 14 años para no utilizar antibióticos en gastroenteritis en pediatría

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos parecería mejorar la formación en el uso de antibióticos en Atención Primaria, incluyendo tanto a los médicos titulares como a los médicos de Atención Continuada, ahora que se ha constituido el grupo PROA de Atención Primaria

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1671 ===== ***

Nº de registro: 1671

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP MARIA DE HUERVA

Autores:
CASAÑAL QUINTANA GONZALO, MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS, LAMPLE LACASA LUIS, TORCAL POTENTE ANA MARIA, MINGUEZA MOZAS ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1671

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP MARIA DE HUERVA

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:

- estatinas de menor eficiencia,
- inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia
- utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
- no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,

MÉTODO

Adecuación de la prescripción de medicamentos

Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión

Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos

Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.

Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.

Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia y antibióticos en faringoamigdalitis en Pediatría.

Revisión de pacientes en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia (sí/no).

Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:

Presentación del acuerdo de gestión al EAP

Definición de responsables.

Junio-Octubre:

Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:

Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1336

1. TÍTULO

R.C.P. EN ESTUDIANTES DE PRIMERO DE BACHILLER EN LA ZBS MIRALBUENO - GARRAPINILLOS

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE SARAY FRANCO GARCIA
· Profesión MIR
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GIL RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se cumplimenta un test previo para valorar los conocimientos previos de los alumnos de 1º de bachiller. Breve introducción teórica, de 20 minutos sobre los signos de parada cardiorrespiratoria.

Priorizar las actividades urgentes a realizar.

Instrucciones de uso y manejo del desfibrilador semiautomático.

Desarrollo práctico de las mismas mediante uso de maniqués y desfibrilador semiautomático, formando grupos de 4 alumnos, que rotaban por los diferentes maniqués, con una duración de 1 hora

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se contacta con los colegios del barrio de Miralbueno.

De consigue que dos colegios aceptan participar en el proyecto con la autorización de la dirección del colegio y con el A.M.P.A.

Se comparó la diferencia en el resultado del test de conocimientos previo con el posterior. No se planteó ningún resultado a priori, ni del primer ni del segundo test, pero la mejoría entre el primer y el segundo test fue del 70%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La importancia de la implicación de los residentes de medicina familiar y comunitaria en participar en actividades comunitarias,

Favorecer la integración del centro de salud en la comunidad.

Potenciar la implicación de los residentes en actividades comunitarias dentro de su proyecto formativo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1336 ===== ***

Nº de registro: 1336

Título
RCP EN ESTUDIANTES DE 1º BACHILLER EN LA ZBS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Autores:
GRIMA MOLINER JOSE LUIS, FRANCO GARCIA SARAY, MARTINEZ GIL RAQUEL, GIL MOSTEO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

DESCONOCIMIENTO POR PARTE DE LA POBLACION ESCOLAR DE LAS MEDIDAS BASICAS A REALIZAR FRENTE A UNA SITUACION URGENTE COMO ES LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA BASICA Y USO DESFIBRILADOR AUTOMATICO

RESULTADOS ESPERADOS

AUMENTAR LAS HABILIDADES INDIVIDUALES Y LA COORDINACION ENTRE LAS PERSONAS QUE ATENDERIAN ESTA SITUACION ANTE DE LA LLEGADA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1336

1. TÍTULO

R.C.P. EN ESTUDIANTES DE PRIMERO DE BACHILLER EN LA ZBS MIRALBUENO - GARRAPINILLOS

MÉTODO

BREVE INTRODUCCION TEORICA INDICANDO LOS SIGNOS DE PARADA
PRIORIZAR LAS ACTIVIDADES URGENTES A REALIZAR
DESARROLLO PRACTICO DE LAS MISMAS MEDIANTE USO DE MANIQUIES Y DESFIBRILADOR AUTOMATICO

INDICADORES

SE LES SUMINISTRARA UN TEST PARA CONOCER SUS CONOCIMIENTOS PREVIOS A LA ACTIVIDAD Y OTRO POSTERIOR AL MISMO
EVALUANDO LA GANANCIA DE CONOCIMIENTOS

DURACIÓN

LA ACTIVIDAD TEORICA SE DIRIGIRA A TODO EL GRUPO CON UNA DURACION DE 20 MINUTOS
POSTERIORMENTE Y EN GRUPOS DE 4 PERSONAS ROTARAN POR LAS DIFERENTES ESTACIONES CON MANIQUIES Y DESFIBRILADOR CON
UNA DURACION DE 1 HORA
DURACION TOTAL:1H30MIN

OBSERVACIONES

LA ACTIVIDAD SE DESARROLLA CONTANDO CON LA APROBACION DE LA DIRECCION DEL COLEGIO Y DEL AMPA
EN LOS ESTUDIANTES DE 1º DE BACHILLER

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1672

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA,E.A.P. MIRALBUENO

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE CARLOS ISANTA POMAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FLODELIS MARCO FERNANDO
LOMBAR GIMENO MARIA JOSE
NAVARRO ZAPATA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Valoración de los indicadores de prescripción del E.A.P., en el cuadro de mandos de cartera de servicios. Abril 2017.

- Valoración de los indicadores individuales de prescripción, en el cuadro de mandos de cartera de servicios. Abril 2017.

- Se prioriza ante el buen resultado de los indicadores de pediatría, el uso de estatinas y la analgesia en paciente terminal. Abril 2017

- Se anima al equipo de pediatría en seguir trabajando en la misma línea y profundizar en la mejora de sus indicadores. Abril 2017.

- Plantear una sesión sobre condicionantes en la prescripción de estos fármacos y las posibilidades de actuación.Mayo

Se decide hacer 2 sesiones clínicas una dirigida al uso de estatinas y otra hacia la analgesia del paciente terminal, en mes de mayo y junio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sesión de condicionantes de prescripción de estatinas y mórficos. Mayo 2017

Sesión clínica sobre uso de indicadores en mayo 2017.

Sesión clínica sobre analgesia en paciente terminal en junio de 2017.

Se plantea como objetivo la mejora en un 10% de los indicadores de uso de estatinas y 30 % en mórficos de acción rápida, usando para ello los resultados de evaluación de cartera de servicios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La importancia del control de la prescripción realizada en atención especializada y en medicina privada de estatinas y de mórficos por unidades de soporte como en atención especializada

La importancia de perseverar en la educación para la salud en los pacientes frente a los mensajes recibidos en atención especializada y de medicina privada. Implicando para ello al personal de enfermería

La necesidad de continuar perseverando en la formación continuada en Atención primaria.

7. OBSERVACIONES.

Es importante contar con el apoyo del personal de enfermería en valorar los conocimientos sobre su enfermedad del paciente, así como el compromiso del personal médico de adecuar la prescripción priorizando las necesidades del paciente y los criterios de eficiencia en su tratamiento

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1672 ===== ***

Nº de registro: 1672

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP MIRALBUENO

Autores:
ISANTA POMAR CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1672

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA,E.A.P. MIRALBUENO

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:

- estatinas de menor eficiencia,
- opiáceos de liberación inmediata,
- utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
- no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,

MÉTODO

Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:

Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:

Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1695

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 08/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE LUIS GRIMA MOLINER
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON VAL MARIA ISABEL
GIL MOSTEO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1ª Reunión de E.A.P.
Presentación del proyecto al E.A.P.: José Luis Grima y Maribel Gascón Val
Se presenta al E.A.P. el proyecto de la demanda no presencial, en sesión de gestión. Se explica en primer lugar la reunión con los miembros de la dirección médica del sector III, junto con otro equipo del sector, en la dirección del sector.
Tras la presentación se plantea nueva reunión posterior

- 2ª Reunión E.A.P.: 10 días después se convoca nueva reunión de E.A.P., replanteando los conceptos y los objetivos del proyecto. Se plantean sus beneficios para el paciente y para los propios profesionales. Se considera oportuno, emplear esta derivación para diversos motivos de consulta como:
 - Renovación de prescripción de largo tratamiento, exclusivamente si sólo es renovación de lo ya prescrito
 - Valorar telefónica ya por enfermería o por medicina de la situación de pacientes inmovilizados.
 - Comunicar en ciertas ocasiones resultados de analíticas a los pacientes.

En último lugar se planteó la gestión de la agenda.

- Agenda por profesional, médico y enfermero/a
- Se dedican 5 minutos por cada consulta no presencial, dentro de nuestro horario de consulta
- número máximo de 4 diarios.
- Cada profesional elige el mejor momento para realizarlo, según su horario de consulta.
- Responsable de organizar las agendas: Maribel Gascón Val.

- Se decide iniciar la consulta la última semana de octubre.
- 3ª. Se comunica al consejo de salud la implementación de la nueva consulta, su motivación y que actividades va a desarrollar.
- Indicador: el 5% de las consultas del centro sean no presenciales, según los datos que nos remita la evaluación del sector. Según los resultados plantearemos el proyecto de calidad finalizado, o consideraremos necesario prolongarlo, planteando nuevas actividades.
- Tras la comunicación de los resultados de la evaluación por parte del sector III, coincidiendo con la evaluación de los pactos de gestión. Se convocará una reunión para valorar resultados y que mejoras se pueden plantear

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los primeros resultados de la implementación de la nueva consulta nos los indicó el sector III, con fecha de 13 de noviembre, con un resultado del 3%.

En reunión de E.A.P. consideramos que es un resultado poco convincente, dado el escaso tiempo de implementación de la consulta, y se decide esperar el resultado final de la evaluación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La pertinencia en seguir avanzando en la gestión de la consulta de Atención Primaria, ya que esto aumenta el valor del trabajo de los profesionales y la satisfacción de los usuarios del centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1695 ===== ***

Nº de registro: 1695

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1695

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
GRIMA MOLINER JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1701

1. TÍTULO

GESTION DE RISEGOS MATERIAL SANITARIO, SALA, Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE GIL MOSTEO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAQUERO CALLEJA NATALIA
BEAUMONT ROMEA NURIA
CAVERO PEREZ INMACULADA
ORIA FLORIA MARGARITA
GRIMA MOLINER JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se estableció un equipo de responsables para esta actividad

Se valoró la situación actual de la mediación y material del cuarto de urgencias y del maletín de urgencias.

Se desarrolló un protocolo dirigido a definir que material y fármacos consideramos pertinentes tener en nuestro cuarto de urgencias, conocimiento y aprobación del mismo por parte del E.A.P.
Definir materiales y fármacos que debe contener el maletín de urgencias, así como presentarlo al resto del E.A.P. para su conocimiento y aprobación.
Contenido del protocolo:

Definir en este protocolo, que material, que fármacos, como ordenarlo, necesidad de revisar y controlar las caducidades de los mismos, periodos de revisión y metodología de revisión de los fármacos.
Definir responsabilidades y persona responsable de su revisión.
Se estableció el registro para cumplimentar y firmar por parte del responsable así como la fecha de realización de la revisión

Establecer indicadores de idoneidad, considerando pertinente admitir como tal la evaluación externa del modelo ISO, que se debería realizar este año, en el centro de salud.
Definir en este protocolo el mecanismo para introducir o quitar material en el mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se nombró al equipo responsable formado por los responsables de este proyecto, en 2016
Se desarrolló el protocolo de urgencias y maletín de urgencias. Se aprovechó para incluir otras necesidades de protocolizar como la cirugía menor, se aprobó por parte del E.A.P. y se colgó en el directorio "U". En 2016 Se nombró a la persona responsable de la revisión y mantenimiento de urgencias.
Se pospuso para mas adelante, por diferencias de criterio que precisan mas consenso en el E.A.P. el "carro de paradas". Priorizarlo como próximo proyecto de calidad
El centro de salud pasó la evaluación de normas ISO, que se consideró como la evaluación del proyecto de calidad. La evaluación del cuarto de urgencias supuso una no conformidad, ya que en el momento de la evaluación se encontraron fármacos caducados en mal estado e incluso fármacos no incluidos en el listado de fármacos consensuados, así como que hacia varios meses que la persona responsable de la revisión de los fármacos y materiales no cumplimentaba las hojas de cumplimentación de actividad, ni las firmaba
El maletín de urgencias paso la evaluación, aunque se aconsejo valorar el contenido por haber una gran cantidad de material.
El carro de paradas, supuso una valoración negativa, pero no una no conformidad, pese a no estar valorado en este proyecto para este año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En primer lugar lo consideramos un proyecto inacabado por lo que el próximo año continuaremos insistiendo en los puntos negativos, así como en la finalización del proyecto.
Insistir en la formación y en la motivación de la persona responsable de la revisión y supervisión de urgencias o según decida el E.A.P. cambiar de persona responsable.
Establecer un programa de formación continuo e incluso de simulaciones del E.A.P. para valorar el cuarto de urgencias.

7. OBSERVACIONES.
Lo importante que resulta en estos proyectos en los que participa todo el E.A.P. la motivación, la formación del personal responsable y por supuesto la supervisión, aunque consideramos la supervisión en este caso un fallo en la cumplimentación de calidad

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1701 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1701

1. TÍTULO

GESTION DE RISEGOS MATERIAL SANITARIO, SALA, Y MALETIN DE URGENCIAS

Nº de registro: 1701

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
GIL MOSTEO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1701

1. TÍTULO

GESTION DE RISEGOS MATERIAL SANITARIO, SALA, Y MALETIN DE URGENCIAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1306

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE TERESA OLIVEROS BRIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAROL BENEDICO ETHEL
CEBOLLA GARCIA MARIA DOLORES
GASCON BRUMOS CARMEN
GUILLEN BALLARD TERESA
LOPEZ GRANADA MANUEL
MARTINEZ BURGOS BEATRIZ
MIRANDA ANAYA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones Consejo de salud realizada el 15 de junio y 13 de diciembre 2017 de 15,30-17,30h. en las que se abre a todos los agentes del barrio y se explica la estrategia atención comunitaria y la repercusión en el consejo de salud, se anima a hacer alegaciones ; el ir construyendo consejo entre todos; el estado del proyecto de promoción de la salud de adicciones; la inclusión del proyecto recursos para tu salud y la creación de la red de salud en el PIBO. no olvidar la necesidad de intersectorialidad y contar con el centro de salud y consejo de salud en la planificación . Recordar la necesidad de orientarlo según la estrategia de atención primaria que se está trabajando. Se ha realizado un mapeo de activos ayuntamiento y asociación de vecinos. Explicar las jornadas del parque en las que ha participado el proyecto del centro paseos y salud contando la experiencia de los paseantes y técnicos (atades, coordinadora del parque, proyecto de animación deportiva y centro de salud) que llevan esta actividad realizada en el parque; pares sueltos presenta su programa de danza inclusiva. También el ir construyendo y aprendiendo juntos el consejo de salud para que sea efectivo. Las jornadas de salud en el centro de mayores. La necesidad de crear un grupo activo promotor dentro del mismo consejo. El planificar reunirnos tres veces al año en 2018.

Se envía este año información a todos los miembros del consejo de la estrategia de atención comunitaria así como enlace para realizar alegaciones al mismo.

Se envía información diversa (reglamento de funcionamiento, ordenes y material de la caja de herramientas de salud informa) para leer e ir trabajando el consejo.

asistentes este año al consejo: asociación de vecinos Oliver, sindicato u.g.t., servicios sociales, colegio Fernando el Católico, colegio Ramiro Soláns, veterinario de salud pública y farmacéutica de zona, Zaragoza vivienda, centro de mayores, CMAPA- (centro municipal de atención y prevención de adicciones) asociación pares sueltos, cáritas, coordinadora del parque Oliver, fundación adunare, cooperativa "la bezindalla", técnico del plan integral del barrio Oliver, zaragoza vivienda, centro de salud.

Reuniones Mesa de agentes mensuales el 24 de enero, el 28 de febrero, 28 de marzo, 25 de abril, 30 de mayo, 12 de septiembre, 31 de octubre, 28 de noviembre de 10 a 14h. en las que se ha trabajado programa de promoción de la salud de adicciones los objetivos y hace poco a comenzar a diseñar actividades y en el que el centro de salud ha aportado ser un escaparate del barrio con frases e imágenes positivas en las paredes con diálogos abiertos para interaccionar con los usuarios del centro, invitación a seguir pautas de cuidado del cuerpo, la mente, lo social además de aprovechar el test de hábitos tóxicos de omi para hacer educación individual en consulta y detectar consumos de riesgo para derivarlos a recursos o acciones que se planteen en el proyecto. Fomento de alternativas al alcohol y tabaco como hacer ejercicio, recursos como paseos, el uso de la biblioteca

En estas reuniones se exponen lo que van trabajando los diferentes recursos con el plan integral del barrio Oliver de forma coordinada. hay una web en la que se puede colgar información, noticias, etc para todo el barrio, se plantea trabajar la convivencia en el barrio y como abordarla. se reúnen: asociación de vecinos, centro comunitario, zaragoza vivienda, cáritas, centro de mayores, colegio Ramiro solans, colegio Fernando el católico, servicios sociales ayuntamiento, mesa de infancia, asociación dDialoga, fundación Down, Centro de tiempo libre, centro de prevención de adicciones, cooperativa "La Bezindalla"

Taller de técnicas de relajación y autocontrol semanales de una hora de duración los martes a las 14h. en el primer semestre y en octubre, noviembre. A través del yoga con una profesional del centro de salud experta que trabaja toma de consciencia con el cuerpo, centrar la atención y favorecer relaciones en las sesiones de forma tranquila en grupo con una especializada en el tema. Han participado 18 personas en diferentes momentos y con un grupo estable de 10.

Grupos de educación para la salud

Taller de mindfulness a un grupo de mujeres que toman ansiolíticos. se hicieron 5 sesiones, una semanal de 9 a 10,30h. con participación activa e intercambio de experiencias en agosto-septiembre con una profesional del centro de salud experta en el tema y una observadora. se dieron carpetas con documentación (prácticas, autoregistros y teoría sobre mindfulness : beneficios y aplicación para la salud) participa residente de medicina de familia.

Taller de maternaje, preparación al parto y lactancia materna una profesional del centro de salud enseñando diferentes etapas, síntomas y recursos para llegar a un parto e inicio de lactancia materna eficaz. Comienza la semana 28 del embarazo y son 8 sesiones en total aunque suelen acudir hasta el parto.

Se realiza los jueves de 10 a 12h. todo el año salvo vacaciones.

Taller de eps "visita virtual al centro de salud y doctor guau "con un Mapeo de activos alumnos de 3º infantil y 1º primaria en el colegio Ramiro Solans y alumnos de 3º infantil en el colegio Fernando el Católico acompañados de los profesores el 3 de marzo y el 25 de mayo

se pasa un video presentando al personal del centro y las actividades que se hacen, hablando de hábitos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1306

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

positivos trabajando de forma interactiva para disminuir ansiedad y empoderar. nos apoyamos en el juego entre todos con material que llevamos (guantes, fonendoscopio, mascarillas, otoscopio, depresores) y otro video del doctor guau para formar en buena utilización de los recursos sanitarios y la importancia de cuidarse.

en el mapeo de recursos con la palabra salud en un mural (que se queda expuesto en el centro educativo). nos sentamos y con rotuladores y apoyo de imágenes que sugieren activos vamos animando, pintando y escribiendo con lluvia de ideas todo lo que se les ocurre. se ha hecho un video de la actividad y fotos. participan centro de salud, profesores y alumnas de enfermería

sesiones de equipo para presentación de la estrategia de atención comunitaria, agenda y proyecto de gestión de junio a las 14h., 2,3,4 de agosto a la totalidad del equipo.

El desarrollo del proyecto de mejora y del proyecto de la rapps recursos para tu salud el 7 de noviembre a las 14h. Sesión de introducción al mindfulness el 28 de noviembre a las 14h

comunicación con el equipo fluida a través del correo de omi y electrónico del salud para anunciar actividades, pedir colaboración u opinión, transmitir resultados. aconsejar recursos del barrio como herramienta de prescripción social.

sesiones a alumnos de 2º y 4º de enfermería de prácticas explicando el proyecto y conceptos de salutogénesis y activos.

Reuniones del grupo de salud comunitaria: 4 de abril, 19, 27 de abril, 18 de agosto, 23, 27 de octubre de 8 a 9h. para plantear dinámica, conceptos de salutogénesis y activos, trabajar proyecto-contrato de gestión y otras actividades o demandas que van surgiendo.

Formación: sesión formativa de referentes en c.s. seminario de la estrategia de atención comunitaria-4 de mayo.

Taller de formación ¿cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria el 12 de junio

Taller de metodología en educación para la salud y educación para la salud grupal 17 y 18 de octubre

Taller cómo evaluar actividades comunitarias 21 de noviembre

Participación en las Jornadas de la RAPPSS el 16 de noviembre presentando el proyecto en forma de poster

Jornadas de enfermería comunitaria en Teruel 21 y 22 de septiembre Reuniones intersectoriales: Pibo (plan integral del barrio Oliver)-red de salud y proyecto recursos para tu salud presentación 10 de mayo por la junta de distrito de 18h-20h

Reunión grupo de trabajo Pibo 5 de julio. trabajamos el 5 de julio de 18h-20h, en la junta de distrito. trabajamos en el grupo 1. derechos sociales-temas socioeducativos con el tema actuaciones de formación empleo inclusión en barrio Oliver y el 27 de septiembre de 16,20-18h. en la junta de distrito en el grupo 3 Administración y ciudadanía. Actuaciones de mejora de la intervención de las administraciones públicas y en la gestión conjunta de servicios a través de actuaciones compartidas.

donde se va a trabajar también creación de red de salud y proyecto recursos para tu salud, acuden diferentes colectivos y agentes que actúan en el barrio y ayuntamiento.

Otras actividades Se ha participado en actividades que han ido surgiendo como colaboración con la asociación amediar dentro del curso que han realizado de octubre a diciembre(con vecinos y vecinas de Oliver) de "formación en mediación y sensibilización comunitaria" dentro del plan integral de Oliver

actividad medioambiental sobre como tomar consciencia del ruido de manera lúdica con juegos a la puerta del centro de salud con la participación de todo el que entra o sale el 10 de noviembre acompañando y apoyando a los alumnos de mediación.

Y el 13 de diciembre también con Amediar se realizó una actividad en relación al objetivo de salud comunitaria para la intervención en el barrio.

de mapeo de activos individuales, familiares y comunitarios en el barrio para ayudarles a descubrir activos en salud y empoderarles dentro del curso de mediadores y posibilita aumentar sus conocimientos y la percepción de control sobre la realidad que los rodea y los factores que influyen en la calidad de vida a la vez que mejora la cohesión social de la comunidad.

Cuando sean mediadores podrán identificar con los vecinos estos u otros potenciales generadores de salud, cambiar a pensar en positivo y generar posibles cambios. a través de una cartulina con un mapa vacío con el perímetro del barrio, rotuladores, posits, pinturas y apoyándonos en dos preguntas ¿qué lugares en el barrio tienen un significado especial para ti? ¿qué cosas hay en el barrio que te ayudan a tener mejor salud? y a nivel individual ¿qué te gusta más de ti mismo?, ¿qué es lo que se te da bien?, ¿qué haces para estar mejor?

Actividad de lectura con la biblioteca del barrio Oliver. Con la biblioteca del barrio en la que se ha hecho una actividad de recomendación de libros por tu matrona y recomendación de libros por tu pediatra. Con la finalidad de visibilizar a la biblioteca del barrio y fomentar la lectura y el intercambio para mejorar activos hacia conductas saludables además de seguir la línea de crear red en "Oliver un barrio que lee". Han creado unos carteles las bibliotecarias con los títulos que se han aportado por el centro de salud y que tienen en la biblioteca, animando al uso de la biblioteca y al intercambio y recomendación de libros a otros vecinos. los carteles se han puesto en la biblioteca y el centro de salud. Se ha difundido entre los compañeros por correo electrónico y correo omi y animado a prescribirlos en la consulta. También hemos hecho sesión con la bibliotecaria para explicar lo que son activos en salud y pasado documentación.

Participación en el proyecto cuéntame Oliver a través de una encuesta para visibilizar los logros alcanzados en el barrio y foto de profesionales del centro como recurso del barrio con dos sesiones que impartieron al equipo-participación del 80% del equipo del centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos dado continuidad al proyecto de promoción de la salud, seguimos trabajando y surgiendo propuestas y actividades nuevas como la de amediar o la colaboración con la biblioteca o el proyecto "cuéntame oliver" hemos conseguido aumentar la participación comunitaria intersectorial mejorando la comunicación y el lenguaje común, además del reconocimiento del proyecto al incluirlo en el plan integral de Oliver por conversaciones y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1306

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

observación-también incluye el consejo de salud.
hemos consolidado la comisión de salud comunitaria con un grupo estable de trabajo aunque también se van varios componentes y otra vez habrá que reconstituir.
Hemos participado en la mesa de agentes con el proyecto de promoción de la salud y adicciones. Hemos acudido a las 8 reuniones convocadas .
convocado el consejo de salud e introducido iniciar la estrategia de atención comunitaria y trabajar con metodología el consejo de salud, creado buen ambiente en el consejo. Acudiendo 22 personas diferentes y 19 en cada convocatoria. herramientas utilizadas: observación y conversaciones. Se hace acta de cada reunión, comunicación por correo electrónico, se han cumplido objetivos realizando las dos reuniones previstas.
En el taller de mindfulness participaron 8 personas y se ha observado que han disminuido el consumo de ansiolíticos en tres y empoderamiento en el total del grupo de mindfulness .técnica empleada: observación(había una persona como observadora),entrevistas y revisión del consumo de medicación mirado en receta electrónica del paciente.
Taller de eps "visita virtual al centro de salud y doctor guau "con un Mapeo de activos han participado 30 niños entre los dos colegios, profesoras, una voluntaria de prácticas. Se ha observado que toman conciencia de cuáles son los hábitos saludables y algunos recursos que tienen en los coles a través de entrevistas y trabajo en el aula con los profesores a lo largo del curso.
grupo maternaje, preparación al parto y lactancia materna: el 90%de las mujeres que han sido madres expresan que les ha ayudado a cuidarse en el embarazo, afrontar más eficazmente el parto e inicio de lactancia de forma eficaz .técnica: a través de la entrevista con matrona en la primera visita postparto .
han acudido 200 personas.
grupo de relajación y control de estrés: l@s compañeros del centro que manifiestan que les ayuda y han fortalecido las relaciones entre ellos. técnica: entrevista y observación.
Han participado 18 personas en total y un grupo estable de 10 en cada sesión.
actividades con amediar :la actividad sobre el ruido a las puertas del centro de salud participaron 50 personas y la gente le sirvió para plantearse que el ruido puede ser un problema de salud y el tomar conciencia individual de necesidad de respeto y convivencia en el barrio.la técnica es por observación y entrevista.
el mapeo de activos individuales, familiares y comunitarios participaron las 8 personas en formación como mediadores y sirvió para tomar conciencia de que recursos tenemos cada persona para potenciar la salud, además de los de la familia y comunidad.técnica:1 persona observadora, y un mapa de activos que describe el proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que se han cumplido objetivos al haber realizado todas las actividades propuestas y más que han ido surgiendo. Es una continuidad del proyecto iniciado en el 2013. También hemos mejorado la intersectorialidad y unirlo a la estrategia de atención comunitaria. No sabemos trabajar con metodología correcta. Tenemos que mejorar el diseño de todo el proceso, objetivos, metodología, indicadores, evaluación, impacto, coordinación y metodología de trabajo en grupo dentro y fuera, etc. para eso estamos comenzando a formar en los cursos de la estrategia de atención comunitaria, RAPPS (red aragonesa de proyectos de promoción de la salud) - salud pública, que se necesitan más y no solo introductorios al tema para ir construyendo. No sabemos ser prudentes en las demandas de la población, de otros recursos y nos agotamos y a veces con sensación de frustración por no llegar a todas las demandas. La participación en las mesas de desarrollo del plan integral del barrio nos parece demasiado costoso aunque aprecian y nos animan a participar pero han sacado conclusiones y líneas de acción sin contar con nosotros que nos dá una sensación de no entender y no tener herramientas suficientes para valorar y saber dónde estamos y que tenemos que hacer. Hay conflicto de intereses y resulta frustrante. El grupo de salud comunitaria está en fase de recomposición por abandono de varios componentes por diferentes causas. En el proyecto señala que nos reuniremos dos veces en el 2017 con el consejo de salud y hemos oído que se piden cuatro como marca la instrucción aunque nadie nos lo ha comunicado. Teniendo en cuenta que también nos reunimos con la mesa de agentes mensualmente y hemos asistido a reuniones entorno al PIBO (plan integral del barrio Oliver)¿no es excesivo tanta reunión? No hemos podido crear agenda con espacio en omi para reuniones y actividades. Algunas se han hecho en horario laboral pero con mucho coste y la mayoría fuera sin compensación alguna. No se pueden contabilizar las horas dedicadas, esta evaluación ya está costando tiempo de realizarla. Echamos en falta recursos materiales como cartulinas, rotuladores, fotocopias a color, un panel con ruedas para anunciar e interactuar con la población a la entrada del centro y alguna otra cosa que podíamos negociar para que nos lo financiaran. Hasta la fecha lo hemos pagado nosotras. Poco apoyo por el resto del equipo y por la dirección. Suponemos que por desconocimiento y poca valoración de la salud comunitaria. No es suficiente hablar con el coordinador del centro, creemos que es más eficaz hablar y coordinarse con los responsables de los proyectos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1306 ===== ***

Nº de registro: 1306

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1306

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

Autores:
OLIVEROS BRIZ TERESA, LOPEZ GRANADA MANUEL, GASCON BRUMOS CARMEN, CAROD BENEDICO ETHEL, MARTINEZ BURGOS BEATRIZ, GUILLEN BALLARD TERESA, MIRANDA ANAYA ANA, CEBOLLADA GARCIA MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Surge de un proyecto existente desde 2013 de la rapps y partió de un análisis de la situación del barrio Oliver. Realización de un dco de barrio en 2010 en el que participaron muchos agentes y se materializó en un plan estratégico y formó una mesa de agentes para desarrollarlo que superaba los modelos de participación biomédicos. En todo este proceso participa el CS en el que se sumaba marginalidad y conflictividad en unos núcleos concretos del barrio, uso incorrecto de recursos sanitarios, que son limitados, excesiva medicalización de la vida cotidiana, dependencia de lo sanitario, poca valoración de los propios recursos personales, familiares y comunitarios así como de hábitos saludables. Inequidad. Con lo que se formó una comisión de salud comunitaria del CS para crear un proyecto de promoción de la salud para toda la población de Oliver, apostando por la reorientación comunitaria de nuestro sistema priorizando la correcta utilización de los servicios públicos de salud desde la corresponsabilidad y promoviendo un estilo de vida sano que prevenga enfermedades y aumente la calidad de vida de la población. Y seguir trabajando intersectorialmente con todos los agentes del barrio. Sabemos que la evidencia de los determinantes sociales que convierten la salud en un asunto colectivo. Los servicios médicos pueden mejorar la salud pero no es el único ni el más importante, sino del conjunto de los determinantes. Necesidad de cohesionar al EAP y sin dejar recaer en la voluntariedad de las acciones por parte de algunos profesionales. En resumen el trabajo interdisciplinar e intersectorial, la lucha contra la medicalización de la vida y el enfoque de la atención primaria debe fundamentarse en el modelo sicosocial y salutogénico, incorporando la orientación comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Dirigido a toda la población.
Dar continuidad a un proyecto de promoción de la salud.
Mejorar y mantener calidad de vida de la población.
Empoderar a la población sobre la toma de conciencia de sus capacidades para mejorar y mantener la salud.
Orientar nuestras actuaciones hacia la promoción de la salud.
Potenciar hábitos positivos. Consolidar comisión de salud comunitaria. Participar en mesa de agentes del barrio. Potenciar el consejo de salud. Continuar planificando el proyecto de adicciones en mesa de agentes y consejo de salud. Mejorar relaciones y abordaje de estrés y conflictividad para todo el EAP.

MÉTODO

Consejo de salud : órgano de participación cercano a la población en el que se tratan asuntos de salud individual y comunitaria.
Es una de las actividades de las que se pretende desarrollar el proyecto de salud comunitaria fomentando y favoreciendo la participación de la comunidad incluyendo y siendo un espacio abierto coordinado con la mesa de agentes y que se reúne en el centro de salud Oliver con una periodicidad mínima de 2 veces/año
Mesa de agentes : órgano de participación comunitaria en el que están representados todos los agentes del barrio y en el que se reúnen para trabajar el plan comunitario de desarrollo del barrio que se desarrolla en el centro comunitario con una periodicidad mensual. Proyecto de promoción de salud en adicciones a través de la mesa de agentes y consejo de salud. Seguir planificando acciones posibles a nivel comunitario a través de trabajo por sectores y coordinados en la mesa de agentes por cemapa. taller de técnicas de relajación y autocontrol: taller semanal de sesiones de yoga y relajación para todo el equipo, en el espacio de la biblioteca del centro de salud. comisión de salud comunitaria profesionales que actúan como motor y lideran el proyecto a través de 4 reuniones/año, una sesión clínica/año y según detectemos necesidades visita virtual al centro de salud y doctor. guau a los coles del barrio desarrollo proyecto de adicciones-mesa de agentes: grupo maternaje preparato

INDICADORES

1) consejo de salud -indicadores: número y fechas de reuniones y actas 2) mesa de agentes-indicador: número y fechas de reuniones y actas 3) ENCUESTAS/escalas A LA POBLACION Y PROFESIONALES ANTES Y DESPUES DEL PROYECTO= EADG. EVAs. Escala calidad de vida. Escala de burn out. En niños: cualitativa, escala adaptada con dibujos. 4) Entrevista a los asistentes. Metodología cualitativa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1306

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

DURACIÓN

ENERO-DIC 2017 excepto verano: - 1 reunion mensual mesa agentes, - 2 reuniones/año del consejo de salud - Reuniones Comisión de Salud Comunitaria (CSC): 1/trimestre.- 1 sesion semanal yoga y relajación para el equipo centro de salud.- Se realizan entrevistas previas al comienzo de las actividades en enero-feb 2017.

MARZO-ABRIL 2017: - Reunion CSC.

- Visita a los colegios de Ramiro Solans y Fernando el Catolico, 3º infantil. MAYO-2017: - Redaccion del proyecto de salud comunitaria en la plataforma de proyectos de acuerdo de gestion clinica y contratos programa en el servicio aragones de salud. - Visita colegio Ramiro Solans 1º de Primaria. JUNIO-OCT 2017: - Sesion clinica. NOV-DIC 2017:- Entrevistas y encuestas de control de actividades realizadas.- Recogida de datos y puesta en comun.- Elaboracion memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1320

1. TÍTULO

PASEOS Y SALUD EN OLIVER

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MANUEL LOPEZ GRANADA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARIÑO GADEA GLORIA
CAROD BENEDICO ETHEL
GASCON BRUMOS CARMEN
GUILLEN BALLARD TERESA
MARTINEZ BURGOS BEATRIZ
OLIVEROS BRIZ TERESA
TAPIA RUIZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividad de Pasear: Se realiza con vecin@s del barrio Oliver y con usuarios del centro ocupacional de Sto. Ángel de atades los martes de 15,30 a 16,30 desde el 10 de enero al 23 de mayo y del 19 de septiembre al 12 de diciembre de 2017.Y del 30 de mayo al 27 de junio de 9,30 a 10,30.en el parque Oliver. han asistido en total a lo largo del año 55personas distintas.aproximadamente de 15 a 20 paseantes semanalmente.

Hemos realizado ejercicios de movilización de articulaciones y estiramientos antes y después de pasear por el parque, por grupos según capacidad de resistencia acompañados del monitor del StoAngel, enfermería del centro de salud y monitor del proyecto de animación deportiva del barrio(ayuntamiento-pad) Tenemos un listado de asistentes para ayudar a evaluar y de contactos para poder comunicarnos como grupo.

Actividad utilización de podómetros. En marzo y septiembre se han dejado por parte del pad podómetros. Se ha explicado cómo utilizarlos y conocimientos sobre actividad física, gasto de energía,frecuencia cardiaca y pasos aconsejados

El 24 de octubre se visita el espacio de aparatos de gimnasia del parque y los monitores de Sto. Ángel y animación deportiva explican su uso correcto para evitar lesiones,se realizan ejercicios y se anima a emplearlos. por parte del centro de salud se habla de los beneficios para la salud

Participación en el festival de trayectos,dentro de danza comunitaria con el proyecto "No hay coreografía mas importante que la de un abrazo"

Haciendo una coreografía en el parque compartiendo abrazos entre todos. el 30 de mayo después de pasear a las 10,30 hicimos pequeño video y el festival elaboró otro video recogiendo todas las experiencias de Zaragoza y lo presentó en el teatro principal el 25de junio

<http://www.danzatrayectos.com/portfolio/no-hay-coreografia-mas-importante-que-la-de-un-abrazo-2/>

taller de expresión corporal baile en el centro de Sto. Ángel .Los compañeros de paseos de Sto. Ángel nos invitan un día a visitar el centro y a realizar una actividad de baile juntos dirigida por el monitor del centro, en el que estuvimos 15 personas el 18 de abril de 9,30 a 11horas

Café mensual los últimos martes del mes para hablar de lo que nos preocupa de la salud en su sentido más amplio,aclarar conceptos y compartir saberes en los que todos somos iguales. participan. 10 personas de 16,30-17,15

Participación en las 3º jornadas del parque Oliver con el tema de espacio de participación vecinal el16 de noviembre de 2017 de 16,30a 20,30

Exponiendo la experiencia de paseos a todo el barrio en el salón de actos del centro cívico de Oliver.

Actividades de difusión

Prescripción de la actividad a través de las consultas del centro y otros recursos que acuden a la mesa de agentes y consejo de salud. hay un tríptico elaborado de cómo ha surgido la actividad,quién participa, consejos para pasear y lugar y hora de la actividad con la que se trabaja en consulta. y se ofrece a los usuarios

Cartelería por todo el centro y establecimientos del barrio en la que participan paseantes.

La biblioteca vientos del pueblo dedicó un mes a exposición de libros y cartelera sobre actividad y ejercicio físico

Reuniones

Reunión con paseantes para fijar objetivos para el 2017 el 30de enero después del paseo, en el café de paseantes y en el que se planteó como animar a más gente del barrio a venir con nosotros. Valoran mucho la actividad y se ven promotores de la misma.

También planteamos objetivos de salud individuales de cada uno, los metimos en un frasco y quedamos que al final de año lo abriríamos y valoraríamos resultados alcanzados.

Comenzamos a recoger remedios caseros que tenemos constancia de ser útiles para empoderarnos y poner en valor la sabiduría alcanzada en cuidados a lo largo del tiempo .quedamos en ir pensando a lo largo del año y anotarlos en una libreta. Al final de año difundirlo al barrio.

Reuniones con técnicos- pad, coordinadora del parque, Sto. Ángel, centro de salud el126 de enero y 15de febrero de 14,30 a 17h para organizar tareas de 2017Quedamos en respetar el tiempo de la actividad de paseos para ello y si se quiere hacer alguna otra actividad que se haga a partir de 16,30 o en otro momento.

Tareas de contactar con parques con corazón, mapa de grupos de paseos en el centro, proyecto trayectos, uso de aparatos de gimnasia parque, café saludable,, y actividades en otro momento como iniciación a la marcha nórdica por el pad y, conocimiento del parque con visitas guiadas por la coordinadora del parque

El café saludable se realiza a partir de 16,30

Seguiremos acudiendo centro de salud,

Reunión de evaluación el 19 de diciembre con paseantes, técnicos y se invitaron a usuarios del centro del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1320

1. TÍTULO

PASEOS Y SALUD EN OLIVER

santo angel se hizo la reunión de evaluación en el salón de actos del centro del Sto. Angel.se invitó a todos los usuarios del centro.de 15,30 a 17h.acudieron 50 personas.
se proyectó el video de No hay coreografía mas importante que la de un abrazo del festival de trayectos, se habló de lo importante que es moverse y relacionarse.de nuestra experiencia en el parque y se animó a los asistentes a sumarse.
Se abrió el frasco de objetivos de salud que metimos en enero y valoramos objetivos conseguidos aprovechando al resto de los asistentes preguntamos cómo les había ido el año y con la intención de mejorar al siguiente.
Al finalizar nos despedimos hasta el año que viene con abrazos.
Reunión de evaluación de técnicos 19 de diciembre de 17h a 18h.también se hizo evaluación pad, Sto. Ángel y centro de salud .ha habido cambios de profesionales en los tres ámbitos. De momento se vuelve el 16 de enero a la misma hora pero habrá que volver a valorar en enero viabilidad.
En el consejo de salud de junio y diciembre se habló de la actividad y de la participación en las jornadas del parque
Formación
Taller de formación: ¿cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria el 12de junio
Taller de metodología en educación para la salud y educación para la salud grupal 17 y 18 de octubre
Taller: Como evaluar actividades comunitarias 21 de noviembre
Participación en las 16 jornada de la rapps 2017
el 16 de noviembre jornada de formación y de exposición de la evolución del proyecto .
Sesión en el centro de salud explicando el proyecto paseos y salud el 22de diciembre a las 14h.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha mantenido el grupo de paseos Han paseado en total 55 personas de las cuales hay un grupo estable de 44 que se reparten semanalmente en 22.
el indicador es a través del listado de asistentes que pasamos
19 de diciembre de 17h a 18h.también se hizo evaluación por parte de técnicos: pad, Sto. Ángel y centro de salud .entrevista, técnica de conversación y dafo.
Y se ha visto lo siguiente:
Han aumentado el grado de encontrarse mejor y aumentado el grado de ejercicio por todos los que acuden. Lo positivo y enriquecedor de establecer relaciones.
Venla necesidad de respetar y promover el cuidado del parque como la conciencia de tener un recurso valioso en el barrio y la necesidad de difundirlo para que otros lo disfruten.
Hemos valorado objetivos que metimos en un frasco de mejorar la salud y al abrirlos hemos comprobado que se han alcanzado en general.
El café mensual ha sido valorado muy positivo, han dicho que compartimos saberes entorno a temas de salud, convivencia y necesidades del barrio de forma colaborativa y no directiva.es un espacio que los vecinos se han sentido empoderados y les ha servido para ser agentes activos del grupo formando grupo promotor recibiendo a los paseantes nuevos, difundiendo la actividad, la necesidad de movilidad y saberes compartidos al resto del barrio.
Se ha cumplido el realizar las sesiones de organización y evaluación como estaban programadas. Dos con paseantes, en enero y diciembre y tres con técnicos enero-febrero y diciembre.
Se ha cumplido el objetivo de dar a conocer el proyecto al equipo del centro en la sesión realizada el 22 de diciembre y al consejo de salud el 15 de junio sobre el proyecto y el13 de diciembre contando además la participación en las jornadas de la coordinadora del parque.
Otros logros conseguidos:
Participar en el festival de trayectos dentro de danza comunitaria con el proyecto "No hay coreografía más importante que la de un abrazo"
Participar en otras actividades promovidas por el centro comunitario(espalda sana,gimnasia de mantenimiento u otras actividades), el proyecto de animación deportiva, la coordinadora del parque (participación en la fiesta de otoño) el centro ocupacional del sto ángel (taller de expresión corporal)
La población en general nos hace llegar por comentarios que están contentos de que haya una actividad así en el barrio y aunque no vayan de alguna manera se interioriza el valor que tiene el pasear,que sea en el barrio y utilizando el parque.
Es una forma también de visibilizar el parque como recurso positivo y salud del barrio.
Se ha logrado prescribirlo como recurso en las consultas y otros lugares del barrio como el centro comunitario, la asociación de vecinos, la biblioteca, etc..
Se obtienen los datos por conversaciones, observación en la calle, en consulta, en la mesa de agentes y consejo de salud y con el grupo de paseos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La experiencia de caminar juntos personas con discapacidad intelectual y vecinos del barrio ha servido para integrar, normalizar, enriquecer relaciones. Es decir, se ha conseguido establecer lazos de afecto, buenas relaciones y que surjan otras actividades como la de baile todos juntos en el centro del Sto. Ángel o en la coreografía de los abrazos del festival de trayectos.
La importancia de moverse, estar activos y la importancia de las relaciones se ha interiorizado y sirve de escaparate y ejemplo en el barrio. A veces la gente te comunica que tiene grupo o que camina solo y que conoce la actividad de paseos.
Desde que el barrio se ha extendido cerca del parque, existe el corredor verde y se observan que ha aumentado el número de vecinos que caminan por Oliver.
Se ha mantenido la actividad con mucho esfuerzo ya que ha habido cambios de profesionales en los tres ámbitos. De momento se vuelve el 16 de enero a la misma hora pero habrá que volver a valorar en enero viabilidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1320

1. TÍTULO

PASEOS Y SALUD EN OLIVER

Este año hay pocas personas que se suman y permanecen poco tiempo. Hay gente que camina sola o acompañada pero trayectos más largos. El que venga el grupo del Sto. Ángel sirve como experiencia de inclusión pero también hay otras personas que es un motivo para no venir y el que venga gente con edad avanzada o trayectos cortos o largos, etc. con lo que hay que repensar a quién va dirigido y como.

Queda pendiente la creación de un mapa del barrio en las puertas del centro y en el blog del pibo con grupos de personas que caminan por el parque, y que admitan incluir en su grupo a otros de tal manera que se reflejaría punto de encuentro, hora y persona o personas de referencia. Así a lo mejor hay más gente que se anima a participar.

Se elaboraron unos mapas de itinerarios por el parque participando profesionales y paseantes del barrio hace dos años con metros y grado de dificultad y queríamos que el ayuntamiento, el pibo o alguna entidad lo tuviera en cuenta dado al ser una actividad comunitaria con participación de la comunidad.

Tema pendiente coordinarnos con centro de mayores del ayuntamiento para difusión y actividades conjuntas.

También está pendiente reunión con proyecto parques con corazón y posible viabilidad en el barrio y así sumar una actividad más.

También está pendiente el curso de marcha nórdica.

No se terminó lo del proyecto de remedios caseros por cansancio.

Hay muchas ideas y proyectos que no tenemos tiempo ni recursos.

El 90-95% de las actividades se realizan fuera del horario laboral y la dirección no ha respondido a la necesidad de hablarlo con ellos.

Es difícil implicar a los compañeros y más en las condiciones precarias en las que trabajamos.

Se va una de las enfermeras participantes y habrá que recomponer equipo.

Llevamos 4 años de andadura y de esta forma no es viable a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1320 ===== ***

Nº de registro: 1320

Título
PASEOS Y SALUD EN OLIVER

Autores:
LOPEZ GRANADA MANUEL, OLIVEROS BRIZ TERESA, MARTINEZ BURGOS BEATRIZ, GASCON BRUMOS CARMEN, CAROD BENEDICO ETHEL, TAPIA RUIZ MARIA, GUILLEN BALLARD TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: promoción de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La estrategia 2011-2016 pasear de promoción de alimentación y actividad física saludable en Aragón se origina en el plan estratégico de salud pública de Aragón 2006. Uno de sus ámbitos de actuación es el comunitario y dentro de este uno de los objetivos es promover entornos físicos que faciliten a los ciudadanos la práctica cotidiana de actividad física. El parque Oliver es un espacio idóneo para facilitar la práctica de la actividad física. Varios de los objetivos del proyecto del centro de salud "Recursos para tu salud" son: Fomentar la salud física mental y social desde el punto de vista holístico. Abordar la salud medioambiental y la importancia que tienen los entornos saludables en nuestras vidas. En el mapeo de activos en salud de la fiesta de otoño de 2013, los vecinos del barrio Oliver señalaron en mayoría al parque del oeste de Oliver como recurso importante y saludable del barrio. La coordinadora del parque también promueve que el parque se utilice por los vecinos. Hay un recurso del barrio que es el proyecto de animación deportiva. Con lo que en marzo de 2014 comenzamos a utilizar el parque como recurso saludable del barrio para realizar el proyecto paseos y salud. Centro de salud, coordinadora del parque y proyecto de animación deportiva del barrio.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el nivel de salud y calidad de vida de la población de la zona de salud de Oliver a través del ejercicio físico. Aumentar el número de personas que caminan en la zona de salud de Oliver. Establecer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1320

1. TÍTULO

PASEOS Y SALUD EN OLIVER

relaciones con otros vecin@s del barrio.Promover caminar por el parque como un activo de salud del barrio, la limpieza y el respeto por el parquer, la igualdad de género señalando la importancia de que todas las personas necesitan realizar ejercicio y relacionarse.Empoderar a l@svecin@s en sus capacidades y su autocuidado

MÉTODO

Breve saludo y evaluación de cómo nos encontramos. Se comenta alguna novedad, noticia, actividad o algún concepto de salud.5-10'.movilización y estiramientos10'.caminar-50'.estiramientos-5-7'preparación para el ejercicio y recuperación a través de ejercicios de movilización y estiramientos.caminar por el parque por diferentes itinerarios según capacidad y condición física,aumentando intensidad y resistencia.se establece diálogo y relaciones durante todo el proceso con apoyo de los monitores y vecinos activos.Se aprovecha después de los estiramientos de hablar de hábitos saludables y compartiendo experiencias y conocimientos.De forma transversal en todas las actividades se dialoga en diferentes formas de organizarse para que todos los miembros de la familia o unidad de convivencia, puedan acudir a la actividad de paseos y salud y a cualquier otra actividad.Mapeo de grupos estables que caminan por el parque para ofertar en las consultas y en otros proyectos.Actividades de conocimiento de los diferentes rincones del parque, Utilización e historia del mismo.En algunas sesiones se utilizan podómetros para tomar conciencia de los pasos que se dan y lo que se recomienda.Se utilizan los aparatos de gimnasia del parque se han hecho sesiones de enseñar ejercicios de tonicidad y elasticidad.De la técnica correcta de caminar, respiración y relajación:la importancia de conectar con nuestro cuerpo, con la naturaleza y nuestro entorno en un momento de silencio, teniendo en cuenta todos los ruidos y prisas que nos acompañan diariamente.Diez minutos de hablar y comentar beneficios de la actividad física y situaciones de salud. Café- tertulia (30-45')hablando de diferentes situaciones de salud,se enseñara a tomar pulso radial, intercambiando consejos .A principios de año se ha metido en un bote de cristal un objetivo de salud a conseguir este año.Al finalizarlo en la evaluación abriremos el bote para recordar objetivos y evaluaremos conjuntamente en que medida se han alcanzado,porque y futuro.En una libreta vamos anotando remedios sencillos de salud que nos resultan útiles para difundirlo este año o el que viene entre los vecinos

INDICADORES

Encuesta de satisfacción,dafo,actividades realizadas,actas al finalizar el proyecto Metodologia accion-participacion.y cualitativa.Sesion clinica en junio al equipo y presentacion al consejo de salud en junio..Evaluación:numero,fechas de reuniones y actas.Memoria anual

DURACIÓN

DE ENERO A JUNIO Y DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2017 paseo y ejercicios: martes de 15,30 a 16, 30.café u otra actividad de16,30-17h.en junio martes 9,30-10,30 paseo y ejercicios. Café u otra actividad de10,30-11h.Reuniones de evaluacion con agentes dos veces /año-enero y junio o septiembre.Evaluacion con agentes y paseantes una vez año-diciembre-enero .Una sesión clinica al equipo en junio.Presentaciónen consejo de salud.Memoria en diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1320

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES EN EL PARQUE OLIVER

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE MANUEL LOPEZ GRANADA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASADO VELILLA MARIA ISABEL
GASCON BRUMOS CARMEN
GARCIA RUIZ PILAR
PAMPLONA CIVERA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1/ 7 de febrero: Reunión del grupo de trabajo para:
Realización de trípticos informativos.
Realización de carteles informativos para colocar en el centro de salud.

Realización de plantillas de seguimiento, para registrar número de participantes en cada sesión e incidencias. Se realizó en carpeta compartida en drive
Reparto de tareas

2/ 12 de febrero, 14:30 h. Reunión de colaboración para la actividad con:
- Coordinadora del parque Oliver
- Centro ocupacional y residencia Santo Ángel

Explicando el proyecto de continuidad de los Paseos saludables con la finalidad que tras el verano sean no sean tutorizados por los enfermeros del centro de salud; intentando que continúen autónomos los participantes. Aparte de conseguir continuar no tutorizados, evitaríamos la situación gravosa de los enfermeros acompañantes, ya que lo realizan fuera de su horario habitual y sin compensación alguna.

3/ 28 de febrero de 2019: Sesión informativa a miembros CS sobre la continuidad de la actividad y su pertinencia. Explicamos a los compañeros del centro los objetivos importantes del proyecto de mejora.

- Actividades a realizar en el proyecto.
- Población diana.
- Entrega de trípticos, que permanecerán en el mostrador de admisión del centro de Salud durante todo el año

4/ 21 de marzo. Reunión del grupo para realizar:

- Encuesta de hábitos higienice dietéticos para entregar al iniciar la actividad y finalizar la actividad
- Encuesta de satisfacción

5/ Febrero a diciembre de 2019: Captación de pacientes en las consultas.

6/ Febrero a Junio, y de septiembre a octubre; actividad Paseos:

Salida a caminar los martes de 15.30 a 16:30 h. (excepto mes de junio que se realizará en horario 10:00 a 11:00h) en el parque Oliver.

Cada día al inicio de la actividad, se realizará Educación Sanitaria sobre beneficios del deporte y alimentación saludable. Los participantes de la actividad irán acompañados de una enfermera del Centro de Salud hasta el mes de junio

7/ 9 de abril Tras paseo 17 h Café de los participantes con recogida de encuesta inicial.

8/ Septiembre 2019, Inclusión como "activo de salud" la actividad dentro de la estrategia Comunitaria, y comunicación al resto de Equipo del Centro de Salud

9/ Septiembre a diciembre, continuidad de la actividad sin el acompañamiento de enfermería, promoviendo la autonomía del grupo.

El grupo de Fundación Santo Ángel seguirá tutorizado por técnicos deportivos de la Fundación

10/ 22 de octubre, Exposición de la actividad en la Mesa de Agentes Oliver y promocionándolo, con el resultado de realizar Paseos intergeneracionales y de convivencia, proyecto a desarrollar en 2020

11/ 13 de diciembre de 2019 "I Paseo intergeneracional: paseando entre Villancicos" en el cual participa el grupo de "Paseos saludables", usuarios del centro Comunitario, Residencia Ozanam, La bezindalla y Instituto Educación secundaria María Moliner

12/ 17 de Diciembre 2019: Entrega y recogida de encuestas finales

13/ 9 de enero 2020: Se reunirá el grupo de trabajo para recompilaran todas las encuestas recogidas de la población que ha participado en la actividad, se valorara y evaluara la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1- Conseguir que sin tutorización continúe la actividad de paseos saludable

2- Actividad que ha aumentado el número de días/semana, de lunes a jueves en horario de mañana

3- Punto de partida para colaboración con otras entidades para realizar paseos intergeneracionales y de relación entre varias entidades

4-Tras realizar las encuestas, hemos obtenidos los datos siguientes:

1. Todos los participantes que finalicen la actividad, habrán mejorado sus conocimientos sobre los hábitos higiénico dietéticos.

2. El 66% de los participantes inscritos en la actividad, completaron el total de las sesiones. . En el grupo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1320

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES EN EL PARQUE OLIVER

de Santo Ángel el 90%

3. El 71% de los pacientes, mostrarán alta satisfacción con las relaciones personales alcanzadas gracias a esta actividad comunitaria.

4. El 71% de los pacientes se mostró satisfecho o muy satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

Hay que tener en cuenta datos pueden estar sesgados ya que la encuesta final ha sido respondida por menos participantes que la inicial y se le ha aplicado el denominador de paseantes iniciales. Sin embargo se ha conseguido superar los indicadores estándar del proyecto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración global es muy positiva, se consigue motivar a caminar y a realizarlo en grupo, con muy importante mejora de las relaciones interpersonales, contacto con la naturaleza e indirectamente mejorando el riesgo cardiovascular. Manteniendo el hábito sin el acompañamiento de los profesionales del centro.

Valoración del grupo, excelente, con voluntariedad, con gran capacidad de crear alianzas de relación,...

Proyecto sostenible en el tiempo, aunque sería conveniente evaluarlo 2/3 veces al año, para ver su evolución o dificultades que puedan surgir.

Proyecto replicable, desarrollándose en etapas progresivas; iniciando acompañamiento, valorando posteriormente las riquezas del grupo, características de cada paseante, su valor como líder, el entusiasmo,...

7. OBSERVACIONES.

Ha sido fundamental, no sólo el paseo, sino el café compartido tras el mismo. Las relaciones personales han sido más numerosas, más conocimiento de los demás, con ambiente óptimo para compartir.

Que el grupo autónomo pasee más días, está consiguiendo una actividad, no sólo física sino de relación personal y combatiendo la soledad (varias paseantes viven solas)

El grupo ha sido mayoritariamente femenino; se tendría que analizar las causas para intentar atraer a población masculina.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1320 ===== ***

Nº de registro: 1320

Título
PASEOS Y SALUD EN OLIVER

Autores:
LOPEZ GRANADA MANUEL, OLIVEROS BRIZ TERESA, MARTINEZ BURGOS BEATRIZ, GASCON BRUMOS CARMEN, CAROD BENEDICO ETHEL, TAPIA RUIZ MARIA, GUILLEN BALLARD TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La estrategia 2011-2016 pasear de promoción de alimentación y actividad física saludable en Aragón se origina en el plan estratégico de salud pública de Aragón 2006 .Uno de sus ámbitos de actuación es el comunitario y dentro de este unos de los objetivos es promover entornos físicos que faciliten a los ciudadanos la práctica cotidiana de actividad física.El parque Oliver es un espacio idóneo para facilitar la práctica de la actividad física. Varios de los objetivos del proyecto del centro de salud "Recursos para tu salud" son: Fomentar la salud física mental y social desde el punto de vista holístico. Abordar la salud medioambiental y la importancia que tienen los entornos saludables en nuestras vidas.En el mapeo de activos en salud de la fiesta de otoño de 2013, los vecinos del barrio Oliver señalaron en mayoría al parque del oeste de Oliver como recurso importante y saludable del barrio.La coordinadora del parque también promueve que el parque se utilice por los vecinos.Hay un recurso del barrio que es el proyecto de animación deportiva.Con lo que en marzo de 2014 comenzamos a utilizar el parque como recurso saludable del barrio para realizar el proyecto paseos y salud.Centro de salud, coordinadora del parque y proyecto de animación deportiva del barrio.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1320

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES EN EL PARQUE OLIVER

Aumentar el nivel de salud y calidad de vida de la población de la zona de salud de Oliver a través del ejercicio físico. Aumentar el número de personas que caminan en la zona de salud de Oliver. Establecer relaciones con otros vecin@s del barrio. Promover caminar por el parque como un activo de salud del barrio, la limpieza y el respeto por el parque, la igualdad de género señalando la importancia de que todas las personas necesitan realizar ejercicio y relacionarse. Empoderar a l@s vecin@s en sus capacidades y su autocuidado

MÉTODO

Breve saludo y evaluación de cómo nos encontramos. Se comenta alguna novedad, noticia, actividad o algún concepto de salud. 5-10'. movilización y estiramientos 10'. caminar-50'. estiramientos-5-7'. preparación para el ejercicio y recuperación a través de ejercicios de movilización y estiramientos. caminar por el parque por diferentes itinerarios según capacidad y condición física, aumentando intensidad y resistencia. se establece diálogo y relaciones durante todo el proceso con apoyo de los monitores y vecinos activos. Se aprovecha después de los estiramientos de hablar de hábitos saludables y compartiendo experiencias y conocimientos. De forma transversal en todas las actividades se dialoga en diferentes formas de organizarse para que todos los miembros de la familia o unidad de convivencia, puedan acudir a la actividad de paseos y salud y a cualquier otra actividad. Mapeo de grupos estables que caminan por el parque para ofertar en las consultas y en otros proyectos. Actividades de conocimiento de los diferentes rincones del parque, Utilización e historia del mismo. En algunas sesiones se utilizan podómetros para tomar conciencia de los pasos que se dan y lo que se recomienda. Se utilizan los aparatos de gimnasia del parque se han hecho sesiones de enseñar ejercicios de tonicidad y elasticidad. De la técnica correcta de caminar, respiración y relajación: la importancia de conectar con nuestro cuerpo, con la naturaleza y nuestro entorno en un momento de silencio, teniendo en cuenta todos los ruidos y prisas que nos acompañan diariamente. Diez minutos de hablar y comentar beneficios de la actividad física y situaciones de salud. Café- tertulia (30-45') hablando de diferentes situaciones de salud, se enseñara a tomar pulso radial, intercambiando consejos. A principios de año se ha metido en un bote de cristal un objetivo de salud a conseguir este año. Al finalizarlo en la evaluación abriremos el bote para recordar objetivos y evaluaremos conjuntamente en que medida se han alcanzado, porque y futuro. En una libreta vamos anotando remedios sencillos de salud que nos resultan útiles para difundirlo este año o el que viene entre los vecinos

INDICADORES

Encuesta de satisfacción, dafo, actividades realizadas, actas al finalizar el proyecto. Metodología accion-participacion y cualitativa. Sesión clínica en junio al equipo y presentación al consejo de salud en junio. Evaluación: número, fechas de reuniones y actas. Memoria anual

DURACIÓN

DE ENERO A JUNIO Y DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2017 paseo y ejercicios: martes de 15,30 a 16, 30. café u otra actividad de 16,30-17h. en junio martes 9,30-10,30 paseo y ejercicios. Café u otra actividad de 10,30-11h. Reuniones de evaluación con agentes dos veces /año-enero y junio o septiembre. Evaluación con agentes y paseantes una vez año-diciembre-enero. Una sesión clínica al equipo en junio. Presentación en consejo de salud. Memoria en diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1660

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE BELEN VALIENTE LLORENTE
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA RUIZ PILAR
HERREROS ARILLA OSCAR
HERRERO DUARTE AGUSTIN
ROMEO VALIENTE JOSE MIGUEL
HERRERO ALONSO SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el servicio de admisión, a todo aquel paciente que llama para requerir hablar con la consulta médica o de enfermería, se le registra con nombre y apellidos en el hueco de demanda no presencial y acto seguido se pasa la llamada a la consulta. Si en ese momento no se le puede atender, admisión toma nota del recado y número de teléfono. Cada médico y enfermera tiene dos huecos al día en la agenda reservados para la Demanda no presencial. Medicina General y Enfermería están conformes con el uso dado a los huecos de demanda no presencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como responsable del proyecto, hago un estudio de una semana normal de trabajo, para saber que porcentaje de ocupación ha tenido la demanda no presencial. Los resultados obtenidos son los siguientes:
Medicina General y Pediatría 39.16%
Enfermería 17.27%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Siendo aparentemente bajo el porcentaje de ocupación y dado el poco tiempo transcurrido, consideramos que la situación es relativamente aceptable.
Dentro de unos meses, volveremos a valorar la situación, momento que será más adecuado para adoptar las medidas que fueran necesarias para la mejora del servicio.
Planteamos nueva reunión de seguimiento para abril 2018.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1660 ===== ***

Nº de registro: 1660

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
VALIENTE LLORENTE BELEN, GARCIA RUIZ PILAR, HERREROS ARILLA OSCAR, HERRERO DUARTE AGUSTIN, MAGEN SERGIO, ROMEO VALIENTE JOSE MIGUEL, HERRERO ALONSO SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1660

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

- 5 % de consultas no presenciales en medicina
- 10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1673

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE JOSE RAFAEL RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROY PEREZ CARMEN
MINGOTE TIZNE TERESA
BELTRAN LACORT FEDERICO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNION DE NOMBRAMIENTO DEL EQUIPO
REPARTO DE DOCUMENTACION
REUNION EN JUNIO DE 2017: PREPARATORIA DE LA REUNION DE SECTOR III
REUNION DE EVALUACION DE LA MEMORIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1) QUE CADA MEDICO REEVALUE SUS PACIENTES CON RESPECTO A ESTOS FARMACOS Y MEJORE LAS PRESCRIPCIONES. CON LA CONSIGUIENTE MEJORA EN LOS INDICADORES REFERIDOS AL USO DE HIPOLIPEMIANTE, ANTIBIOTICOS Y PARCHES DE LIDOCAINA.
2) SENSIBILIZAR AL PROFESIONAL PRESCRIPTOR
3) REEVALUACION DE LAS PRESCRIPCIONES POR PARTE DE ATENCION ESPECIALIZADA, SEGUN FICHA TECNICA Y PATOLOGIAS.
4) CORRECCION DE TRATAMIENTOS ESTABLECIDOS FUERA DE LAS INDICACIONES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
MEJORANDO LA POLITICA DE USO RACIONAL DE LOS ANTIBIOTICOS, SE OBSERVA UNA MENOR INCIDENCIA DE RESISTENCIAS Y MENOR USO DE ANTIBIOTICOS DE 2ª LINEA.

SE HAN SUSPENDIDO UN NUMERO IMPORTANTE PRESCRIPCIONES DE PARCHES DE LIDOCAINA.

7. OBSERVACIONES.
ESTOS DATOS SON PRELIMINARES Y ES PRECISO MAS SEGUIMIENTO PARA CORROBORAR LA INCIDENCIA DEL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS.
COMO SUGERENCIA PROPONEMOS QUE EL GASTO FARMACEUTICO SE HAGA A CARGO DE CADA PRESCRIPTOR, PARA ASI RACIONALIZAR MEJOR EL USO DEL MEDICAMENTO.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1673 ===== ***

Nº de registro: 1673

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP OLIVER

Autores:
RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL, ROY PEREZ MARIA CARMEN, MINGOTE TIZNE MARIA TERESA, BELTRAN LACORT FEDERICO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1673

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:

- estatinas de menor eficiencia,
- parches de lidocaína,
- utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
- no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,

MÉTODO

Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas.

INDICADORES

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1372

1. TÍTULO

CREACION DE UN BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA [HTTPS://CONSEJOSALUDSADABA.WORDPRESS.COM](https://consejosaludsadaba.wordpress.com)

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN PEREZ-CABALLERO BONA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SADABA
· Localidad SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAITA EZQUERRA ROSARIO
PEREZ GUZMAN MARIA TERESA
ALCOLADO ARANDA ANA MARIA
LABORDA EZQUERRA ROSARIO
MARIN MURILLO MARIA PILAR
ROMEO LAMBAN MARIA MERCEDES
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ORGANIZACIÓN:

Sesión de constitución del grupo de trabajo
Reunión de EAP para distribución de tareas

COMUNICACIÓN:

Presentación del proyecto al Consejo de Salud, para su aprobación y posteriormente presentación de la página web (14 Junio 2017 y 22 Noviembre 2017)
Presentación del proyecto y página web al EAP

Elaboración de tríptico para difusión general de la página web entre los usuarios del Centro de Salud.

INTERVENCIÓN:

Diseño de la página web: Esta tarea no se pudo realizar según el cronograma establecido, ya que ningún ordenador de Centro de Salud tiene los programas necesarios para realizar una página web; por lo que a través del Consejo de Salud, se consiguió uno con el software necesario. La página web se abrió a la red el 23 de Noviembre.

Actualización de sus contenidos: Con una periodicidad mensual se quieren incluir artículos de divulgación, que promuevan estilos de vida saludable, consejos de autocuidado... Hasta la fecha se han incluido dos post
Se planteó también como medida de intervención la contestación a todas las sugerencias/quejas recibidas a través del correo electrónico habilitado. Hasta hoy no ha habido ningún correo, por lo que no se ha podido realizar esta actividad

Actividad pendiente de realizar: Diseño de una encuesta de satisfacción; con el blog y con sus contenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se plantearon como indicadores para la evaluación:

1. Número de entradas al blog:
2. Evaluación anual de satisfacción a través del consejo de salud:
3. Resultados de la encuesta
4. Numero de sugerencias recibidas

RESULTADOS ALCANZADOS

CONSECUION DE OBJETIVOS:

1. ENTRADAS AL BLOG: Noviembre: 162; Diciembre: 0; Enero 4

OBJETIVOS NO ALCANZADOS:

No se ha podido realizar la encuesta de satisfacción al Consejo de Salud, dado que la página web solo lleva abierta menos de dos meses, tiempo a nuestro parecer insuficiente para valorarla.

Tampoco se ha podido realizar un análisis de necesidades a través del buzón de sugerencias, dado que no se ha recibido ninguna.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha habido una escasa difusión de la existencia de esta página web, por lo que nos planteamos como actividad pendiente incluir su manejo en posibles cursos de informática que se pudieran dar desde los ayuntamientos. También plantear un contacto con las escuelas de la zona y hacer una charla a los niños de primaria sobre la existencia del consejo de salud, funciones... etc; y plantear un concurso de dibujos, en el que el ganador seria la portada de la página web

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1372 ===== ***

Nº de registro: 1372

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1372

1. TÍTULO

CREACION DE UN BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA [HTTPS://CONSEJOSALUDSADABA.WORDPRESS.COM](https://consejosaludsadaba.wordpress.com)

Título

CREACION DE UN BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA

Autores:

PEREZ-CABALLERO BONA MARIA CARMEN, LAITA EZQUERRA ROSARIO, PEREZ GUZMAN MARIA TERESA, ALCOLADO ARANDA ANA MARIA, LABORDA EZQUERRA ROSARIO, MARIN MURILLO MARIA PILAR, ROMEO LAMBAN MARIA MERCEDES, ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El C.S. tiene un consejo de salud constituido desde el año 1996 a lo largo de estos años, se han renovado los componentes que no así las asociaciones que lo integran, apareciendo asociaciones nuevas que no se han incorporado. En los últimos años se observa una inercia, con baja participación a pesar de tener una alta motivación.

Este proyecto se adscribe en los objetivos del acuerdo de gestión del centro de salud de Sadaba, dentro de las estrategias del Salud en promoción comunitaria de salud

Con este proyecto se pretende dinamizar el consejo de salud

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana será toda la población adscrita a la ZBS (con la limitación de aquellas personas que no tengan acceso informático, bien por carecer de ordenador, o no tener conocimientos de usuario)

Como objetivos se plantean:

1. Dar visibilidad al consejo de salud y dar a conocer sus funciones y contenidos
2. Utilizar el blog como buzón de sugerencias. Conocer las necesidades sentidas por la población tanto en salud, como formativas
3. Facilitar la comunicación con la comunidad
4. Servir de plataforma para impulsar nuevos proyectos comunitarios

MÉTODO

Acciones previstas:

1. Informar al consejo de salud del proyecto y de sus progresos en todas las reuniones
2. Diseño de la página web; para ello se solicitara el apoyo técnico a los Ayuntamientos o bien a usuarios del C.S.
3. Difusión de su existencia: diseñar unas hojas informativas que se dejaran en admisión
Incluir su manejo en los cursos de informática que se ofrece a la población a través de los ayuntamientos
4. Incluir artículos de divulgación, que promuevan estilos de vida saludable
5. Diseño de una encuesta de satisfacción; con el blog y con sus contenidos
6. Incluir un buzón de sugerencias relativas a la salud y servicios sanitarios. Todas ellas se analizaran en el consejo de Salud, y por los componentes del proyecto

INDICADORES

1. Número de entradas al blog
2. Evaluación anual de satisfacción a través del consejo de salud
3. Resultados de la encuesta
4. Numero de sugerencias recibidas

DURACIÓN

Mayo-Junio: Dar a conocer el proyecto en el consejo de Salud por parte del responsable.
Sesión en EAP de presentación del proyecto

Reparto de tareas entre los componentes del proyecto

Mayo- Julio: creación de la página web

Diseño de la encuesta de satisfacción del blog y del consejo de salud

Diseño de las hojas informativas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1372

1. TÍTULO

CREACION DE UN BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA [HTTPS://CONSEJOSALUDSADABA.WORDPRESS.COM](https://consejosaludsadaba.wordpress.com)

Julio: Apertura de la página web y difusión

Julio- Noviembre: Incluir de forma mensual un artículo divulgativo

Noviembre-Diciembre: Realizar la evaluación de los indicadores propuestos
Presentar los resultados en EAP y Consejo de Salud

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1659

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MARIN MURILLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SADABA
· Localidad SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMEO LAMBAN MARIA MERCEDES
PEREZ GUZMAN MARIA TERESA
LABORDA EZQUERRA ROSARIO
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA
LAITA EZQUERRA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se presentó el proyecto al EAP durante una reunión de equipo
2. Se decidió el desarrollo de circuito de consulta no presencial con todo el equipo durante dicha reunión.
3. Se modificaron las agendas agenda:para incluir citas no presenciales a todos los profesionales del equipo
4. Se acordó el tipo de viistas no presenciales que realizaríamos: renovar tratamiento crónico en receta electronica, informar de resultados de analíticas u otras pruebas complementarias, demanda telefonica de los usuarios que anteriormente no registramos, seguimiento de pacientes crónicos, revisar resultado de interconsultas virtuales, revisar entrega de tiras glicemia.
5. El Servicio de Admisión informó a los usuarios de la existencia de esta nueva modalidad de visita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desconocemos si hemos alcanzado el 5 % de consultas no presenciales en médicos y el 10% en enfermería dado que no disponemos de los resultados finales alcanzados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que debemos aumentar el registro de todas las actividades que realizamos sin los pacientes ya que en algunas ocasiones no lo registramos como tal.
Debemos aumentar la revisión de la prescripción de tiras de glicemia y creemos que las visitas no presenciales son una ayuda para poder programar recogida de tiras en servicio de admisión y registrar posteriormente en OMI el material entregado al paciente diabetico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1659 ===== ***

Nº de registro: 1659

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
ALCOLADO ARANDA ANA MARIA, MARIN MURILLO MARIA PILAR, ROMEO LAMBAN MARIA MERCEDES, PEREZ GUZMAN MARIA TERESA, LABORDA EZQUERRA ROSARIO, PEREZ-CABALLERO BONA MARIA CARMEN, ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA, LAITA EZQUERRA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1659

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

- 5 % de consultas no presenciales en medicina
- 10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1674

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA EAP SADABA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA ALCOLADO ARANDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SADABA
· Localidad SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ-CABALLERO BONA MARIA CARMEN
LAZARO AYETE MARIA TERESA
SANCHEZ PEREZ JOSE MIGUEL
GALAN ALAYETO BERTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se presentó al equipo el proyecto de mejora de la prescripción de hipolipemiantes tras la firma del acuerdo de gestión.

Realizamos una sesión clínica para actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los hipolipemiantes tanto en prevención primaria como secundaria y formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.

Se ha recordado a los médicos a lo largo del año, la necesidad de revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos y la posibilidad de monitorizar nuestra prescripción a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.

Se realizo acta de la sesión clínica realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Pacientes en prevención secundaria con tratamiento hipolipemiante: 71, 82% (un 1,29 % más que año anterior)
2. Selección eficiente de estatinas: 85,35% (un 3,47 % más que año anterior)
3. Hipolipemiantes combinados en prevención primaria: 5,20 % (un 0,34 menos que año anterior)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos conseguido, tras el proyecto de calidad llevado a cabo por nuestro equipo en el año 2016 que nos permitió revisar y mejorar la prescripción de hipolipemiantes, volver a mejorar nuestra prescripción a pesar de los cambios de profesionales dentro del equipo.

Creemos que con la estabilización de los componentes del equipo esta mejora se mantendrá en el tiempo. Seguimos teniendo dificultades para modificar la prescripción de hipolipemiantes inducida desde Atención Especializada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1674 ===== ***

Nº de registro: 1674

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP SADABA

Autores:
ALCOLADO ARANDA ANA MARIA, PEREZ-CABALLERO BONA MARIA CARMEN, LAZARO AYETE MARIA TERESA, SANCHEZ PEREZ JOSE MIGUEL, GALAN ALAYETO BERTA, ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1674

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA EAP SADABA

prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:

- estatinas de menor eficiencia,

MÉTODO

Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6
Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1658

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE LUCIA HERNANDEZ ABADIAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ PORTAL VIRGINIA
BUIL COMPANY ESTHER
VIELBA DUEÑAS BEATRIZ
GARCIA LAFUENTE NATALIA
AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

Actividades y oferta de servicios

1- Presentación del proyecto al EAP: HERNANDEZ ABADIAS LUCIA

2- Desarrollo del circuito de consulta no presencial: PEREZ PORTAL VIRGINIA, AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL, BUIL COMPANY ESTHER, VIELBA DUEÑAS BEATRIZ, GARCIA LAFUENTE NATALIA, HERNANDEZ ABADIA LUCIA.

3- Creación de agenda para cada profesional : PEREZ PORTAL VIRGINIA, BUIL COMPANY ESTHER, AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL.

4- Información al usuario: PEREZ PORTAL VIRGINIA, BUIL COMPANY ESTHER.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores y evaluación:

a) 10%de consultas no presenciales en medicina : CONSEGUIDO 10%

b) 5% de consultas no presenciales en enfermería: CONSEGUIDO 5,5%

Hemos adecuado los indicadores al revés de medicina y enfermería porque al no tener una presión asistencial alta, se pasa directamente al médico la consulta no presencial la mayoría de las ocasiones .No obstante hemos detectado originalmente una menor demanda no presencial en enfermería lo que nos lleva a adecuar el indicador al 5% .

Duración y calendarios previstos

a) Difusión e información del proyecto al EAP: 29- Junio - 2017

b) Creación del circuito de demanda no presencial: 27 - Julio - 2017

c) Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: Enero 2018. Conseguimos ambos porcentajes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este tipo de consultas no presenciales las venimos haciendo en la zona de salud de Sos del Rey Católico desde la implantación de las herramientas informáticas y el acceso telefónico. En la actualidad, con la implantación del módulo de receta electrónica, muchas de las consultas no presenciales se refieren a la prescripción (adecuación de posología, renovación de recetas...no sólo directamente del usuario sino también de las farmacias, también de las incluidas en el Proyecto de Interoperabilidad); además de las consultas telefónicas de los usuarios, cabe destacar las interconsultas con otros especialistas referidas a usuarios y otros procedimientos administrativos(informes médicos, partes de confirmación de baja laboral, solicitud de transporte sanitario programado.....).

7. OBSERVACIONES.

Nota final:

Aunque este proyecto se presentó inicialmente con un médico del EAP como responsable, la Dra. Polanco Tapia M^a Dolores, esta compañera está de baja laboral (desde agosto de 2017) por enfermedad larga y es sustituida por la que figura al comienzo de esta Memoria.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1658 ===== ***

Nº de registro: 1658

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1658

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
POLANCO TAPIA MARIA DOLORES, PEREZ PORTAL VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1703

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL AGUIRRE DE SANTIAGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUIL COMPANY ESTHER
HERNANDEZ ABADIAS LUCIA
PEREZ PORTAL VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. PRESENTACION AL EAP: ABRIL 2016 1 SESION .
2. Gestion de Medicamentos del botiquín: Responsable Miguel Angel Aguirre de Santiago.
3. Gestion de material sanitario del botiquín: Responsable Miguel Angel Aguirre de Santiago.
4. Gestion de maletines y sala de urgencias: Responsable Esther Buil Company.
5. Seguimiento proyecto y registro de actividades Noviembre 2016 Mayo 2017 y Noviembre 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se dispone de Listado de medicamentos revisado y adecuado : SI
Está definido el stok mínimo : SI
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja ad hoc en 2017 : SI
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en 2017 : SI

La revisión de caducidades de botiquines, materiales, maletin de urgencias y carro de paradas se hace semanalmente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todo el personal que atiende urgencias conoce la localización del material, botiquín, maletin...en la sala de urgencias y colabora en la reposición del material empleado y cada semana los responsables revisan y registran que todo esté en perfecto estado de uso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1703 ===== ***

Nº de registro: 1703

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1703

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO

Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1624

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE EMILIA GARCIA HUERTA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIL LIGOS MARIA FELISA
CACHO VAL AURORA
RIOS DOMINGUEZ FRANCISCA
ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO
MANRIQUE BONA JOSE ANTONIO
MODREGO MOROS AMPARO
COSCOLIN MORENO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En numerosas ocasiones durante nuestro trabajo, el personal de admisión, nos encontramos con la obligación de forzar citas y sobrecargar las consultas de medicina de atención primaria por pacientes que precisan la asistencia sanitaria en el mismo día y se encuentran totalmente ocupadas. Se realizó una reunión de equipo para intentar solucionar el problema de manera que ni pacientes ni profesionales se vieran afectados.

Se comprobó que muchos de los huecos estaban ocupados por pacientes que únicamente deseaban activar la receta electrónica o recoger partes de confirmación en bajas de larga duración.

Se decidió abrir huecos en cada consulta con el acto de "demanda no presencial", concretamente el 5% en medicina y pediatría y el 10% en enfermería para poder citar a estos pacientes sin que tuvieran la necesidad de pasar por consulta y ocupar un hueco innecesariamente. En el caso de enfermería para pacientes que precisaran consulta telefónica.

Habilitamos unos buzones en el hall de admisión cada uno con el nombre de un médico para que los pacientes introdujeran ahí la receta electrónica caducada y se establecieron unas normas de recogida.

Los celadores son los encargados de recoger las recetas depositadas en cada buzón todos los días a las 8 h. de la mañana, las pasan al personal de admisión que son los encargados de citar en los huecos habilitados para ello y seguidamente las llevan a cada consulta para que sean realizadas a lo largo de la mañana para posteriormente entregar a los pacientes a partir de ese día a las 14 h.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras un seguimiento de 3 meses de duración, nos volvimos a reunir para estudiar el proyecto y observamos que en medicina, algunos días, era poco el 5% así que se decidió ampliar dichos actos tanto en medicina como en pediatría al 10%, manteniendo el de enfermería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la última reunión realizada a finales de noviembre de 2017 y tras haber realizado un seguimiento, llegamos a la conclusión de que con la implantación de la consulta no presencial en atención primaria se ha conseguido racionalizar la demanda presencial y facilitar la accesibilidad al paciente con otro método alternativo, objetivo de este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

Hay actas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1624 ===== ***

Nº de registro: 1624

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
GARCIA HUERTA EMILIA, GIL LIGOS MARIA FELISA, CACHO VAL AURORA, RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA, ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO, MANRIQUE BONA JOSE ANTONIO, MODREGO MOROS AMPARO, COSCOLIN MORENO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1624

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial.
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional .
4. Información al usuario: Servicio de Admisión.

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: abril-mayo 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1424

1. TÍTULO

REANIMACION CARDIOPULMONAR DESDE COLEGIO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE PALOMA LATORRE ORTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO ELIZONDO MARIEN
TURRION GONZALEZ JESUS MARIA
SANZ BURGOS LARA
SORIA JIMENEZ MARIA
LATORRE VELILLA MARIA CARMEN
CIORDIA GARCIA MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIDOS CON LOS DIRECTIVOS DE LOS EQUIPOS DOCENTES DE LA CIUDAD, SE ACUERDA AMPLIAR LA FORMACIÓN A TODA LA PRIMARIA, Y PONER EN MARCHA EL TALLER EN EL TERCER TRIMESTRE DE CURSO ESCOLAR, SALVO EN COLEGIO SAGRADA FAMILIA, QUE SE ABORDARA LA ACTIVIDAD EN MARZO DE 2017, COINCIDIENDO CON SU SEMANA SALUDABLE.
PARA ELLO SE HA RECOPILOADO DURANTE DISTINTAS SESIONES REALIZADAS ENTRE LOS PROFESIONALES DEL GRUPO, MATERIAL Y SE HA LLEGADO A UN CONSENSO EN CUANTO A LA DINÁMICA DEL TALLER PARA ADQUIRIR HABILIDADES. HEMOS ELABORADO GUIÓN Y MATERIAL DE APOYO EN EL AULA. INCLUYENDO CANCIÓN DE REANIMACIÓN, PARA LOS ESCOLARES HASTA SEGUNDO CICLO DE PRIMARIA.
EL RESTO DE MATERIAL NECESARIO ES CEDIDO POR CRUZ ROJA TARAZONA, PARA REALIZAR SIMULACIÓN CON MUÑECOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL PROYECTO ESTA EN CURSO POR LO QUE AUN NO PODEMOS VALORAR LOS RESULTADOS ALCANZADOS. LA PUESTA EN MARCHA HA SIDO MUY BIEN RECIBIDA POR LOS COLEGIOS.
PARA SU POSTERIOR VALORACIÓN ESTA PREVISTO UN PRE Y POSTEST EN RELACIÓN AL TALLER, ASÍ COMO VALORACIÓN OBSERVACIONAL DURANTE EL TALLER EN EL QUE SE LES PONDRÁ A PRUEBA CON UN CASO REAL (SIMULADO).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ESTE PROYECTO ES UN PROYECTO DE CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, DOTAR DE INFORMACIÓN Y CREAR HABILIDADES INMEDIATAS Y FUTURAS EN LA POBLACIÓN ES FUNDAMENTAL PARA RECONOCER SITUACIONES DE URGENCIA, ASÍ COMO AUMENTAR SUPERVIVENCIA EN LA PARADA CARDIORESPIRATORIA FUERA DEL ÁMBITO HOSPITALARIO.
CREEMOS NECESARIO, QUE ESTAS HABILIDADES SEAN INCLUIDAS EN EL ÁMBITO ESCOLAR PARA QUE EN SITUACIÓN DE URGENCIA, EL MIEDO Y DESCONOCIMIENTO NO PARALICE A LA POBLACIÓN LEGO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1424 ===== ***

Nº de registro: 1424

Título
REANIMACION CARDIOPULMONAR DESDE EL COLEGIO

Autores:
LATORRE ORTE PALOMA, VILLANUA BONET MARIA TERESA, NAVARRO ELIZONDO MARIEN, TURRION GONZALEZ JESUS MARIA, SANZ BURGOS LARA, SORIA JIMENEZ MARIA, LATORRE VELILLA MARIA CARMEN, CIORDIA GARCIA MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1424

1. TÍTULO

REANIMACION CARDIOPULMONAR DESDE COLEGIO

PROBLEMA

La iniciática surge de la solicitud de formación por parte del Colegio Sagrada Familia de Tarazona .

Justificación :

-Una actuación temprana y eficaz en situación de emergencia es vital en la supervivencia.

-La formación en estas edades crea habilidades inmediatas y futuras para actuar de forma adecuada en la urgencia vital, que paraliza a la población lego.

-El niño se convierte en primera agente de la Cadena de supervivencia.

-El presente proyecto queda incluido dentro del Proyecto Comunitario del Acuerdo de Gestión Clínica del Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es que desde edades tempranas la población sepa reconocer la situación de emergencia, y desarrollar habilidades prácticas hasta la llegada del servicio sanitario.

La población diana son todos los alumnos de educación Primaria (6-12 años) de la zona básica de salud de Tarazona.

Como primera fase de actuación en el curso 2017 se realiza taller a los alumnos de tercer ciclo de Primaria (10-12 años)

MÉTODO

Con el fin de transmitir habilidades en la urgencia vital el equipo multidisciplinar que conformamos, médicos, enfermeras, celador:

-Nos reunimos dos semanas consecutivas (una sesión semanal) en el que valoramos los conceptos básicos que deben adquirir los niños y los recursos con los que debemos contar.

-Se realiza un taller simulado entre los compañeros para establecer roles.

-Entre los cambios previstos conforme a lo inicial se decide abordar a toda la educación primaria (6-12 años) se establecen dos grupos de trabajo para trabajar con distinta metodología por grupos de edad.

-Se comunica a los centros por escrito el proyecto.

-Se realiza reunión para coordinar las fechas de los talleres con cada uno de los centros. Se adquiere material de préstamo necesario.

INDICADORES

Indicadores:

Se establece 4-5 grupos trabajo por aula que permiten preevaluar conocimientos y valorar la calidad de conocimientos adquiridos al finalizar.

Previo :

-Observacional a la respuesta ante una situación de urgencia vital. ¿ Como reaccionamos ? ¿ Que sabemos hacer?

- Se realiza un Pretest acorde con el grupo de edad.(lo realiza el colegio previamente) y un postest.

DURACIÓN

Inicio del Proyecto: Marzo de 2017: Responsables: Paloma Latorre y Maria Soria.

-Taller RCP. 6º Primaria. Colegio Sagrada Familia. (27-03-17).

-Taller RCP. 5º Primaria. Colegio Sagrada Familia (27-03-17).

-Taller RCP. 4º Primaria. Colegio Sagrada Familia (28-03-17).

-Taller RCP. 3 º Primaria. Colegio Sagrada Familia (30-03-17).

- Junio 2017: 3 Talleres dirigidos a los niños de 6 Primaria de los colegios restantes de Tarazona. Responsables: Todo el equipo del grupo de mejora.

Tras el inicio escolar 2017/2018 se realizará la implantación progresiva a los grupos de primer y segundo ciclo de Primaria. Pendiente de establecer nuevo calendario con los tutores docentes que estan pendientes de incorporarse al nuevo curso escolar.

Cada taller tiene una duración de una hora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1434

1. TÍTULO

UN PASEO POR EL CENTRO DE SALUD PARA NIÑOS DE INFANTIL Y SECUNDARIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCA RIOS DOMINGUEZ
· Profesión CELADOR/A
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO
MARCO MARCO MARIA CONCEPCION
GARCIA HUERTA EMILIA
VILLANUA BONET MARIA TERESA
COSCOLIN GARCIA PILAR
ADELL RUIZ RAFAEL
TAUS GREGORIO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo de éste proyecto es acercar el Centro Sanitario a la población escolar de los colegios e institutos de la Zona Básica de Salud, además de fomentar hábitos saludables entre los más pequeños y motivarlos en los cuidados de su salud.

Las visitas han sido de una de una hora de duración, se recibieron a los escolares y a sus profesores de:

- 3º de la ESO del Colegio Nuestra Señora del Pilar (Junio 2017).
- 3º de Educación Infantil: Colegio Comarcal Moncayo (Junio 2017).
- 2 y 3º de Educación Infantil: Colegio Joaquín Costa (Enero 2018).
- Niños de Educación Especial del Colegio Comarcal Moncayo (Febrero 2018).

La visita empieza desde la entrada del Centro de Salud, donde se les da la bienvenida a los escolares y profesores por parte de los coordinadores del C. Salud (Pilar Coscolín y Rafael Adell) y por la persona responsable de guiar a los escolares por las distintas dependencias del C. Salud (Francisca Ríos, celadora de C. Salud).

Durante la visita les mostramos los diferentes profesionales que trabajan en Equipo en el Centro de Salud y alguna de sus funciones. Se hace hincapié en las actividades preventivas además de la asistencia sanitaria, además de recordar algunos hábitos saludables importantes, como el aseo personal, lavado de manos, la práctica de ejercicio físico.

En EDUCACION INFANTIL Se visitan las consultas de pediatría donde tanto la pediatra como la enfermera mostraron a los niños alguna de las técnicas que habitualmente realizan en su trabajo, haciendo partícipes a los niños, como auscultar, pesar, demostración de alimentos saludables. Desde allí pasan a la consulta de Odontología donde el odontólogo les enseña a realizar una correcta Higiene Buco-Dental con el adecuado cepillado dental, les ofrece un obsequio de cepillo y dentífrico a cada niño.

También visitaron, el Gimnasio dónde trabajan los fisioterapeutas, el Servicio de Rayos X, donde se realiza simulacro con algún voluntario, la sala de extracciones y para finalizar el Servicio de Urgencias

En EDUCACION SECUNDARIA además de mostrar todo lo anterior, se realiza una visita por una consulta de Atención Primaria de Medicina General y Enfermería y se les explica cómo funciona el Servicio de Admisión. (Horarios, citas, consultas.)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para la evaluación de esta actividad se ha planificado analizar las impresiones de los participantes, donde se evalúa la organización, el trato recibido, la duración de la visita, y si les parece interesante la actividad realizada a través de un cuestionario de calidad / evaluación del visitante que se les ha dado a los niños de secundaria.

La valoración de estos cuestionarios ha sido muy positiva por parte de los escolares y de los profesores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es un proyecto que se lleva realizando en el C.de Salud de Tarazona desde el 2015 surgió ante la petición de 2 Colegios de Tarazona (Nuestra Señora Del Pilar y La Sagrada Familia), durante éste año han querido colaborar en ésta iniciativa nuevos Colegios (Colegio Comarcal de Moncayo, Colegio Joaquín Costa) previa invitación por parte del Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1434

1. TÍTULO

UN PASEO POR EL CENTRO DE SALUD PARA NIÑOS DE INFANTIL Y SECUNDARIA

Creemos que la escuela es un ámbito apropiado para la educación sanitaria y vemos la necesidad de continuar con éste proyecto.

Nos han quedado pendientes algunas actividades para mejorar los objetivos de éste proyecto:

- Realizar una presentación adaptada para la edad de los distintos escolares con temas de Educación para la Salud.
- Que los niños de infantil elaborasen un dibujo tras la visita donde reflejen sus impresiones, estos dibujos quedarían expuestos en la entrada del Centro de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1434 ===== ***

Nº de registro: 1434

Título
UN PASEO POR EL CENTRO DE SALUD PARA NIÑOS DE INFANTIL Y SECUNDARIA

Autores:
RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA, ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO, MARCO MARCO MARIA CONCEPCION, GARCIA HUERTA EMILIA, VILLANUA BONET MARIA TERESA, COSCOLIN GARCIA PILAR, ADELL RUIZ RAFAEL, TAUS GREGORIO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto surge ante la sugerencia y petición de los Colegios Sagrada Familia y Nuestra Señora del Pilar de Tarazona de mostrar las instalaciones y los servicios del Centro de Salud.

Se inició hace 3 años, las visitas se realizan 2 veces al año.

El presente proyecto queda incluido dentro del Proyecto Comunitario del Acuerdo de Gestión Clínica del Salud.

Tiene como objetivo, el que los estudiantes conozcan el Centro de Salud, los profesionales que en él trabajan y las funciones que en él desempeñan.

RESULTADOS ESPERADOS
POBLACION DIANA:

- Niños de Tercero de Infantil: 5-6 años
 - Niños de Segundo ciclo de la ESO: 15-16 años.
 - Profesor tutor de los niños de infantil.
 - Profesor de Biología de E . Secundaria.
- En ambos casos, residentes en la zona básica de salud, correspondientes a los colegios de Tarazona.

OBJETIVOS:

-Mejorar el conocimiento que los escolares tienen del centro de Salud, dándoles una visión de nuestras funciones y actividades, así como de los profesionales sanitarios y no sanitarios que en él trabajamos, además de fomentar una buena educación sanitaria.

-Realizar una visita por las distintas dependencias del Centro.

-La visita se realiza como complemento de educación sanitaria que se imparte en el colegio:
-tras unas jornadas sobre Salud y Alimentación (en el caso de Educación Infantil)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1434

1. TÍTULO

UN PASEO POR EL CENTRO DE SALUD PARA NIÑOS DE INFANTIL Y SECUNDARIA

-Para completar las clases de Biología propias de 2 ciclo de la ESO

MÉTODO

La actividad se difunde a todos los colegios de Tarazona previa invitación personal por parte de la coordinadora del C.Salud . (El Colegio Sagrada Familia y Nuestra Señora del Pilar llevan 3 años realizándola) ahora ampliamos con el resto colegios: CEIP Comarcal Moncayo, IES Tubalcain y CEIP Joaquín Costa).

ACTIVIDADES

-La actividad se realiza en el C. Salud

- En EDUCACION INFANTIL :

-Presentación: charla en salón de Actos a continuación se realiza un recorrido por el c.salud enseñando las instalaciones:

-Consultas de pediatría, se enseña los instrumentos que utiliza la pediatra para la exploración física en la consulta.

-Odontología, se aprovecha para realizar educación en la higiene bucal . Se les ofrece obsequio de cepillo y dentrífico.

-Sala del matron.

-Servicio de Rayos X. Se realiza simulacro con algún voluntario, se enseñan los aparatos de Rayos

-Laboratorio

-Gimnasio de Fisioterapia: Se enseñan las actividades que se realizan en el Gimnasio.

-Consultas de Atención Primaria

-Servicio de Urgencias.

Al finalizar se realiza una charla en Salón de Actos de educación para la Salud.

En EDUCACION SECUNDARIA : se incluyen los mismos servicios y recorridos, haciendo hincapié en Atención primaria, completan lo impartido en clases de biología propias de ese ciclo relacionando lo estudiado con la práctica sanitaria.

-En la sala del Matron, reciben explicación sobre el uso de anticonceptivos .

-Se les enseña el servicio de Administración: horarios de citas, consultas ordinarias, de urgencias para que hagan un buen uso .

INDICADORES

Para la evaluación de este proyecto :

En Educación infantil: tienen que realizar un dibujo de lo que les ha parecido la visita.

En Educación Secundaria: se les pasa un cuestionario para recoger las impresiones de los participantes.

DURACIÓN

Es un proyecto que se inició en el 2015. y desde entonces se realiza dos veces al año por colegio.

Colegio: Sagrada Familia y Nuestra Señora del Pilar.

Este año estamos pendientes que nos confirmen los días de visita por parte de dichos colegios.

Se han realizado invitaciones al resto de colegios de Tarazona para que conozcan la iniciativa del proyecto y puedan participar en él si lo desean.

La coordinadora del C.Salud: Pilar Coscolin les da la bienvenida a alumnos y profesorado

Francisca Ríos: es la responsable de guiar a los alumnos por el C.Salud y en su ausencia Francisco Arrondo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1434

1. TÍTULO

UN PASEO POR EL CENTRO DE SALUD PARA NIÑOS DE INFANTIL Y SECUNDARIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1618

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TARAZONA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR COSCOLIN GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ FERNANDEZ MARIA PAZ
CASTILLO PARRA MARIA CARMEN
NAVARRO ELIZONDO MARIEN
CIORDIA GARCIA MARIA LUISA
SANZ BURGOS LARA
MARQUINA PEREZ ASCENCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto se adscribe a los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento y material sanitario y surge ante la necesidad de que tanto la prescripción de medicamentos como de material sanitario sea realizada de forma razonada para disminuir los problemas relacionados con el uso de medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

Las actividades realizadas han sido:

- Presentación del proyecto al EAP en sesión clínica, donde se presentó el acuerdo de gestión para 2017 y donde se presentaron y explicaron los indicadores a utilizar para desarrollar el proyecto. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
 - o Estatinas de menor eficiencia. Se monitoriza a través del cuadro de mandos de farmacia.
 - o Utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría. Se monitoriza a través del cuadro de mandos de farmacia.
 - o Adecuación del uso de apósitos en enfermería. Se explica en sesión clínica la necesidad de reducir el gasto en apósitos para lo cual se entrega catálogo de apósitos que pueden dispensarse a través del almacén, a todo el personal sanitario y así evitar la prescripción a través de receta. Se crea un registro de pacientes que necesitan apósitos para hacer un seguimiento mensual, en base a este registro se solicitarán los apósitos que se van a necesitar al almacén general de HCU.
 - o Utilización de parches de lidocaína. En sesión clínica se insiste en las indicaciones aprobadas para este producto para mejorar la adecuación en su prescripción.
 - o No utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría. En sesión clínica se realiza revisión sobre guías de actuación clínica y tratamiento en gastroenteritis aguda para reducir la utilización de antibióticos en gastroenteritis aguda.
- Fecha 4/5/2017. Se registra en acta.

- Sesión de presentación de los resultados recibidos a fecha 1 de septiembre de 2017.
 - o Revisión de resultados obtenidos a través del cuadro de mandos de farmacia para el uso eficiente de estatinas y el uso de antibióticos de elección en faringoamigdalitis aguda.
 - o Revisión de listado de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína.
 - o Revisión de pacientes con diagnóstico de gastroenteritis y tratamiento utilizado.
 - o Seguimiento de pacientes que precisan apósitos y que están en registro, de esta forma los apósitos que precisan estos pacientes son repartidos de forma mensual a través de los celadores a los profesionales de enfermería que realizan la cura. De esta forma se intenta reducir la prescripción de apósitos en receta.
- Sesión de presentación de resultados alcanzados en el proyecto, al Equipo de Atención Primaria. Fecha de la sesión 8/2/2018. Se registra en acta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- SELECCIÓN EFICIENTE DE ESTATINAS. Hemos conseguido disminuir en un 4,62 % el uso ineficiente de estatinas con respecto al resultado obtenido en 2016 y hemos entrado en el rango indicado.
- UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS EN PEDIATRÍA. En el uso de antibióticos de elección para faringoamigdalitis aguda hemos bajado ligeramente en porcentaje con respecto al obtenido en 2016, esta variación probablemente se deba a cambios de personal en las consultas de pediatría del CS de Tarazona en 2016, durante 6 meses una de las consultas de pediatría ha sido cubierta por MAC, lo cual consideramos que ha tenido impacto para el cumplimiento del standard marcado.
- ADECUACIÓN DEL USO DE APÓSITOS. Tras la creación de un registro de pacientes que precisan apósitos para curas y realizando seguimiento mensual de los mismos, hemos conseguido adecuar el uso de apósitos, solicitando la cantidad de apósitos a utilizar directamente al almacén del HCU y así reducir el gasto en receta.
- ADECUACIÓN DEL USO DE PARCHES DE LIDOCAÍNA. Hemos intentado reducir la utilización de parches de lidocaína de forma generalizada, tras sesión formativa indicando indicaciones aprobadas. Tras revisión de listado de pacientes con prescripción de parches de lidocaína hemos comprobado que se ha reducido el número de pacientes en tratamiento, aunque el principal problema que encontramos es la prescripción inducida por especialistas, sobre todo Traumatología y Rehabilitación.
- NO UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN GASTROENTERITIS EN PEDIATRÍA. Tras revisar listado de pacientes menores de 14 años con diagnóstico de gastroenteritis hemos comprobado un mínimo porcentaje de uso de antibióticos para tratamiento del proceso. Este indicador junto con el de uso de antibióticos en faringoamigdalitis ha tenido un gran impacto para el EAP, ya que no solo los pediatras atienden niños por debajo de 14 años, sino

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1618

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TARAZONA

que el resto de médicos de familia vemos niños en horario de Atención Continuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora ha tenido una valoración muy positiva del proyecto. Los indicadores utilizados nos han servido para actualizar conocimientos y hacer sesiones formativas con todo el Equipo de Atención Primaria que han sido muy participativas y enriquecedoras para todos.

Como acciones de futuro nos parece importante la realización de sesiones formativas sobre el uso de antibióticos en Atención Primaria, incluyendo tanto a los médicos titulares como a los médicos de Atención Continuada, para lo cual nos hemos puesto en contacto con el Servicio de Farmacia de Atención Primaria de Atención Primaria de nuestro sector. También nos parece de interés continuar con sesiones clínicas para seguimiento de los indicadores del cuadro de mandos de farmacia para una mejora en el uso de medicamentos y material sanitario y así conseguir mayor seguridad y eficiencia de uso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1618 ===== ***

Nº de registro: 1618

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TARAZONA

Autores:
COSCOLIN GARCIA PILAR, GONZALEZ FERNANDEZ MARIA PAZ, CASTILLO PARRA MARIA CARMEN, NAVARRO ELIZONDO MARIEN, CIORDIA GARCIA MARIA LUISA, SANZ BURGOS LARA, MARQUINA PEREZ ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DISLIPEMIAS, TRATAMIENTO DEL DOLOR, ANTIBIOTICOS EN PEDIATRÍA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento y material sanitario. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:

- estatinas de menor eficiencia,
- parches de lidocaína,
- adecuación del uso de apósitos,
- utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
- no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría.

MÉTODO

Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1618

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TARAZONA

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
% de variación de gasto en apósitos a través de receta médica.
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.
Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:

Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:

Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:

Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1626

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE IRENE PEÑA LEON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIRON ESTRADA VANESSA
INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE
VILLANUA BONET MARIA TERESA
TURRION GONZALEZ JESUS MARIA
CUENCA PEÑA ISABEL
MORALES ALCAZAR CAYO
MARTINEZ LAPEÑA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el verano se produjo la presentación de los proyectos, poniéndonos a trabajar a partir de ese momento. Se realizaron reuniones por parte de los miembros participantes, recogiendo un acta en cada una de ellas. Se procede a:

- **MALETINES:** dado el gran tamaño y peso del existente en urgencias hasta este momento se decide separarlo en 2 maletines. Se crea un listado de lo que debe contener cada maletín, con un listado mínimo de las cosas que debe contener, así como hoja de revisión de caducidades (hoja P0-01_4-Z3) y creamos hoja de revisión del contenido del propio maletín. La revisión será lunes en el pool y viernes en la guardia, para involucrar a todas las personas que trabajan en la zona de urgencias (médicos y enfermeros de A. Primaria y EAC/MAC/SUAP) y las caducidades 1º lunes de mes. Sellado con el sistema de esparadrapo con fecha de un lado a otro del maletín.
- **CARRO PARADA:** se procede a revisar el carro previo y se actualiza el mismo creando un listado con lo que debe contener y una hoja de revisión (de carro y de caducidades). La revisión el 1º viernes de cada mes, junto con caducidades. Sellado con el sistema de esparadrapo con fecha.
- **SALAS:** reorganización y reposición diaria por auxiliar. Pendiente de completar la organización
- **ALMACÉN:** reposición semanal por parte de la auxiliar.

Se solicitaron los maletines a Dirección en noviembre 2017 y no se reciben hasta finales de enero 2018 por lo que la presentación práctica de las revisiones de maletines y carro no se puede realizar hasta primeros febrero 2018, llevándose a cabo en la misma sala de urgencias con los maletines y pudiendo ver todo el mundo el proceso de revisión y sellado y practicándolo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta la emisión de esta memoria, la reposición de salas está siendo la correcta, así como la del almacén. Gran colaboración y buen hacer de la auxiliar, merece un reconocimiento por su implicación.

La revisión de los maletines/carro por ahora se ha hecho sin problemas. Hay que ver su evolución a largo plazo, cuando el tema no esté tan fresco y las Urgencias estén colapsadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Importancia de tener los maletines en orden y listos para su uso. Nos encontramos con múltiples reticencias para su uso, pues gran parte del personal se siente seguro con lo que lleva en el suyo propio. Se hace hincapié de que por muy completo que lo tengamos siempre faltará algo, sobre todo hablando de la urgencia vital. Se insiste en la recomendación de su uso, pero no se puede obligar a nadie.

Queda pendiente finalizar el tema de las salas

7. OBSERVACIONES.

Retrasos en las fechas previstas, pues ya se empezó tarde con la presentación de los proyectos y posteriormente retraso en la recepción de maletines pedidos

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1626 ===== ***

Nº de registro: 1626

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
PEÑA LEON IRENE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1626

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO

Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín

Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias

Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines. Detección de áreas de mejora
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo. Si/no

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:

Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:

Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1626

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0543

1. TÍTULO

LA HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO-MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL

Fecha de entrada: 03/01/2018

2. RESPONSABLE ELENA MARTINEZ SANZ
· Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ODONTOESTOMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MARCO ESTRELLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En cumplimiento con el proyecto que presentamos, hemos llevado a cabo un registro de todos los niños que presentaron lesiones de Hipomineralización Incisivo Molar (HIM o MIH, por sus siglas en inglés) atendidos en el marco del Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ) del Servicio Aragonés de Salud. Con la finalidad de que los datos queden grabados en la aplicación web del PABIJ (<http://atencionbucodental.salud.aragon.es/pabij2/>), hemos registrado los datos en el apartado de "Observaciones" de la ficha de atención al usuario. Asimismo, hemos anotado los datos en cada una de las historias clínicas dentro del programa "OMI-AP".

Para cada uno de los niños/as atendidos en nuestra Unidad de Salud Bucodental, los datos que hemos registrado han sido:

1. Dientes afectados por MIH y grado de severidad en los mismos.
2. Atención prestada y tratamientos llevados a cabo en los niños afectados por MIH.

El registro de datos se ha llevado a cabo durante todo el año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En primer lugar, expondremos los datos globales del PABIJ:

- Hemos realizado un total de 1.086 asistencias dentro del PABIJ, que engloba a una población de niños/as de 6 a 13 años. De esas 1.086 asistencias, 773 corresponden a primeras visitas y 313 a visitas sucesivas.
- Además, en cuanto a tratamientos, hemos realizado más de 1.000 fluorizaciones y 282 selladores (incluyendo las 20 reposiciones de selladores ausentes).
- En relación a tratamientos conservadores, hemos obturado 63 dientes (incluyendo 4 reposiciones de obturaciones).
- Por último, hemos exodonciado un total de 5 dientes.

En cuanto a la MIH, hemos registrado un total de 75 niños/as que presentan esta patología. De ellos, 52 eran casos leves, 20 tenían al menos un diente con MIH moderada y, en último lugar, 3 casos eran severos.

Teniendo en cuenta que de las 773 primeras visitas registramos un total de 120 niños sin dientes permanentes -donde no se pudo valorar esta patología-, la prevalencia de MIH en nuestra población atendida es del 11,5%. Respecto al grado de afectación, observamos que la mayoría de los niños que presentan MIH lo hacen en un grado leve (69,3%), mientras que un 26,7% de los casos presentaban formas moderadas de esta enfermedad, quedando la afectación severa limitada a un número más reducido de niños (4%).

En cuanto a los tratamientos llevados a cabo en los pacientes afectados por MIH, éstos han consistido mayoritariamente en fluorizaciones con aplicación tópica de barniz de flúor al 5% (Enamelast®). Concretamente, el 100% de los niños/as con MIH han recibido tratamiento tópico con flúor, al menos cada 6 meses, y en los casos más graves cada 3-4 meses. Además, en estos niños/as con MIH hemos realizado 10 obturaciones y 27 selladores.

En resumen, este proyecto nos ha servido para constatar que la MIH es un problema real en nuestra Unidad de Salud Bucodental. En cuanto a prevalencia, en nuestra USB hemos observado una cifra inferior a la encontrada en Barcelona o Valencia. Sin embargo, en cuanto a los grados de severidad, nuestros datos concuerdan con los publicados en estos otros estudios. Además, los requerimientos de estos niños/as en cuanto a tratamientos son muy elevados, lo que también coincide con los datos publicados en la literatura científica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Hipomineralización Incisivo Molar (HIM o MIH, por sus siglas en inglés) se define como un cuadro clínico en el que está afectada, cualitativamente, la mineralización los primeros molares permanentes -en número variable, de uno a cuatro-, con asociación o no de los incisivos. Clínicamente, los dientes con MIH presentan opacidades demarcadas de color variable, que oscilan del blanco-amarillento al amarillo-marrón. Asimismo, la extensión y la severidad también pueden ser muy variables, con bordes delimitados, y en ocasiones acarrear a la desintegración progresiva del esmalte. La EAPD (European Academy of Paediatric Dentistry), en el año 2003, definió la MIH como una entidad clínica propia y estableció los criterios para su diagnóstico. La MIH puede llegar a afectar a otros dientes, aparte de incisivos y molares. Así, segundos molares permanentes, premolares y caninos permanentes también pueden verse afectados por MIH. Particularmente, cuando las hipomineralizaciones se observan en segundos molares temporales se denominan HSPM, por sus siglas en inglés.

La prevalencia de las hipomineralizaciones oscila mucho según los diferentes autores y países. Para la MIH los datos van del 3-40% y cuando hablamos sólo de HSPM los rangos van del 4-20%.

En la exploración clínica, resulta muy importante hacer un buen diagnóstico diferencial con patologías como la amelogenénesis imperfecta o las hipoplasias de esmalte, donde el esmalte no se ha formado, o con casos de fluorosis dental, donde las opacidades no son tan demarcadas sino más bien difusas. Además, es importantísimo hacer un diagnóstico lo más temprano posible para poder abordar el mejor tratamiento en cada caso. En dentición temporal, es muy importante recomendar las visitas periódicas al odontopediatra a partir del primer año de vida del bebé. En caso de que los segundos molares temporales erupcionen con signos de HSPM, hay que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0543

1. TÍTULO

LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO-MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL

recordar que esta presencia de HSPM es un indicador de riesgo para MIH en la futura dentición permanente (factor predictivo positivo).

La MIH y la HSPM son ya un problema de salud pública por las repercusiones que conlleva, especialmente porque los dientes hipomineralizados pueden afectarse muy fácilmente por caries, pudiendo requerir de numerosos tratamientos de restauración a lo largo de la vida, e incluso acabar con la pérdida de los dientes en los casos más graves. En nuestra USB realizamos los tratamientos en estos casos siguiendo los "Protocolos preventivos y terapéuticos de la Hipomineralización Incisivo-Molar" publicados por la SESPO (Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral), que están disponibles on-line en la web

<http://sespo.es/wp-content/uploads/2013/03/Protocolo-SEPO.-Hipomineralizacion-incisivo-molar.pdf>

La recomendación más importante que se deriva de este proyecto es que resulta imprescindible que todos los miembros de las USB del Servicio Aragonés de Salud se formen adecuadamente para poder identificar y registrar adecuadamente este tipo de defectos del esmalte. Además, sería muy recomendable que desde la Dirección se pueda solicitar a los servicios de informática del Servicio Aragonés de Salud que modifiquen la aplicación web del PABIJ de manera que se pueda registrar, en la ficha de cada individuo, si presenta MIH, o no, y, en caso afirmativo, si es de grado leve, moderada o severa, para no tener que anotar estos datos en el apartado de "Observaciones".

Bibliografía:

- Gómez Santos G. Protocolos preventivos y terapéuticos de la hipomineralización incisivo-molar. Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral, 2013. Disponible on-line en <http://sespo.es/wp-content/uploads/2013/03/Protocolo-SEPO.-Hipomineralizacion-incisivo-molar.pdf>
- Hernandez M, Boj JR, Espasa E. Do We Really Know the Prevalence of MIH? J Clin Pediatr Dent. 2016; 40(4): 259-63.
- Mathu-Muju K, Wright JT. Diagnosis and treatment of molar hypomineralization. Compend Contin Educ Dent 2006; 27(11):604-610.
- Weerheijm KL, Duggal M, Mejáre I, Papagiannoulis L, Koch G et al. Judgement criteria for molar incisor hypomineralization in epidemiologic studies: a summary of the European meeting on MIH held in Athens, 2003. Eur J Paediatr Dent 2003; 3:110-3.

7. OBSERVACIONES.

ESTAMOS MUY SATISFECHAS CON ESTE TRABAJO. MUCHAS GRACIAS A TODOS LOS QUE LO HAN HECHO POSIBLE.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/543 ===== ***

Nº de registro: 0543

Título
LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO-MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL

Autores:
MARTINEZ SANZ ELENA, MARTINEZ MARCO ESTRELLA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Hipomineralización incisivo-molar
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente, la gran mayoría de los defectos del esmalte no asociados a la exposición de flúor sistémico pueden identificarse como hipomineralización incisivo molar (MIH, por sus siglas en inglés: Molar-Incisor Hypomineralisation). Este término fue introducido en 2001 para describir defectos de desarrollo cualitativos en el esmalte dental, con diferentes grados de afectación y extensión variable. Estos defectos afectan sobre todo a los primeros molares permanentes (que erupcionan alrededor de los 6 años) y también pueden afectar o no a los incisivos permanentes (Weerheijm y cols., 2001). Actualmente, los factores etiológicos siguen siendo desconocidos aunque se han propuesto numerosas hipótesis y multitud de factores predisponentes como infecciones del aparato respiratorio en el período postnatal, el empleo de antibióticos, la lactancia materna más de 6 meses o la predisposición genética, entre otros.

A nivel clínico, la MIH supone un gran reto para dentistas e higienistas porque los niños afectados tienen un alto riesgo de desarrollar caries y, en los casos más graves, pueden llegar a sufrir fracturas de esmalte

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0543

1. TÍTULO

LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO-MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL

post-erupción de difícil manejo. Para mayor abundamiento, los sistemas de restauración por adhesión funcionan peor en los dientes hipomineralizados como resultado de su esmalte defectuoso.

Teniendo en cuenta que a nivel mundial los datos de prevalencia de la MIH han llegado hasta el 44% en Australia (Hernández y cols., 2016) y que parece que en los últimos años han ido aumentando, podemos considerar este fenómeno como un problema de salud oral importante dentro del Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ). Particularmente, en España se han publicado datos de prevalencia del 17,85% (en Barcelona) y actualmente no hay estudios específicos en Aragón.

Por todo esto, creemos que resulta extremadamente importante conocer el número de de niños afectados por MIH en nuestra unidad, así como saber su grado de severidad. Igualmente, pensamos que es fundamental establecer un programa especial de prevención y tratamiento temprano en los niños afectados por MIH.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer exactamente el número de de niños afectados por MIH atendidos anualmente en nuestra unidad, así como su grado de severidad, de acuerdo con la clasificación propuesta por Mathu-Muju y Wright en 2006 que los diferencia en leves, moderados y severos.
- Establecer un programa especial de prevención y tratamiento temprano en los niños afectados por MIH de acuerdo con las directrices de la SESPO (Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral).
- Registrar y cuantificación de los tratamientos llevados a cabo en los niños con MIH, especialmente las aplicaciones tópicas de flúor.

MÉTODO

Pretendemos llevar a cabo un registro especial de los niños atendidos en el marco del PABIJ y que presenten MIH. Actualmente, no disponemos ningún sistema para registrar el número de niños atendidos con esta patología ni su grado de severidad, ni a través del programa OMI-AP ni con la aplicación web del registro de la atención bucodental del PABIJ. Es por eso que una de las actividades que pretendemos mejorar es diseñar un sistema para registrar toda la actividad asistencial llevada a cabo en este sentido con todos los niños que presenten MIH. El sistema puede ser a través del diseño de una hoja de cálculo EXCEL o, mejor aún, consiguiendo que los servicios de informática del Servicio Aragonés de Salud modifiquen la aplicación web del PABIJ de manera que se pueda registrar, por cada individuo, si presenta o no MIH y, en caso afirmativo, si es de grado leve, moderada o severa. Asimismo, pretendemos poner en práctica los protocolos preventivos y terapéuticos de la hipomineralización incisivo-molar publicados por la SESPO.

INDICADORES

1. Número de niños con MIH atendidos por nuestra Unidad y el grado de severidad en los mismos. Para ello, registraremos toda la actividad generada dentro del PABIJ en relación con estos niños.
2. Cuantificación de los tratamientos llevados a cabo en los niños con MIH. Entre ellos destacan las aplicaciones tópicas de flúor realizadas como tratamiento preventivo de la caries dental.

DURACIÓN

La duración de este proyecto será de un año, aunque si funciona bien nuestra intención es mantenerlo de forma indefinida de forma que en las revisiones del PABIJ registremos siempre si los niños presentan MIH y su grado de afectación. Asimismo, durante ese tiempo aplicaremos los protocolos recomendados por la SESPO. La fecha de inicio del proyecto sería tan pronto como nos comuniquen la concesión del mismo. Diariamente dedicamos al PABIJ la mitad de nuestra actividad asistencial. Por tanto, desde su concesión el proyecto se llevaría a cabo día a día, discriminado en cada una de las revisiones infantiles si el niño presenta o no MIH. En los casos de niños con MIH llevaremos a cabo y registraremos toda la actividad asistencial pertinente.

OBSERVACIONES

Bibliografía utilizada:

- Gómez Santos G. Protocolos preventivos y terapéuticos de la hipomineralización incisivo-molar. Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral, 2013. Disponible en www.sespo.es
- Hernandez M, Boj JR, Espasa E. Do We Really Know the Prevalence of MIH? J Clin Pediatr Dent. 2016; 40(4): 259-63.
- Mathu-Muju K, Wright JT. Diagnosis and treatment of molar hypomineralization. Compend Contin Educ Dent 2006;27(11):604-610.
- Weerheijm KL, Duggal M, Mejáre I, Papagiannoulis L, Koch G et al. Judgement criteria for molar incisor hypomineralization in epidemiologic studies: a summary of the European meeting on MIH held in Athens, 2003. Eur J Paediatr Dent 2003; 3:110-3.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1061

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE LAS EXODONCIAS QUIRURGICAS DE TERCEROS MOLARES EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DE TARAZONA

Fecha de entrada: 02/01/2018

2. RESPONSABLE ESTRELLA MARTINEZ MARCO
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ODONTOESTOMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ SANZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En cumplimiento con el proyecto que presentamos, hemos puesto en marcha un sencillo sistema para registrar diariamente los datos relevantes en cuanto al uso de buches de clorhexidina y su relación con las exodoncias (simples y de terceros molares inferiores) realizadas en nuestra Unidad de Salud Bucodental de Tarazona. Estos datos numéricos son sumados una vez al mes para hacer un seguimiento correcto del producto, y corresponden a:

- Número total de exodoncias
- Número total de exodoncias quirúrgicas de terceros molares inferiores
- Número total de casos de alveolitis
- Número total de buches de clorhexidina (10 mL aprox. por buche)

Empezamos a hacer los registros desde el mes de junio de 2017, dado que fue cuando empezamos a recibir los botes de clorhexidina (Oraldine Perio, 400 mL).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos recogidos, que corresponden a los meses de junio a diciembre de 2017, son los siguientes (Tabla 1):

MES	EXTRACCIONES		CORDALES INF.		ALVEOLITIS	BUCHES
junio	96	6	0	93		
julio	82	7	1	76		
agosto	112	11	1	92		
septiembre	118	9	1	101		
octubre	110	10	3	98		
noviembre	97	10	3	103		
diciembre	59	7	0	53		
Total	674	60	9	616		

En resumen, hemos realizado un total 734 exodoncias, de las cuales 60 han sido exodoncias quirúrgicas de cordales inferiores. Y el número total de casos de alveolitis ha sido de 9. Por lo tanto, la incidencia global registrada de alveolitis en nuestra USB ha sido inferior al 1,5%. Casi todos los casos de alveolitis registradas tuvieron lugar en exodoncias quirúrgicas de terceros molares inferiores. Teniendo en cuenta que casi un 9% de nuestra actividad está dedicada a exodoncias quirúrgicas de dichos terceros molares inferiores, la incidencia de alveolitis en estos casos ha sido de un 15% aproximadamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La alveolitis seca es una de las complicaciones más frecuentes tras una extracción dentaria[1] y una de las más estudiadas en Odontología[2]. Según datos publicados en la literatura científica, se estima que su incidencia es de aproximadamente un 3% en las exodoncias convencionales, y puede llegar hasta un 30% en las extracciones de terceros molares incluidos[3], siendo la dificultad de la extracción, pacientes de género femenino, el consumo de tabaco, el uso de anticonceptivos orales o la inmunosupresión, entre otros, distintos factores de riesgo que se han relacionado como predisponentes para a su aparición[4].

Aunque se trata de un fenómeno autolimitado que se resuelve en un período de 5-10 días, un 45% de los casos requieren hasta 4 visitas post-operatorias[5], suponiendo un incremento en el tiempo y coste de la asistencia sanitaria, además de ocasionar un daño psicológico tanto en el paciente como en el profesional[6].

La identificación de los factores de riesgo de la alveolitis seca junto con las medidas preventivas resulta en una disminución significativa en su incidencia tras una exodoncia, y se sabe que la prevención es siempre más efectiva que las distintas medidas terapéuticas que se utilizan una vez ya ha aparecido la complicación[7]. Aunque se han realizado numerosos estudios sobre las distintas opciones terapéuticas para el tratamiento de la alveolitis seca, no se ha llegado a establecer un protocolo de consenso debido a que la etiopatogenia de esta complicación es muy compleja[8]. A criterio del facultativo, el tratamiento puede incluir la farmacoterapia con antibióticos y analgésicos, con todos los riesgos asociados que ello puede suponer. Así pues, la mayoría de los autores afirman que su prevención es más efectiva que cualquier tratamiento y, en consecuencia, la identificación de los factores de riesgo es crucial para identificar esos pacientes con un elevado riesgo de desarrollar alveolitis[9]. Según

Daly y cols. (2012), la incidencia de alveolitis -también denominada osteítis alveolar- puede ser reducida de forma estadísticamente significativa utilizando enjuagues bucales con clorhexidina de uso odontológico previamente a ejecutar cualquier maniobra de exodoncia ya que reduce la carga bacteriana de la cavidad bucal[10]. Habida cuenta de los datos hallados después de haber llevado a cabo este proyecto, nuestra recomendación es continuar con este protocolo de uso de clorhexidina. Es decir, que los pacientes se enjuaguen con un pequeño buche de esta solución antiséptica antes de iniciar cualquier procedimiento de exodoncia, tal y como

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1061

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE LAS EXODONCIAS QUIRURGICAS DE TERCEROS MOLARES EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DE TARAZONA

establece el Consejo de Dentistas de España para prevenir la alveolitis, y particularmente antes de las exodoncias de terceros molares inferiores[11].

Gracias a este proyecto, enmarcado dentro de los "Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Salud" del Servicio Aragonés de Salud, en la Unidad de Salud Bucodental de Tarazona por fin disponemos de clorhexidina de uso odontológico de forma regular y hemos comprobado que tenemos una baja incidencia de alveolitis comparada con los datos globales publicados en la literatura científica.

Bibliografía:

- [1]. Burgoyne CC, Giglio JA, Reese SE, Sima AP, Laskin DM. The efficacy of a topical anesthetic gel in the relief of pain associated with localized alveolar osteitis. J Oral Maxillofac Surg. 2010;68:144-8.
- [2]. Cardoso CL, Rodrigues MTV, Ferreira Júnior O, Garlet GP, de Carvalho PSP. Clinical concepts of dry socket. J Oral Maxillofac Surg. 2010;68:1922-32.
- [3]. Bove DC, Rogers S, Stassen LFA. The management of dry socket/alveolar osteitis. J Ir Dent Assoc. 2011;57:305-10.
- [4]. Nusair YM, Goussous ZM. Quantifying the healing of dry socket using a clinical volumetric method. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2006;101:e89-95.
- [5]. Eshghpour M, Rezaei NM, Nejat A. Effect of menstrual cycle on frequency of alveolar osteitis in women undergoing surgical removal of mandibular third molar: A single-blind randomized clinical trial. J Oral Maxillofac Surg. 2013; 71:1484-9.
- [6]. Hita-Iglesias P, Torres-Lagares D, Flores-Ruiz R, Magallanes-Abad N, Basallote-Gonzalez M, Gutierrez-Perez JL. Effectiveness of chlorhexidine gel versus chlorhexidine rinse in reducing alveolar osteitis in mandibular third molar surgery. J Oral Maxillofac Surg. 2008;66:441-5.
- [7]. Eshghpour M, Nejat AH. Dry socket following surgical removal of impacted third molar in an Iranian population: Incidence and risk factors. Niger J Clin Pract. 2013;16:496-500.
- [8]. Taberner-Vallverdú M, Nazir M, Sánchez-Garcés MA, Gay-Escoda C. Efficacy of different methods used for dry socket management: A systematic review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2015; 20:633-9.
- [9]. Halabí D, Escobar J, Muñoz C, Uribe S. Logistic regression analysis of risk factors for the development of alveolar osteitis. J Oral Maxillofac Surg. 2012; 70:1040-4.
- [10]. Daly B, Sharif MO, Newton T, Jones K, Worthington HV. Local interventions for the management of alveolar osteitis (dry socket). Cochrane Database Syst Rev. 2012, Dec 12;12:CD006968.
- [11]. PROTOCOLO CLÍNICO DE INCLUSIÓN DEL TERCER MOLAR MANDIBULAR. Consejo General de Dentistas. Organización Colegial de Dentistas de España.

7. OBSERVACIONES.

Gracias a este proyecto, enmarcado dentro de los "Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Salud" del Servicio Aragonés de Salud, en la Unidad de Salud Bucodental de Tarazona por fin disponemos de clorhexidina de uso odontológico de forma regular y hemos comprobado que tenemos una baja incidencia de alveolitis comparada con los datos globales publicados en la literatura científica. ESTAMOS MUY SATISFECHAS CON ESTE TRABAJO. MUCHAS GRACIAS A TODOS LOS QUE LO HAN HECHO POSIBLE.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1061 ===== ***

Nº de registro: 1061

Título
ESTUDIO SOBRE LAS EXODONCIAS QUIRURGICAS DE TERCEROS MOLARES EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DE TARAZONA

Autores:
MARTINEZ MARCO ESTRELLA, MARTINEZ SANZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA DEL TERCER MOLAR INFERIOR (EXODONCIAS QUIRÚRGICAS)
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Registro de la actividad asistencial de la Unidad

PROBLEMA

La clorhexidina de uso odontológico a concentraciones entre 0,12 y 0,2%, es el antiséptico más seguro y eficaz para disminuir la carga bacteriana en la cavidad bucal [1]. La presentación más habitual es en forma de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1061

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE LAS EXODONCIAS QUIRURGICAS DE TERCEROS MOLARES EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DE TARAZONA

enjuague o colutorio y resulta indispensable en cualquier clínica dental, especialmente en las unidades de salud bucodental de atención primaria [2]. Además, en 2012 la Colaboración Cochrane (una de las instituciones más prestigiosas de medicina basada en la evidencia) redactó un extenso documento de 82 páginas donde se muestra la evidencia científica del papel de la clorhexidina en la prevención de la alveolitis seca (también denominada osteítis alveolar) a partir de una revisión sistemática y un meta-análisis minucioso [3]. La alveolitis seca es la complicación postoperatoria más frecuente después de una extracción dental y se define como una inflamación del alveolo cuyo síntoma más característico es el dolor. A criterio del facultativo, el tratamiento puede incluir la farmacoterapia con antibióticos y analgésicos [4]. La prevalencia de la alveolitis seca varía entre el 1 y el 5 % de todas las extracciones dentales y puede llegar al 30 % cuando se trata de terceros molares inferiores [3]. Según Daly y cols. (2012), la osteítis alveolar puede ser reducida de forma estadísticamente significativa al utilizar enjuagues bucales con clorhexidina antes ejecutar la exodoncia [3], ya que reduce la carga bacteriana de la cavidad bucal. Por ello, el consejo de dentistas de España establece como fundamental para prevenir la alveolitis, después de las exodoncias de terceros molares inferiores, que los pacientes se enjuagen antes de iniciar la intervención quirúrgica con una solución de clorhexidina [5]. En la Unidad de Salud Bucodental de Tarazona no disponemos de clorhexidina de uso odontológico. Hasta ahora hemos estado utilizando las "muestras" que nos regalan los visitantes médicos de los laboratorios de productos odontológicos. Sin embargo, actualmente hemos agotado todas las muestras y de momento no conseguimos clorhexidina por ningún lado.

BIBLIOGRAFÍA:

- [1] Varoni E, Tarce M, Lodi G, Carrassi A. Chlorhexidine (CHX) in dentistry: state of the art. *Minerva Stomatol.* 2012;61(9):399-419.
- [2] Blanco González JM, Herrero Grandgirard E, García Barrero ME, López-Arranz Monje E. Guía para la atención a la Salud Bucodental en Atención Primaria de Asturias. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. 2010.
- [3] Daly B, Sharif MO, Newton T, Jones K, Worthington HV. Local interventions for the management of alveolar osteitis (dry socket). *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12;12:CD006968.
- [4] Martín Reyes O, Lima Álvarez M, Zulueta Izquierdo MM. Alveolitis: Revisión de la literatura y actualización. *Rev Cubana Estomatol [Internet].* 2001; 38(3): 176-180.
- [5] PROTOCOLO CLÍNICO DE INCLUSIÓN DEL TERCER MOLAR MANDIBULAR. Consejo General de Dentistas. Organización Colegial de Dentistas de España.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto se pide para solicitar clorhexidina de uso odontológico y así poder continuar realizando rutinariamente exodoncias quirúrgicas de terceros molares inferiores en el CS de Tarazona, como venimos haciendo hasta ahora. Una vez que consigamos la ansiada clorhexidina el objetivo del proyecto será hacer un seguimiento y un informe anual sobre los procedimientos de exodoncias quirúrgicas de terceros molares inferiores llevados a cabo en la Unidad. Mientras no tengamos el producto tendremos que tratar de evitar este tipo de intervenciones. El objetivo final es, ante todo, mejorar el conocimiento de la actividad quirúrgica llevada a cabo en la Unidad.

MÉTODO

Se pretende crear una base de datos donde se puedan registrar todos los aspectos relativos a las intervenciones quirúrgicas de terceros molares llevadas a cabo en la Unidad de Salud Bucodental de Tarazona. En la base de datos se recogerán datos como la fecha de la intervención, la edad y sexo del paciente, datos relevantes de la historia clínica, la anestesia empleada, la técnica quirúrgica realizada, las prescripciones del facultativo y las posibles complicaciones que puedan haber ocurrido en el peroperatorio o en el postoperatorio. También se considerará un apartado de observaciones para cada registro.

INDICADORES

1. Mediremos el número de intervenciones quirúrgicas de terceros molares mensuales.
2. Mediremos también la aparición de alveolitis seca como complicación postoperatoria para cada caso. Evaluaremos el nº de intervenciones y el nº de casos que desarrollen alveolitis seca mensualmente y haremos un informe final anual.

DURACIÓN

Este proyecto tendrá una duración de un año. Comenzaremos tan pronto como conozcamos si nos han aprobado el proyecto. Además, para llevarlo a cabo necesitamos haber recibido clorhexidina de uso odontológico. Se necesitarían 15 mL por paciente. Los envases clínicos son de 5.000 mL y tienen un coste de 23,5 € (IVA incluido). Con un sólo envase podemos tratar a más de 300 pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0789

1. TÍTULO

FACILITANDO LA PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD: CREACION Y DINAMIZACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE TAUSTE

Fecha de entrada: 24/04/2018

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL BUÑUEL GRANADOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAUSTE
· Localidad TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN GALVE MARIA
LORENTE SERRANO MARIA DEL CARMEN
FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION
LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE
LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de este año se han realizado 4 reuniones, una por trimestre, con varios temas tratados:
- Se contactó con el equipo de Salud Mental de Ejea para solucionar el control de acceso a la consulta de psiquiatría en horario de tarde, en el Centro de Salud de Tauste.
- Puesta en marcha de charlas con mujeres de cultura árabe, en relación a la maternidad y cuidados del niño.
- Propuesta de soluciones para mejorar la lista de espera del Consorcio de Ejea de los Caballeros
- Solicitud de servicio de psicología en el Centro de Salud de Tauste para evitar desplazamientos de pacientes
-Se contactó con Cruz Roja para valorar la posibilidad de traslado de pacientes a consultas hospitalaria y al Centro de Salud para extracciones de sangre.
-Se solicitó al Ayuntamiento que contactara con el Ayuntamiento de Ejea para solicitar una parada de autobús próxima al hospital para facilitar el acceso de la población
- Se realizó la presentación de taller de terapia ocupacional a domicilio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Se han mantenido los contactos con el equipo de Salud Mental de Ejea y se están buscando soluciones al problema planteado.
- Se realizaron talleres con mujeres de cultura árabe con temas de maternidad y cuidado de hijos.
- Se ha puesto en marcha un proyecto de transporte de pacientes desde Cruz Roja Española.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El haber conseguido reunir a varias asociaciones de la localidad supone el tener información directa de las mimas y el poder tener una colaboración mutua para la mejora de situaciones relacionadas con la salud de la población que, de otra forma, no seríamos conscientes

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/789 ===== ***

Nº de registro: 0789

Título
FACILITANDO LA PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD: CREACION Y DINAMIZACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE TAUSTE

Autores:
GUILLEN GALVE MARIA, LORENTE SERRANO MARIA DEL CARMEN, FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION, BANDRES OLIVAN MARIA TERESA, LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE, LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA, ASTIER PEÑA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0789

1. TÍTULO

FACILITANDO LA PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD: CREACION Y DINAMIZACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE TAUSTE

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En numerosas instituciones públicas el ciudadano, usuario, contribuyente, paciente, comienza a tener un papel activo y a que su voz sea escuchada y tenida en cuenta tanto en la planificación de servicios como en la mejora o rediseño de los mismos. Ejemplos de a participación ciudadana en instituciones locales, regionales e internacionales son: 1. PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN ZARAGOZA: <http://www.zaragoza.es/ciudadania/gobierno-abierto/participar/> 2. ARAGÓN PARTICIPA: <http://aragonparticipa.aragon.es/3.PARTICIPACION DE LA CIUDADANIA EUROPEA>: <http://ec.europa.eu/citizens-initiative/public/welcome?lg=es> En el servicio nacional de salud está descrita la participación de la ciudadanía a través de los consejos de salud de zona como nivel básico y más próximo al ciudadano. Posteriormente, las diferentes comunidades autónomas se han desarrollado otros consejos de participación de ciudadana a nivel de área de salud y a nivel autonómico. En Aragón, se han considerado tres niveles de participación: Regional, de Área y de Zona Básica. Este modelo está recogido en un documento que enmarca y desarrolla la participación en el ámbito de la salud en la Comunidad Autónoma fundamentalmente a través de los Consejos de Salud de Zona, Consejos de Salud de Sector y Consejo de Salud de Aragón, que son órganos de participación ya consolidados y con una dilatada experiencia en nuestro Sistema de Salud. El Consejo de Salud de Zona se configura en el modelo de participación como el órgano colegiado de participación comunitaria en salud para el asesoramiento y el seguimiento en la toma de decisiones de salud en la Zona, para mejorar la gestión de servicios, garantizar los derechos de los usuarios y fomentar la promoción de la Salud. Por ello, el equipo de atención primaria de la Zona Básica de Tauste se plantea la creación y consolidación del consejo de salud de Tauste como elemento facilitador de la participación ciudadana en el sistema de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Constituir el consejo de salud de la ZBS de Tauste.
2. Mejorar la participación de los ciudadanos de la ZBS de Tauste en la mejora de la salud de la comunidad a través del consejo de salud

MÉTODO

La metodología para la creación y dinamización del CSZ que vamos a seguir son las pautas marcadas en la Caja de herramientas de la página web Salud Informa: 1. La "Caja de Herramientas" contiene una serie de documentos que pueden utilizarse, si se necesitan, en los Consejos de Salud de Zona. Son materiales sencillos que pueden facilitar el inicio y la dinámica cotidiana de los Consejos de Salud de Zona. 2. Están agrupados en "Constitución" donde aparecen unos documentos que pueden servir de ayuda en los primeros pasos de un nuevo Consejo de Salud de Zona que se constituye y en "Funcionamiento", cuando ya está en marcha desarrollando su cometido. El consejo es el órgano de participación de la población de la zona. Es un órgano de participación cercano y próximo a los ciudadanos donde se tratan cuestiones de salud individual y comunitaria.

INDICADORES

1. Configuración de la composición del consejo de salud:
Contactar con los alcaldes de la zona básica de salud
Contactar con las autoridades de salud pública
Contactar con los representantes sindicales y de consejo escolar de zona.
Motivar a dos profesionales del equipo para participar en el consejo
2. Reunión de constitución del consejo de salud de zona con el nombramiento del presidente, la decisión de la periodicidad.
3. Realizar una encuesta a los miembros del consejo para identificar los temas de salud que interesaría tratar en las reuniones del mismo.
4. Plan de reuniones anual con temas aprobados.

DURACIÓN

Constitución de equipo de trabajo: nov-dic 2016
Contacto con las autoridades y profesionales candidatos al consejo: enero-febrero 2017
Creación del listado de personas y cartas: marzo-abril 2017
Reunión de constitución del consejo y nombramiento del presidente: mayo 2017
Diseño y pase de encuesta de temas de interés: abril-mayo 2017
Nueva reunión para establecimiento de actividades para el primer año de funcionamiento: junio 2017
Redacción del informe final del proyecto: noviembre 2017

OBSERVACIONES

El equipo de trabajo distribuirá responsabilidades a los 8 participantes de tal forma que los componentes lideren un área de las siguientes:
1) Constitución de equipo de trabajo
2) Contacto con las autoridades y profesionales candidatos al consejo
3) Creación del listado de personas y cartas 4) Reunión de constitución del consejo 5) Nombramiento del presidente 6) Encuesta de temas de interés 7) Convocar segunda reunión con orden del día y redacción del informe final del proyecto 8) Monitorización por etapas

Bibliografía: Caja de herramientas de los Consejos de Salud de Zona del Servicio Aragonés de Salud.
<https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/participacion/participacion-en-salud/consejos-de-salud-de-zona/herramientas>

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0789

1. TÍTULO

FACILITANDO LA PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD: CREACION Y DINAMIZACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE TAUSTE

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..	: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0793

1. TÍTULO

BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCION URGENTE EN LA ZONA BASICA DE TAUSTE PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ASTIER PEÑA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAUSTE
· Localidad TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BANDRES OLIVAN MARIA TERESA
CARREERAS GIRALDA ANTONIO
MOLINES FUERTES HORTENSIA
AREVALO AMATRIAIN INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1) Desarrollo de 3 sesiones de formación en metodología AMFE (análisis modal de fallos y efectos) dentro de la estrategia de seguridad del paciente del centro.
- 2) Desarrollo de 8 sesiones de elaboración de flujograma de atención urgente, identificación de posibles fallos y sus efectos y de las causas latentes. Priorización de los fallos según NPR (número de priorización de riesgos). Selección de 3 acciones para desplegar en 2017
- 3) 3 acciones seleccionadas: 1) Elaboración de listado de contenido de maletín de guardia y de checklist de revisión de maletín de urgencias para facilitar el reponer material y promover el marcado con precinto de esparadrapo sellado cada vez que este bien revisado 2) revisión mensual de caducidades de fármacos y material de maletín a partir de checklist (documento excel) con contenido de maletín y caducidades actualizadas disponible en escritorio del ordenador de urgencias.3) Disponer en el coche de urgencias de las llaves de los consultorios periféricos de Novillas, Santa Engracia, Sancho Abarca y Pradilla por si fuera necesario recoger material para atención urgente fuera de horario laboral en dichas poblaciones.
- 4) Desarrollo de 2 sesiones formativas sobre la necesidad de una respuesta adecuada ante la ocurrencia de un evento adverso grave en el centro de salud de Tauste. Revisión de la guía de recomendaciones para elaborar un plan de respuesta ante evento adverso grave con atención a los pacientes, profesionales implicados y a la institución.
- 5) Elaboración de un plan de respuesta ante eventos adversos graves en el centro de salud de Tauste con revisión del mismo en sesión clínica y remisión a la dirección de atención primaria para su validación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1) Flujograma y AMFE del proceso de atención urgente en el centro de salud de Tauste (Se presentó una comunicación con la descripción del proceso en las XV Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud, Huesca, 14-15 Junio 2017. El trabajo recibió el tercer premio a la mejor comunicación oral.
- 2) Se ha elaborado la lista de material del maletín en formato excel (checklist por compartimentos). Esta disponible en el ordenador de urgencias. Los profesionales revisan el contenido del maletín en cada guardia y las caducidades una vez al mes.
- 3) Las llaves de los consultorios están disponibles en la guantera del coche de urgencias del centro de salud.
- 4) Se ha elaborado y remitido a la dirección de atención primaria del sector III el documento: Plan de respuesta ante un evento adverso grave con atención al paciente y familia afectados, a los profesionales involucrados y a la institución. Pendiente de aprobación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. El análisis estructurado del proceso de atención urgente en el EAP de Tauste ha permitido unificar criterios de mantenimiento de los materiales y equipos comunes de la atención urgente para reducir la probabilidad de que se produzca un evento adverso por falta de material o fármacos en las atenciones urgentes fuera del centro.
2. La elaboración del plan de respuesta ante eventos adversos graves en el EAP ha permitido compartir en el equipo situaciones de eventos adversos graves no bien resueltas y que podían haberse gestionado mejor. Por ello, se ha confeccionado un plan con el consenso del equipo que está pendiente de aprobación por la dirección de atención primaria del sector III.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/793 ===== ***

Nº de registro: 0793

Título
BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCION URGENTE EN LA ZONA BASICA DE TAUSTE PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0793

1. TÍTULO

BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCION URGENTE EN LA ZONA BASICA DE TAUSTE PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores:

ASTIER PEÑA MARIA PILAR, LOPEZ FRANCES ANTONIO, MOLINES FUERTES HORTENSIA, ZUECO OLIVAN GEMMA, BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL, BANDRES OLIVAN MARIA TERESA, CARRERAS GIRALDA ANTONIO, AREVALO AMATRIAIN INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SEGURIDAD DEL PACIENTE
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Seguridad del Paciente

PROBLEMA

La práctica sanitaria conlleva riesgos y la identificación y disminución de los eventos adversos (EA) relacionados con la misma es una prioridad de los sistemas sanitarios. En atención primaria (AP) los EA no aparecen por azar, sino que su frecuencia y distribución están relacionadas con una serie de factores causales. La realidad del sistema sanitario es muy dinámica ya que cada poco tiempo se incorporan nuevas evidencias científicas, nuevas tecnologías que ayudan a reducir unos riesgos pero que condicionan la aparición de otros nuevos, en lo que se denomina la curva de aprendizaje de las innovaciones en las organizaciones sanitarias. El conocimiento de la incidencia e impacto de los EA es sólo un primer paso en la gestión del riesgo clínico en el primer nivel asistencial y su prevención se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables. Además, es necesaria la extensión de la utilización de instrumentos como el análisis modal de fallos y efectos (AMFE), el estudio de incidentes o el análisis de causas raíz (ACR) para tratar de evitar lo fácilmente evitable, reducir aquello que es más difícil de prevenir y mitigar las consecuencias de los mismos. La Estrategia de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud 2015-2020 en el despliegue de la línea estratégica 2 de Buenas Prácticas, propone el desarrollo en cada organización sanitaria de planes de seguridad que permitan en su diseño una toma de conciencia de los principales riesgos y una respuesta inicial planificada que permita realizar una progresiva gestión de riesgos al equipo. El objetivo de este proyecto de mejora es el de diseñar y poner en marcha un programa de seguridad clínica para la atención urgente en el equipo de atención primaria de Tauste. El programa consiste en detectar aquellos procesos que suponen un riesgo para el paciente y si es posible eliminarlos, reducirlos o, al menos, mitigar sus consecuencias. Considerar también un plan de respuesta ante un evento adverso que facilite una atención adecuada al paciente y familia y a los profesionales del equipo implicados. Este abordaje tiene especial dificultad en la AP, donde la atención se realiza de manera longitudinal y con cierto grado de incertidumbre.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Mejorar la atención urgente por parte del EAP de Tauste, reduciendo el riesgo de incidentes o eventos adversos.
- 2) Garantizar una respuesta adecuada ante la ocurrencia de un evento adverso para el paciente y familia y para los profesionales implicados (plan de crisis).

MÉTODO

- 1) Desarrollo de un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) del proceso de atención urgente del EAP de Tauste que permita identificar los puntos críticos y generar áreas de mejora para la atención en el propio centro y para la atención fuera del centro (domicilios o vía pública).
- 2) Elaborar un plan de crisis consensuado y adaptado al equipo para dar una respuesta adecuada ante la ocurrencia de un evento adverso para el paciente y familia y para los profesionales implicados realizando una adaptación de los algoritmos de la Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas.

INDICADORES

- 1) Desarrollo de un AMFE: a) Existencia de los flujogramas de atención urgente tanto de asistencia en el propio centro como de atención a domicilio o vía pública. b) Listado de puntos críticos de ambos flujogramas. c) Existencia de matriz de priorización de actividades de mejora para priorizar las mejoras de ambos flujogramas en función de NPR. d) Seleccionar 3 acciones para desplegar a lo largo del año 2017. e) Evaluación de las 3 acciones desplegadas.
- 2) Existencia de un plan de crisis escrito y pactado del equipo de atención primaria de Tauste de respuesta tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas.

DURACIÓN

Un año

Cronograma de actividades:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0793

1. TÍTULO

BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCION URGENTE EN LA ZONA BASICA DE TAUSTE PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- 1) Constitución de equipo de trabajo y diseño de los flujogramas de atención urgente con los puntos críticos: nov-dic 2016
- 2) Creación de registro de incidencias y priorización de las acciones de mejora: enero 2017
- 3) Despliegue de las 3 acciones con mayor prioridad y factibilidad según NPR: febrero septiembre 2017
- 4) Elaboración de un plan de respuesta para situaciones de crisis asistencial con evento adverso: febrero-septiembre 2017
- 5) Evaluación del proyecto y redacción del informe final: octubre-diciembre 2017

OBSERVACIONES

El equipo de trabajo distribuirá responsabilidades a los 8 participantes de tal forma que los componentes lideren una actividad del proyecto.

Bibliografía:

- 1) Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ, Orozco D. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (España), 2008.
- 2) Torijano Casalengua, ML;Astier Peña, MP;Mira Solves JJ El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones Aten Primaria, 2016; 48(3). Marzo 2016. Doi:10.1016/j.aprim.2016.01.002
- 3) Astier Peña, MP;Torijano Casalengua,ML;Olivera Cañadas G Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria, 2016. ; 48(1). Enero 2016. Doi:10.1016/j.aprim.2015.08.001.
- 4) Vincents Ch, Amalberti R. Safer Healthcare. Springer: 2015, London. First edition..5). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Sanidad: 2015.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1328

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO JOSE LAUDO TESAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAUSTE
· Localidad TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASTIER PEÑA MARIA PILAR
BANDRES OLIVAN MARIA TERESA
FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento y material sanitario.

Inicialmente tuvo lugar la presentación del proyecto al EAP de Tauste en una reunión celebrada el día 11/4/17 donde se explicó el acuerdo de gestión firmado para el 2017 y en la que se repartieron los diferentes proyectos entre los integrantes del equipo.

La población diana era toda la correspondiente a la Zona Básica de Salud de Tauste y la participación de la población en el proyecto era pasiva.

La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

1.- Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín: analizamos la situación con respecto al procedimiento de medicamentos, nº PO-01_Z3 (P) E y el de material sanitario, nº PO-02_Z3 (P) E, para poder realizar nuestras actividades adaptándonos al mismo.

En sesión clínica celebrada en el Centro de Salud en fecha 15/5/17 se expuso a los miembros del EAP la necesidad de realizar un buen uso y control de los medicamentos y material del botiquín. Para lograr un adecuado uso y reducir errores, debía implicarse todo el EAP.

Asimismo se nombró a un miembro del EAP responsable de la supervisión del botiquín al cual debía acudir en caso de alguna incidencia.

2.- Gestión de maletines y sala de urgencias: basándonos en un proyecto realizado el año pasado por varios miembros del EAP que trabajaron en este apartado, hemos seguido con la misma dinámica de evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines para atención de urgencias fuera del centro de salud. Teniendo como guía el documento elaborado por la dirección del sector en lo relativo a la Gestión de las urgencias, hemos llevado a cabo acciones de mejora.

Se celebró sesión en el centro de salud al respecto en fecha 15/5/17 para aportar ideas nuevas y revisar el protocolo ya existente.

3.- Adecuación de la prescripción de medicamentos: hemos revisado los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión así como los listados de pacientes tratados con los mismos, monitorizando a través del cuadro de mandos la información remitida desde el servicio de farmacia.

En concreto lo referente a pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata, selección ineficiente de estatinas y racionalización de la asociación de estatinas a cualquier otro fármaco hipolipemiante en prevención primaria.

Dentro de las actividades realizadas se incluye una sesión clínica expuesta en fecha 10/7/17 en la cual se repasaban las indicaciones de las estatinas así como su eficacia y su eficiencia. Asimismo el día 12/6/17 se expuso en el centro de salud una sesión relativa a los pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata distribuidos por cupos para analizar la pertinencia de su indicación.

4.- Educación sanitaria en la utilización de tiras de glucemia: en sesión clínica celebrada el día 25/10/17 se comunicó a los miembros del equipo la instrucción del Salud del 21/5/13 al respecto donde aparece el listado que relaciona cada antidiabético con el número de tiras indicado para cada uno de ellos.

Se propuso mejorar los conocimientos de los pacientes en este aspecto para el mejor uso de este recurso. Asimismo se insistió en el correcto registro en OMI-AP para llevar una contabilidad lo más real posible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a la gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, se ha revisado y adecuado el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1328

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

listado de medicamentos a las necesidades del equipo, realizando distintas aportaciones en cuanto a solicitar algunos fármacos que hasta ahora no se encontraban en el petitorio del botiquín. Asimismo se ha definido el stock mínimo que debe haber en el centro de salud. También se ha cumplimentado la revisión de caducidades a través de la hoja PO-01_4-Z3 (P) E del año 2017.

Relativo a la adecuación de la prescripción de medicamentos, paso a detallar los datos aportados desde el cuadro de mandos de farmacia relativos al EAP Tauste, son los siguientes:

- Selección ineficiente de estatinas: el objetivo a alcanzar era estar por debajo del 19,63%. Partíamos en el año 2016 de un 29,24% y en los últimos indicadores de farmacia a fecha 1/12/17 estamos en un 28,65%. Se aprecia una leve mejoría en las cifras que esperamos termine de afianzarse a lo largo del próximo año.

- Racionalización de la asociación de estatinas con otros hipolipemiantes en prevención primaria: el objetivo marcado era estar por debajo del 10,05%. En el año 2016 era del 7,05%, y en los datos de diciembre de 2017 es del 7,09%. Debemos seguir trabajando en este aspecto para mejorar.

- Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica en pacientes pediátricos: la recomendación es que deben ser tratados con antibióticos de primera elección como penicilina V y amoxicilina o fenoximetilpenicilina. El objetivo marcado era estar en un rango del 83,8% al 95,3%, siendo a fecha 1/12/17 del 95,48%. Por tanto este indicador se cumple en el EAP de Tauste.

- Siguiendo con los indicadores de Pediatría, se analizaba la pertinencia de no dar antibióticos de forma rutinaria a niños con gastroenteritis. Las Pediatra del centro de salud, presentó en una sesión clínica el día 6/11/17 un repaso de estos aspectos.

- Para el resto de indicadores del cuadro de farmacia hemos revisado la medicación en el anciano relativo a fármacos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años así como fármacos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años a través de una sesión clínica en el centro de salud el 29/11/2017, repasando aquellos aspectos que influyen en la prescripción de estos grupos de fármacos en la población mayor y la importancia de la revisión periódica del listado de medicamentos para sensibilizarnos con la desprescripción de aquellos que realmente no aportan ningún beneficio al paciente y en cambio presentan efectos secundarios e interacciones varias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A continuación voy a pasar a comentar las conclusiones y otros aspectos derivados de la elaboración de este proyecto:

- Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín: sensibilizar a los miembros de equipo de la idoneidad de tener bien clasificados todos los medicamentos y material sanitario de que se dispone a través de la correcta cumplimentación de las hojas de caducidades y de tener actualizado el stock de fármacos a la hora de hacer el petitorio del almacén.

- Gestión de maletines y sala de urgencias: al cumplimentar el documento de verificación de equipos y material de urgencias y del maletín de urgencias (listado y distribución) hemos entrado en una dinámica positiva a la hora de iniciar el turno de Atención Continuada diario, ya que es una parte muy importante del servicio que se presta a la población y en el que conviene seguir una rutina pactada porque participan distintos miembros del equipo por lo que es importante la uniformidad de actuaciones.

- Adecuación de la prescripción de medicamentos: es importante alinearse en el Uso Racional del Medicamento para hacer un uso más eficiente de la farmacopea disponible a nuestro alcance. Para ello tenemos una herramienta muy útil como es el Cuadro de Mandos de Farmacia.

Reseñar que en la Zona Básica de Tauste están ubicadas dos Residencias de Ancianos por lo que la prescripción de fármacos potencialmente inapropiados o con riesgo anticolinérgico asumimos que es elevada. No obstante estamos sensibilizados en la revisión de los listados de medicamentos y en la desprescripción de aquellos que sea viable.

- Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia: el estamento de enfermería del centro de salud ha puesto en marcha actuaciones relativas a la educación de la población diabética en este aspecto, realizando intervenciones breves coincidiendo con las visitas programadas de este grupo de pacientes.

- En cuanto a Pediatría, estar sensibilizados en el no uso de antibióticos en niños con gastroenteritis excepto en casos de sospecha de sobreinfección bacteriana, así como en usar antibióticos adecuados en niños con faringoamigdalitis estreptocócica para evitar las resistencias de los microorganismos a los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1328 ===== ***

Nº de registro: 1328

Título
GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TAUSTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1328

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Autores:
LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente
4. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados

MÉTODO
Nombrar responsable y componetes de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación al documento relativo a Gestión de las urgencias elaborado por la Dirección del sector
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Adecuación de la prescripción de medicamentos
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

Educación sanitaria en la utilización de tiras de glucemia
Comunicación a los miembros del EAP de la instrucción del Salud de fecha 21 de mayo de 2013
Utilización del listado que relaciona cada antidiabético con el nº de tiras indicado en la instrucción
Adecuar el número de tiras
Mejorar los conocimientos de los pacientes diabéticos en este aspecto
Registro en OMI-AP
Detección de áreas de mejora y puesta en marcha de acciones correctoras.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas y sala de urgencias
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Adecuación de la prescripción de medicamentos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1328

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, estatinas en combinación en prevención primaria, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).
Revisión de pacientes en tratamiento con estatinas en combinación en prevención primaria (sí/no).

Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia

Registro del número de tiras de glucemia en OMI-AP.

% pacientes con diagnóstico de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:

Presentación del acuerdo de gestión al EAP

Definición de responsables.

Análisis de la situación del botiquín y sala de urgencias y de la adecuación de la prescripción

Junio-Octubre:

Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:

Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1334

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL Y MUJERES EMBARAZADAS

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA GUILLEN GALVE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAUSTE
· Localidad TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LORENTE SERRANO MARIA DEL CARMEN
TENA DOMINGO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES DE ORGANIZACIÓN

REUNIONES

ENERO 2017

- Reunión Pediatra y Enfermera de Pediatría con Matrona para establecer fechas de Reuniones con Embarazadas a lo largo de 2017
- Planteamiento del Proyecto del Taller de encuentro con familias árabes por Pediatra y Enfermera de Pediatría (Se realiza una revisión de historias clínicas seleccionando el nº de niños de origen árabe del cupo de Pediatría)

FEBRERO 2017

- Reunión en el Ayuntamiento de Tauste de Pediatra y Enfermera, con Servicio Social de Base de Tauste (Pilar Serrano y Marina Florián) a las que se comunica el Proyecto de los Talleres, se llevan datos del nº de niños árabes para confrontar con archivos de base social para hacer una selección de familias.

MARZO 2017

- Reunión de Servicio de Pediatría y Servicio Social en el Centro de Salud para decidir como llevar a cabo la Metodología del Taller

Se han seleccionado las familias, se proyecta la realización de un Folleto Informativo en árabe y español, se plantea la vía de llegar dicho folleto a las familias y se plantea el personal a participar en los talleres

ABRIL 2017

Reunión en la Ludoteca de Tauste, lugar donde se ha decidido llevar a cabo los talleres
Personas convocadas : Pediatra, Enfermera de Pediatría, Trabajadora Social de Base Tauste, Trabajadora Social del Colegio Publico Alfonso I Tauste, Coordinadora del Taller y Voluntaria de Cruz Roja
Se explica: Motivación de la realización del Taller, personas e instituciones intervinientes, nº de sesiones, metodología del Taller, lugar de realización, presentación del folleto informativo y forma de contacto con las familias (finalmente son 22 familias con distinto número de hijos, un total de 60 - 70 menores de 14 años y sobre todo mayor numero de niños menores de 6 años)

2 DE MAYO 2017

Reunión de Servicio Social y Pediatría con las familias seleccionadas, en Ludoteca, para explicarles en que van a consistir los talleres y fechas de realización.

FORMACIÓN

María Guillén Galve asiste el 4 de Mayo de 2017 a la Jornada de Trabajo en C S Seminario, sobre la Estrategia en Atención Comunitaria.

El 12 de Junio al curso ZS-0331/2017 Como iniciar un proceso de Atención Comunitaria desde un Centro de Salud y 21 de Noviembre ZS-0641/2017 Como evaluar juntos Proyectos Comunitarios.

DOTACIÓN DE RECURSOS

Utilización de Folletos informativos de los Talleres y lugar de realización, ambas cosas proporcionadas por Ayuntamiento de Tauste que financia los Folletos y cede el lugar.

Asuntos Sociales busca Voluntarias : Persona que coordina el taller, 2 traductoras y personal de Cruz Roja que atiende a los niños menores que acompañen a las madres durante el horario del taller

El lugar de realización de charlas a embarazadas se hace en la sala de Matrona del Centro de Salud

Para proyección de información se utiliza el cañón del Centro de Salud.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN DEL PROYECTO

Difusión Interna al Equipo de Atención Primaria, en Reunión de EAP, se explica por parte de la responsable el Proyecto y su inclusión en el contexto del Acuerdo de Gestión de 2017

Difusión Externa de dicho proyecto al Consejo de Salud celebrado el 2 de Mayo. Por otra parte S Sociales se encarga de la difusión y entrega de folletos a las familias y Reunión Informativa que se realiza así mismo el 2 de Mayo.

INTERVENCION - ACCIONES REALIZADAS

Reuniones, el 8 de Febrero y el 18 de Octubre, en la Sala de Matrona del Centro de Salud, Pediatra, Enfermera de Pediatría y Matrona con Embarazadas, aportando información sobre temas burocráticos referentes al modo de inclusión al sistema de seguridad social del futuro recién nacido, pasos a seguir (registro general, solicitud de cita para solicitud en SS en Ejea, entrega de documentación en S Admisión del Centro de Salud Tauste para asignación de pediatra) y a continuación resolviendo dudas de salud que van a surgir cuando nazca el bebe, realizando Educación para la Salud desde el embarazo, haciendo la reunión participativa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1334

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL Y MUJERES EMBARAZADAS

Talleres de encuentro con mujeres árabes "ENCUENTROS CON TÉ", se realizan en 3 días distintos: 3 de Mayo (Matrona), se tratan fundamentalmente temas de Anticoncepción, distintos métodos existentes, explicándolos de forma grafica mediante proyección con cañón y llevándose material in situ al respecto, explicación de prevención de enfermedades de trasmisión sexual y protocolo de utilización de píldora postcoital, resolución de dudas al respecto (Se pone en evidencia la diferencia cultural por ejemplo ante la explicación de métodos de barrera femeninos respondiendo las mujeres con gran interés y manifestando su desconocimiento en general de estos temas)

16 de Mayo (A Social del Colegio Publico Alfonso I perteneciente al Equipo de Orientación de Ejea de los Caballeros) se habla de la importancia de la relación del Colegio con las familias y el contacto permanente que debe existir para trabajar conjuntamente en bien del niño, se explica por ejemplo lo que es una "Tutoría" y su utilidad, quien forma parte de un Equipo de Orientación y como funciona y temas similares para que tengan conocimiento y puedan sentirse apoyadas por el colegio si lo necesitan

23 de Mayo (Pediatra y Enfermera)

Se expone información importante para las familias y el cuidado de sus hijos respecto a que es y como funciona un Centro de Salud, porque personal esta compuesto, quien es la Pediatra y Enfermera de Pediatría, como se accede a sus consultas (forma de cita), distintos tipos de consulta Programada (para controles del niño sano y vacunaciones, resaltándose la importancia de este tema) Demanda y posible Asistencia telefónica llamada Demanda no presencial

Se habla de Salud respecto a lactancia, alimentación sana, higiene, salud Bucodental, desarrollo psicomotor, primeros síntomas de enfermedades, causas por las que acudir a consulta o a Atención Continuada según mayor o menor urgencia, actitud de primeros auxilios ante caídas, heridas ...

Todo esto se realiza mediante proyección por cañón de con dibujos sencillos y de forma lo mas participativa posible para hacer mas entretenido y didáctico el taller, dado además que se va traduciendo a la par y que de otro modo se enlentecería mucho el desarrollo del taller

Finalizada cada sesión se toma te y alimentos de ambas culturas para mejorar la comunicación y relación en un ambiente distendido y durante cada sesión los menores que han venido con las mujeres han contado con servicio de guardería por parte de voluntarias de Cruz Roja para que las madres pudieran participar de forma optima

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han obtenido unos resultados de impacto, ha habido una sensibilización en los grupos destinatarios tanto en embarazadas como en las mujeres participantes en los talleres, estas últimas han mejorado las capacidades y habilidades a la hora de conocer y trabajar con la salud de sus hijos. Apreciamos una mejora en la autonomía en la consulta de Pediatría, una mejor utilización del sistema sanitario, una mayor satisfacción y bienestar y un cambio de relación con el entorno y organización, manifestándolo incluso verbalmente en la consulta, a posteriori de la realización de los talleres.

Los indicadores utilizados son :

Cuantitativos, numero de reuniones realizadas a embarazadas (2), numero de sesiones impartidas en talleres (3),

numero de profesionales participantes (los descritos en la elaboración de la memoria)

Cualitativos, encuestas de satisfacción por escrito a embarazadas mediante cuestionarios donde se valora a profesionales, información recibida, aportaciones etc. y para los Talleres se utilizó una encuesta verbal grupal y observacional.

En cuanto a aspectos no alcanzados hubiéramos querido desarrollar un Grupo de Crianza y hubiéramos realizado una ultima sesión de Talleres como recordatorio de temas y resolución de nuevas dudas quedando ambas cosas pendientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se detecta una falta de implicación de la población a la que van dirigidos los talleres en cuanto a la participación en el diseño del proyecto, que quizá habría que tener en cuenta.

Se detecta como dificultad para realizar el proyecto una falta de cohesión del equipo de Atención Primaria, quizá por falta de conocimiento de la Atención Comunitaria en sí, mejorando poco a poco a lo largo del año el apoyo para la consecución de los objetivos del proyecto, sería buena la realización de una agenda comunitaria para una mejor organización de estos temas.

El proyecto nos parece sostenible y además extensible a otros grupos de población vulnerable de la zona, por ejemplo a familias búlgaras dado que hay un numero elevado de ellas en la población de Tauste, de hecho se ha llevado el tema a Consejo de Salud donde participa S Sociales de Base y Ayuntamiento para iniciar el proceso al igual que se hizo en los talleres para familias árabes y contamos con su respaldo.

7. OBSERVACIONES.

Resaltar que durante este año hubo cambio de Matrona en el Centro y un Asunto Personal de importancia relevante de un Profesional participante en los talleres por lo que sugiero que se tenga en cuenta que surgen dificultades que limitan o retrasan la consecución de los proyectos.

Es importante que haya formación de temas de Atención Comunitaria y realización de proyectos en general con apoyo organizativo por parte de las Gerencias para el mejor desarrollo de estos temas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1334 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1334

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL Y MUJERES EMBARAZADAS

Nº de registro: 1334

Título
PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL Y MUJERES EMBARAZADAS

Autores:
GUILLEN GALVE MARIA, LORENTE SERRANO MARIA DEL CARMEN, TENA DOMINGO INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Es una accion comunitaria de promoción y educación de la Salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos del Acuerdo de Gestión del centro de salud de Tauste de 2017, es una continuación y ampliación del Proyecto Asistencial con el mismo título que se realizó en 2016.
Se basa en un trabajo grupal realizado por una parte entre Servicio de Pediatría y Matrona del equipo, realizándose unas charlas para embarazadas y en segundo lugar entre Servicio de Pediatría y distintas entidades de la zona, fundamentalmente S Educación (Guardería, Colegio, IES), S Sociales de Base del Ayuntamiento Tauste, S de Atención Temprana Ejea...
A lo largo del año pasado el Servicio de Pediatría detecta primero una aceptación y buenos resultados de las charlas dadas a embarazadas, por lo que propone mantenerlas y crear por parte de la matrona un grupo de "crianza". Por otra parte se detecta un incremento en el nacimiento de menores de nacionalidad marroquí y una llegada de familias marroquíes con menores, cuyas madres no hablan prácticamente castellano por lo que es difícil la comunicación. Además presentan unas diferencias culturales importantes en el cuidado y atención a los menores. Todo esto se enmarca dentro de las líneas estratégicas de promoción de las Actividades Comunitarias lo que nos parece útil, práctico y con posibilidad buenos resultados. Se pretende así mantener y ampliar los objetivos del proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Se valora como positiva la realización de unos talleres con mujeres árabes con el fin de acercarnos y mejorar relaciones, de manera que mejore la salud de esta población infantil que nos parece especialmente vulnerable. Los talleres tienen como objetivo un aprendizaje desde parto, postparto, planificación familiar, temas pediátricos asistenciales, cuándo hay que ir al pediatra, servicio de urgencias o que se puede hacer en casa ante una situación que requiera de asistencia médica, importancia de la higiene alimentación afectos etc., acercar la institución del colegio actividades extraescolares y participación en la vida social.
La actividad va dirigida a: niños de 0 a 14 años, embarazadas y madres en crianza, grupo de niños "vulnerables" a través de talleres a madres de las características descritas.
Resultados Promoción y Educación para mejorar la Salud Infantil.

MÉTODO
Comunicación de ampliación de proyecto al EAP.
Reuniones con Embarazadas cuando la Matrona considere oportuno según número de ellas y posteriormente reuniones "grupo de crianza".
Reuniones con Educación, Servicios Sociales, Ayuntamiento y posibles personas implicadas para llevar a cabo la realización de los talleres con mujeres árabes (con la participación de Pediatra y Enfermera de Pediatría, Matrona, Trabajadora Social, TS Colegio Tauste, TS y Educadora Social de Ayuntamiento, voluntarias Cruz Roja y mediadoras árabes para cuidados de menores y traducción).
Se contacta con dichas mujeres tras la realización de un folleto informativo con la colaboración del Ayuntamiento de Tauste.

INDICADORES
Número de reuniones realizadas y número de asistentes
Número de talleres realizados y número de sesiones
Número de profesionales participantes.
Encuesta de satisfacción a participantes

DURACIÓN
Mayo: Realización de Taller
Junio-Octubre: Reunión embarazadas Inicio grupo Crianza
Noviembre-Diciembre: Reunión de Embarazadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1334

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL Y MUJERES EMBARAZADAS

Posibilidad de plantear nuevo taller con otros grupos de familias.

OBSERVACIONES

El proyecto de los Talleres está puesto en conocimiento del Consejo de Salud de la zona y cuenta con su aprobación.
El Taller de encuentro con familias árabes tiene puesto el título en los folletos de ENCUNTROS CON TÉ.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1697

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS JACA PINZOLAS
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS TAUSTE
· Localidad TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL
JIMENEZ IBAÑEZ MILAGROS
MARTINEZ RUIZ VICTORIA
ALGARABEL LAFUENTE PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Implementación del procedimiento de consulta no presencial

- Reunión en EAP para presentar el proyecto. Responsable coordinador medico
- Reunión con el Sº Admisión para informar del proyecto. Responsable JC Jaca
- Se recibe información por parte de la DAP, avisando de la creación del acto DEMNP.
- Se informa al EAP y a Admisión del nuevo acto DEMNP y se normalizan nuevas matrices de agendas sistematizando huecos para dichos actos. Responsable JC Jaca
- Seguimiento de la actividad realizada de forma mensual si bien la periodicidad de vio alterada por problemas técnicos en SSCC por lo que a partir julio no se recibió información. Responsable coordinador medico y enfermería
- Se recoge en acta de EAP el seguimiento de los proyectos. Responsable coordinador medico
- En el EAP y contando con el Servicio de Admisión se ha desplegado una estrategia de información al usuario con la nueva opción de consulta telefónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

%DEMNP enfermería 6%
% DEMNP medicos 8%
% DEMNP pediatras 6%

Falta recibir información datos actividad final proyecto. No se han enviado de SSCC

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es útil pero está costando implementar. En muchas ocasiones se detecta el registro en actos de agenda que no es el creado adhoc.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1697 ===== ***

Nº de registro: 1697

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
JACA PINZOLAS JUAN CARLOS, BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL, JIMENEZ IBAÑEZ MILAGROS, MARTINEZ RUIZ VICTORIA, ALGARABEL LAFUENTE PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1697

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

PROBLEMA

Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0670

1. TÍTULO

CIRUGIA MENOR PROGRAMADA EN EL CS UNIVERSITAS

Fecha de entrada: 28/02/2018

2. RESPONSABLE LUCIA DIESTE AISA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OJEDA VERDE MARIA ISABEL
LIZANDRA FRON PEDRO
BONED JIMENO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Información y sesión de Formación a todo el equipo.
Adecuar la sala y los recursos materiales para la consulta de CM.
Crear agenda específica.
Se creó un material de apoyo de información sobre las lesiones a tratar y el seguimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El programa esta implantado en el CS.
Se completa el protocolo de OMI del Cs por lo que el indicador de pacientes atendidos se puede extraer del OMI.
Los pacientes atendidos están satisfechos. Observación en al consulta de seguimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La limitación de tiempo marcada por la demanda asistencial hace que el programa no se difunda y se amplíe en cobertura.
La difícil coordinación en horarios con Enfermería impide el mayor desarrollo del programa.
El proyecto debe ir reforzándose con motivación por parte de los profesionales.
Área a mejorar: El circuito con Anatomía Patológica y crear un circuito de consulta con Especializada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/670 ===== ***

Nº de registro: 0670

Título
CIRUGIA MENOR PROGRAMADA EN EL CENTRO DE SALUD DE UNIVERSITAS

Autores:
DIESTE AISA LUCIA, LOPEZ DIEZ MARIA DEL CAMINO, PEÑA DE MIGUEL SANTIAGO, SEDILES CABELLO ANA ISABEL, JORDAN PEREZ MARIA MAR, LIEVANO SEGUNDO PAOLA, PERALTA GINES MARIA, MUNIESA GRACIA PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....: Satisfacer una demanda

PROBLEMA
La Cirugía Menor es una actividad desarrollada tradicionalmente en AP.
Realizarla de forma programada, protocolizada y con procesos definidos y evaluables mejora la calidad, aumenta la seguridad y satisfacción del paciente al atender a sus necesidades, aumenta la motivación y satisfacción de los profesionales al mejorar conocimientos y habilidades y obtiene un resultado en el servicio sanitario con un coste razonable.

La detección como oportunidad de mejora se establece en la Autoevaluación del Contrato de Gestión (CG) y el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0670

1. TÍTULO

CIRUGIA MENOR PROGRAMADA EN EL CS UNIVERSITAS

método de Priorización que se utiliza es la valoración de la factibilidad del proyecto por parte del grupo de mejora al concurrir una serie de circunstancias favorables en su desarrollo:

Motivación de los profesionales, experiencia y formación,
Estructura y material necesario,
Demanda en las consultas.

RESULTADOS ESPERADOS

Desarrollar el programa de CM programada en el CS Universitas:

Atender la demanda: diagnosticar y tratar lesiones cutáneas incluidas en el protocolo de CM en AP.
Mejorar las habilidades y la colaboración de los profesionales sanitarios.
Aumentar la seguridad clínica de los pacientes al aplicar un protocolo consensuado y revisado.
Disminuir la derivación a Especializada.

MÉTODO

El coordinador y grupo de mejora elaboran el Programa. Para ello comparten los conocimientos y experiencias anteriores, revisan los protocolos de CM en AP y adaptan el programa a las necesidades y posibilidades del CS.

Todas las actividades las realizará siempre un equipo formado como mínimo por una persona de Medicina y una de Enfermería. El equipo de mejora se reunirá una vez al mes para controlar el desarrollo de las actividades y del programa.

Se analizan y definen las necesidades:

Estructura: Consulta y material necesario:

Mobiliario: camilla, mesas auxiliares, luz, contenedores.

Equipo básico de reanimación.

Material quirúrgico: bisturí eléctrico, equipo y material de curas.

Colaboración con Anatomía Patológica.

Organización (Estrategia): se establece un modelo de equipos quirúrgicos que se componen de un profesional de Medicina y uno de Enfermería que realizan las intervenciones siguiendo el protocolo y asumiendo la demanda que se vaya generando en el CS.

Se definen los Procesos de los que se compone el Programa:

Diagnóstico y Captación: Demanda en consulta de Medicina y Enfermería

Protocolo de Intervención.

Lesiones: las definidas en el protocolo de CM.

Tratamiento: con las distintas técnicas de CM.

Seguimiento: en consulta de Enfermería ó Medicina

Control y registro de complicaciones y resultados de Anat Pat.

INDICADORES

Indicador de Actividad:

Nº de lesiones tratadas en programa. Se obtendrá con el registro OMI.

Indicador de Calidad:

Porcentaje de correspondencia de diagnóstico clínico- anatomopatológico:

Nº de diagnósticos concordantes/ nº de diagnósticos no concordantes x 100.

Se calculará al comprobar siempre el diagnóstico Anatomopatológico. El Objetivo mínimo es una concordancia del 85%.

DURACIÓN

Octubre 2016: Adecuación de la sala, Revisión de necesidades de material.

Noviembre 2016: Revisión del Protocolo. Información al Equipo

Diciembre 2016: Inicio de la actividad.

Marzo 2017: Evaluación del desarrollo del programa. (1ª evaluación)

El Programa debe estar integrado en la actividad del CS.

Junio 2017: 2ª evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1649

1. TÍTULO

ADECUACION A LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Fecha de entrada: 01/03/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO TEMPORAL VISUS

· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OSES SORIA AMALIA
MURILLO LAHOZ EVA
AZNAR TEJERO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión de EAP explicando objetivos de mejora y metas a conseguir.

Momitorización del cuadro de mandos.

Utilización del Strepto test para el diagnóstico de Faringoamigdalitis y adecuar el tratamiento. Se ha llevado a cabo registro de los realizados:

El 66% de los test realizados fueron negativos y por lo tanto tratamiento sintomático y en los positivos fueron tratados con Penicilina.

Revisión de los pacientes en tratamiento con Lidocaína .

Revisión de los pacientes polimedificados .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Revisado el cuadro de mandos nos mantenemos dentro de rango para el uso eficiente de estatinas como para las faringoamigdalitis.

Se ha adecuado el uso de Lidocína .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido mentalizar al EAP de la importancia del uso eficiente de las Estatinas, del rieso anticolinérgico en pacientes ancianos.

Todavía queda mucho por hacer hasta alcanzar todos los objetivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1649 ===== ***

Nº de registro: 1649

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP UNIVERSITAS

Autores:
AZNAR TEJERO PILAR, LIZANDRA FRON PEDRO MANUEL, PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN, MARTINEZ MANERO ADRIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

Adecuación de prescripción de medicamentos: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1649

1. TÍTULO

ADECUACION A LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

se centran en la adecuación de:

- estatinas de menor eficiencia,
- parches de lidocaína,
- utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
- no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría.

MÉTODO

Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión.
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos.
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas.

INDICADORES

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1649

1. TÍTULO

ADECUACION EN LA PRESCRIPCIONB EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Fecha de entrada: 06/03/2018

2. RESPONSABLE PEDRO LIZANDRA FRON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Presentacion del programa el EAP dia 16 / 11 / 2017

Se presenta el programa con los objetivos según documentación redactada por el equipo de farmacia del area 3

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

seleccion eficiente de estatinas : 17.22 %
17.43 % (2016).
uso de ab. en faringitis estreptococica : 90 %
uso de atrpinicos en >75 años: 12.34%
12.76% (2016)
inh bomba protones: 72.98%
74,2% (2016)
seleccion eficiente hipolipemiantes:17.22%
17,43% (2016)
tto hipolipemiente combinado en p. 1ª: 6,18%
6.9% (2016)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revision del gasto farmaceutico y el uso apropiado de farmacos
tienden a ajustarse a los objetivos fijados por el contrato programa ;
el centro de salud Universitas cumple los parametros previamente fijados por el area 3.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1649 ===== ***

Nº de registro: 1649

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP UNIVERSITAS

Autores:
AZNAR TEJERO PILAR, LIZANDRA FRON PEDRO MANUEL, PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN, MARTINEZ MANERO ADRIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

Adecuación de prescripción de medicamentos: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1649

1. TÍTULO

ADECUACION EN LA PRESCRIPCIONB EN LA ASISTENCIA SANITARIA

relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:

- estatinas de menor eficiencia,
- parches de lidocaína,
- utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
- no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría.

MÉTODO

Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión.
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos.
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas.

INDICADORES

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:

Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:

Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1676

1. TÍTULO

CAMINANDO CON CORAZON

Fecha de entrada: 27/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR AZNAR TEJERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha diseñado un cartel informativo.

Se han definido las líneas estratégicas.

Se estableció la ruta a rerealizar en el parque.

Se diseñó power point informativo para dar a conocer el proyecto al EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se ha podido poner en marcha, ya que la siguiente responsable del proyecto, fue desplazada de la plaza por traslado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La idea es retomar de nuevo el proyecto, una vez que los nuevos miembros del EAP se hayan integrado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1676 ===== ***

Nº de registro: 1676

Título
CAMINANDO CON CORAZON

Autores:
AZNAR TEJERO PILAR, SANCHEZ GARCIA ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Conforme las personas se hacen mayores aparecen modificaciones y alteraciones en el estado de salud físico y psicológico. Estos cambios son progresivos pero hay evidencia científica con la que se demuestra que el ritmo de degeneración se puede modificar con la actividad física. El ejercicio puede ayudar a mantener o mejorar la condición física, el estado mental y los niveles de presión arterial de los ancianos. El realizar ejercicio regularmente aumenta la habilidad de un adulto mayor en sus quehaceres diarios, reduce los riesgos de enfermedades crónicas como las enfermedades coronarias y baja la tasa de mortalidad, en definitiva mejora la calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
Prevenir y reducir la discapacidad y prolongar su independencia

MÉTODO
-10 minutos de estiramientos y calentamiento suaves
-20 minutos paseando por el parque y educandolos en unos buenos habitos higienico-dieteticos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1676

1. TÍTULO

CAMINANDO CON CORAZON

INDICADORES

Usuarios que quieren participar en el programa de todos a los que se les ha ofertado la actividad.
Usuarios satisfechos con la actividad realizada a través de encuesta de satisfacción
Valorar mejora de valores de tensión arterial y peso

DURACIÓN

OCTUBRE :
MARTES Y JUEVES : 8,15H A 9H
NOVIEMBRE
MARTES Y JUEVES : 8,15H A 9H
DICIEMBRE:
MARTES Y JUEVES : 8,15H A 9H
continuaremos en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1683

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 07/12/2017

2. RESPONSABLE CARMEN CARRIQUIRI MILIAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ GARCIA ALICIA
MAGAÑA JULIAN ELENA
LAZARO ORTEGA MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CLASIFICACION EN GABETAS DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURAS DE SALAS 17 Y 18.
CAMBIO DE DISPOSICION DE LAS DOS SALAS
AMBAS SALAS MANO DE PINTURA
COLOCACION DE CORTINAS CON RAIL EN TECHO PARA PROTECCION DE INTIMIDAD DE LOS PACIENTES
PROHIBICION DE BAJAR A COGER MATERIAL EN ESTAS SALAS Y REPOSICION DIRECTAMENTE DE ALMACEN
CAMBIO DE LUGAR CARRO DE PARADAS PARA FACIL ACCESO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PROTECCION DE INTIMIDAD DEL PACIENTE
SENSACION DE ESPACIO EN AMBAS SALAS
MEJOR ACCESO PARA PODER REALIZAR LIMPIEZA DE SALAS AL RETIRAR MATERIAL QUE HABIA EN EL SUELO
ORDEN Y FACILIDAD PARA ENCONTRAR MATERIAL DE USO EN ESTAS SALAS DE URGENCIAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ORGANIZACION DE TRABAJO QUE SE REALIZA EN ESTAS SALAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1683 ===== ***

Nº de registro: 1683

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
CARRIQUIRI MILIAN CARMEN, OTAL VALLES MONTSERRAT, APARICIO TORNAY NURIA, JORDAN PEREZ MARIA MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1683

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

MÉTODO

Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1690

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 07/12/2017

2. RESPONSABLE ALICIA SANCHEZ GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RANDET LATORRE VICTORIA
ROMAN DIEZ MARI FE
MINGUILLON CASTILLO ANA
RIVAS RODRIGUEZ ANA
MOLINES MATEO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
IMPLANTACION DE CONSULTA NO PRESENCIAL EN EL CENTRO EN MEDICINA Y ENFERMERIA
LA DEMANDA LA GESTIONO PERSONAL DE ADMISION.
USO DE TELEFONO Y ORDENADOR

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SOLUCION DE DEMANDA ENFERMERA SOBRE DUDAS ACERCA DE ESTADO DE SALUD,ACERCA DE TRATAMIENTOS Y TAMBIEN CITACION DIRECTA CON SU ENFERMERA PORQUE LE PREOCUPABA ALGUN PROBLEMA DE SU FAMILIAR Y NO PODIA ACUDIR AL CENTRO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DIVULGAR A LA POBLACION ESTE SERVICIO TELEFONICO CON INFORMACION ESCRITA O EN Prensa, TELEVISION.

7. OBSERVACIONES.
MAYOR COLABORACION A LA HORA DE CITACION EN ADMISION,PASAN LLAMADAS PERO NO LAS REGISTRAN EN OMI PARA ENFERMERIA,SI PARA MEDICINA SE OBSERVA MAYOR REGISTRO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1690 ===== ***

Nº de registro: 1690

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
SANCHEZ GARCIA ALICIA, RANDET LATORRE VICTORIA, ROMAN DIEZ MARI FE, MINGUILLON CASTILLO ANA, RIVAS RODRIGUEZ ENRIQUE, MOLINES MATEO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1690

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

- 5 % de consultas no presenciales en medicina
- 10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1312

1. TÍTULO

TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE PAULA GARVI SOLER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UTEBO
· Localidad UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ MURILLAS MARIA PILAR
MUÑOZ RUIZ ANA
SOBREVIELA LLOP MARIA CARMEN
GASTON FACI ANA
ORTILLES GARCIA MARTA
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Difusión desde las consultas de pediatría del taller de lactancia, sobre todo, a los padres de los recién nacidos
2. Sesiones semanales del taller, todos los jueves de 12,30 a 14h. En estas sesiones se tratan temas que interesan a los asistentes y que surgen de forma espontánea. Algunos temas que se tratan con frecuencia son: lactancia, desarrollo psicomotor, sueño, alimentación, seguridad, apego.
3. En ocasiones se han realizado sesiones específicas sobre temas que han sugerido los asistentes:
4. Sesión sobre "alimentación infantil" impartida por una nutricionista (22/06/2017)
5. Sesión sobre porteo ergonómico impartido por una asesora en porteo (28/09/2017)
6. Sesión sobre lenguaje de signos para lactantes impartido por un especialista (19/10/2017)
7. Sesión sobre masaje infantil (abril 2017)
8. Sesión sobre sueño infantil (febrero 2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. La asistencia media de participantes al taller es de 10 personas. Los participantes son mayoritariamente madres, si bien aumenta la presencia de padres, sobre todo durante el primer mes de vida de los bebés
2. Los niños que acuden al taller suelen ser menores de 6 meses, el motivo principal de abandono suele ser laboral, la incorporación de la madre al trabajo fuera de casa. En caso de madres que no se incorporan al mundo laboral, el momento de abandono suele ser cuando el hijo cumple los 12-15 meses
3. El nivel de satisfacción de los asistentes es alta

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En estos momentos el taller de lactancia es un proyecto afianzado en la comunidad.

El taller de lactancia es un espacio en el que las madres se aportan ayuda mutua para mejorar sus sentimientos de autoeficacia respecto a su lactancia y a su maternidad. Las verdaderas protagonistas son las madres, los profesionales sanitarios que acudimos al taller somos simples moderadores.
De este proyecto ha surgido otra iniciativa, un grupo de madres de las que acuden al taller están intentando formar una asociación de "familias de niños de 0 a 3 años de edad"

La difusión y promoción del taller se hace fundamentalmente a través del centro de salud. Esta difusión podría mejorar a través de cartelería, y difusión en la revista mensual de la localidad.
Un complemento al taller de lactancia sería la creación de una consulta de lactancia materna en el servicio de pediatría que pudiera dar apoyo a las madres que precisan una atención más urgente por problemas relacionados con la lactancia.

Para poder mantener este tipos de proyectos a largo plazo es muy importante formar y capacitar en lactancia materna a todos los profesionales que atienden a la población pediátrica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1312 ===== ***

Nº de registro: 1312

Título
TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1312

1. TÍTULO

TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS

GARVI SOLER PAULA, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, MUÑOZ RUIZ ANA, RUIZ MURILLAS PILAR, GASTON FACI ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Fomentar la lactancia materna
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad existe evidencia suficiente para afirmar que invertir en la lactancia materna tiene un impacto significativo en la salud de mujeres y niños, y en las economías de los países. Según el último análisis sobre lactancia materna publicado por The Lancet, los niños amamantados durante periodos más largos tienen una menor morbilidad y mortalidad infecciosa, que aquellos que son amamantados por periodos más cortos o no son amamantados. Hay indicios crecientes que también sugieren que la lactancia materna podría proteger en el futuro contra el sobrepeso y la obesidad. La lactancia materna beneficia a las madres que amamantan, puede prevenir el cáncer de mama y podría reducir el riesgo de diabetes y cáncer de ovario. A pesar de la multitud de beneficios de la lactancia materna, en una sociedad como la nuestra en la que hemos perdido la cultura de la lactancia, las madres que amamantan a menudo no reciben el apoyo necesario y, cuando surge algún problema, no tienen a quién consultar.

RESULTADOS ESPERADOS

Fomentar la lactancia materna y evitar abandonos indeseados

- Ofrecer un espacio de apoyo y ayuda mutua, de libre acceso en el que las madres puedan compartir con otras mujeres sus experiencias para mejorar los sentimientos de autoeficacia de las mujeres respecto a su lactancia y a su maternidad.
- Ofrecer conocimientos y estrategias de manejo de las consultas frecuentes: cohecho, sueño, deposiciones, llanto excesivo, alimentación complementaria, reincorporación al trabajo
- Informar sobre recursos en internet relacionados con la lactancia y la maternidad.
- Se coordinará con el ayuntamiento la forma de publicitar en taller, para que llegue a toda la población de Utebo

MÉTODO

- El taller se realiza los jueves a las 12,30h y su duración es aproximadamente de hora y media.
- La captación es realizada por los profesionales del centro de salud. La matrona da a conocer la existencia del taller de lactancia a todas las embarazadas durante el trimestre del embarazo, y cualquier profesional del centro de salud puede desde su consulta derivar a mujeres al taller de lactancia.
- Está moderado por profesionales formados en lactancia materna: enfermera, pediatra y matrona del centro de salud.
- El taller se realiza en el edificio polifuncional del ayuntamiento
- Se realización de sesiones relativas a la crianza a petición de las madres
- La entrada al taller es voluntaria, no se precisa cita previa y está abierto a la asistencia de cualquier madre, o persona que precise apoyo en la lactancia o en la crianza

INDICADORES

- Satisfacción de los usuarios
- Asistencia al taller
- Realización de sesiones relativas a la crianza.

DURACIÓN

Se trata de una actividad continua, que se inició en 2015, se realiza cada jueves y se va a mantener mientras exista demanda por parte de la población.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1312

1. TÍTULO

TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1619

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE BELEN BRUN ALONSO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UTEBO
· Localidad UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOU ARNAL SALVADOR
IBAÑEZ ESTRELLA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Presentación al equipo médico del cuadro de mandos de farmacia.
Presentación del proyecto al equipo y recordatorio del cuadro de mandos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Poco impacto del proyecto, a la vista de los resultados que aparecen en el cuadro de mandos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Falta de hábito de implantación de programas de mejora en el equipo.
El no disponer de ordenador con conexión a la intranet en la sala de reuniones dificulta una buena explicación de los recursos y la puesta en común de las dificultades encontradas.
El envío desde Farmacia de listados de pacientes (identificados por nombre, no por AR) con problemas de prescripción motiva para su revisión.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1619 ===== ***

Nº de registro: 1619

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP UTEBO

Autores:
BRUN ALONSO MARIA BELEN, LOU ARNAL SALVADOR, IBAÑEZ ESTELLA JOSE ANTONIO, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DISLIPEMIAS, DIGESTIVO, ANTIBIOTICOS EN PEDIATRÍA, MATERIAL SANITARIO
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento y material sanitario. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia,
-uso de apósitos,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1619

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

MÉTODO

Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia y antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia (sí/no).
% de variación de gasto en apósitos a través de receta médica.
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.
Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1704

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GRAJERA SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UTEBO
· Localidad UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CONDE VAZQUEZ PAULA
CANDAU MARIN REYES
BAILLO GAY ANA MARIA
MANDADO ALMAJANO DANAE
PAULA SANZ ORMAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En cuanto a la gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, se han realizado las siguientes actividades:

1. Se realizó un inventario de la medicación que teníamos y se valoraron las necesidades reales
2. Se estableció con farmacia un listado de la medicación y se ajustó el pacto estableciéndose cantidades máximas y mínimas. Estas cantidades se han ido revisando en algunos casos ajustándolas a las necesidades reales.
3. Se ordenaron los medicamentos en el almacén alfabéticamente por principio activo y se prepararon etiquetas para su identificación.
4. Se han realizado tablas de conversión de nombres de fármacos de principio activo a nombre comercial y viceversa para facilitar la identificación de los medicamentos.
5. Se identificaron los fármacos termolábiles y se controla la temperatura de las neveras mediante gráficas.
6. Se han identificado y protegido de la luz los medicamentos fotosensibles.
7. Se realiza un control de caducidades mediante la hoja de Control de Caducidades PO-01-3_Z3(P)E tanto de los medicamentos del almacén de fármacos, como de los medicamentos de las gavetas de la sala de urgencias, carro de paradas y maletín de urgencias.
8. Llevamos una hoja de control de verificación de las caducidades
PO-02-2_Z3(P)E, mediante firma. Hemos establecido un responsable mensual de revisión de caducidades.
9. Se colocó una caja para depositar los medicamentos caducados de farmacia y de los maletines del equipo. Hay un responsable para llevarlos al punto Sigre cada dos meses.
10. Se ha colocado una hoja de Conservación de envases multidosos tanto en el almacén de farmacia como en la sala de urgencias, y se corrigen los plazos según las instrucciones de Farmacia (Ej viales de Tuberculina: ahora 24h) En las reuniones de enfermería se recuerda el plazo de conservación.

En cuanto a la gestión del almacén de material fungible:

Se ha colocado el material en dos estancias, una es el almacén del centro y la otra es el garaje, ya que el almacén del centro es muy pequeño y precisábamos más espacio. Hemos priorizado el material que está envuelto o cubierto en cajas para dejarlo en la estancia del garaje.

1. Se limpió el almacén, se contactó con dirección, para proceder a eliminar las RX antiguas y se reorganizó el espacio.
2. En reunión de equipo y mediante correo interno, se comunicó a los compañeros la nueva ubicación de los distintos materiales.
3. Se han establecido máximos y mínimos que se han ido ajustando. Reunión con responsables de almacén y Gemma Zueco el día 2 de Junio. Se ha bajado el pacto en algunos productos y en otros lo hemos tenido que subir.
4. Se recordó a los compañeros en reunión de equipo, que no se puede fumar en el almacén ni en el centro en general.
5. Se utiliza la hoja de " Relación de productos devueltos al HCU
PO-01-3_Z3(P)E

Respecto a la gestión de la sala de urgencias y carro de paradas

Se redistribuyó la sala de urgencias para ser más operativa. Se hizo un listado con la medicación y materiales necesarios y se organizó la distribución de la medicación y materiales en gavetas.

1. Se acordó el stock mínimo tanto de la medicación de las gavetas y materiales, como la del carro de paradas y maletín de urgencias
2. Se dispone de unas hojas con el contenido tanto del carro de paradas como del maletín de urgencias
PO-01-2_Z38P)E
3. En sucesivas reuniones de equipo y enfermería se insiste en la importancia de reponer el material utilizado y mantener el orden de la sala de urgencias.
4. Se organizaron en un archivador todos los manuales de instrucciones de los equipos y aparatos de la sala, ECG, Espirometro, desfibrilador...
5. Se separan las bombonas de O2 vacías y se llevan al almacén.
6. Se cambia el agua del humidificador de las balas de Oxígeno cada 3 meses

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1704

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a la gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín. Se han cumplido los indicadores:

1. Pacto de farmacia ajustado estableciendo máximos y mínimos.
2. Colocación de los medicamentos en el almacén por principio activo
3. Se dispone de tabla de conversión de nombre comercial a principio activo y viceversa
4. Hay una caja para retirar la medicación caducada del centro y se lleva al punto sigre cada dos meses aproximadamente
5. Anualmente se hace la revisión general del botiquín y productos y se lleva control de caducidades mensual mediante hoja de registro PO-01-3_Z3(P)E, así como control de firmas mediante hoja PO-02-2_Z3(P)E.
6. No hay en el almacén de farmacia, medicamentos que no sean los pactados.

En cuanto a la gestión del almacén de material fungible:

1. Se ordenó el almacén del centro y se acondicionó el garaje
2. El material está agrupado en estanterías
3. Se han establecido máximos y mínimos de todos los productos que se han ido ajustando conforme a las necesidades.
4. Actualmente ya no se fuma en el almacén
5. Se utiliza la hoja de " Relación de productos devueltos al HCU PO-01-3_Z3(P)E
6. Hemos conseguido no tener "almacenes" paralelos "por si acaso" e intentamos realizar los menos pedidos "urgentes" que podemos

Respecto a la gestión de la sala de urgencias y carro de paradas

1. La sala está ordenada de forma operativa
2. La medicación está ordenada en gavetas por principio activo y se ha fijado el mínimo que debe contener
3. Hay listados del contenido que tiene que haber tanto en el carro de paradas como en el maletín de urgencias.
4. Siguiendo las recomendaciones de la técnico de salud, hemos colocado unas tijeras en el aparato del DESA, y puesto fecha de apertura en el frasco humidificador del Oxígeno
5. Hemos organizado las instrucciones de los distintos aparatos de la sala de urgencias en un archivador para su consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general llevar este proyecto a cabo ha sido un poco costoso. En parte porque ha habido que vencer la resistencia al cambio y las rutinas que vamos adquiriendo con el paso del tiempo.

Por otro lado es muy gratificante encontrar los almacenes, la sala de urgencias y maletín ordenados y con la medicación revisada y actualizada

- Tenemos pendiente organizar el nuevo carro de urgencias, pero estamos esperando a tener los separadores y el protocolo para hacerlo
- Vemos necesario utilizar una hoja de incidencias para anotar lo que pueda suceder en la sala de urgencias y poder revisarlo con posterioridad. Actualmente nos lo decimos de palabra.
- Otra cosa que también tenemos pendiente, es utilizar alguna hoja de registro en la que podamos anotar la rutina de orden a seguir en la sala de urgencias.
- Aun, no hemos solicitado a farmacia ampollas de Morfina para tener en la sala urgencias y en el maletín de urgencias por el procedimiento establecido. Se comentó con coordinador médico, pero aun no se ha llevado a cabo.
- También nos falta utilizar la hoja de rotura de stock
- Tenemos que seguir insistiendo en el equipo de la importancia del mantenimiento de todo lo que hemos realizado a través de este proyecto.
- A ver si este año podemos formar el grupo de calidad del centro.

Desde aquí agradecer tanto a dirección de enfermería, como a la técnica de salud y de farmacia, su apoyo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1704 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1704

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Nº de registro: 1704

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1704

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1707

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ANA GASTON FACI
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UTEBO
· Localidad UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERRERO MARIA PILAR
GARVI SOLER PAULA
RUIZ MURILLAS MARIA PILAR
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR
ORTILLES GARCIA MARTA
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
CANDAU MARIN REYES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º Reunión con el equipo para presentar el proyecto.

2º Reuniones del grupo de trabajo.

Los martes que no hay reunión de equipo se han ido preparando las cartas a los colegios para presentar el proyecto, las charlas para los colegios (padres y alumnos), el póster divulgativo y comunicación con la empresa que gestiona la máquina expendedora del centro de salud.

También mediante un grupo de Wassap se va poniendo al día a todo el equipo

3º Reuniones con el ayuntamiento y con distintas asociaciones dentro e la mesa intersectorial de salud.

Ha habido 5 reuniones con la Mesa Intersectorial (16/06/2017,11/09/2017,15/09/2017, 20/10/2017 y 26/01/2018). Desde el ayuntamiento deciden presentar el proyecto a la RAPPSS.

Nos ofrecen publicar en la revista mensual diferentes artículos para promover los hábitos saludables en la edad infantil.

Se ofrecen como intermediarios para contactar con los diferentes centros escolares y con los servicios sociales.

Se divulgará desde el ayuntamiento las actividades que se vayan a realizar.

4º Reuniones con Consejo de Salud.

Presentación del Proyecto el día 15/09/2017

Información de las actividades realizadas el día 15/12/2017

5º Reuniones con los equipos escolares.

Se han tenido reuniones con los cuatro centros escolares. Primero para presentar el proyecto (06/11/2017 y 08/11/2017). Todos los colegios deciden colaborar y se planifican las charlas para padres y alumnos. Se decide dar la charla a los alumnos de 3º y 4º curso de EP. Coinciden los cuatro centros en la importancia de estar comunicados el Centro de Salud con los centros escolares para seguir haciendo otras intervenciones.

Tras la presentación del proyecto se ha tenido contacto de manera regular mediante correo electrónico y vía telefónica.

6º Charlas a padres:

-CEIP Infanta Elena. Realizada el día 27/11/2017. Se pasa una encuesta de valoración al final de la charla con una puntuación de 5/5. El comentario de los padres más recurrente era la corta duración, ya que tenían que cerrar el colegio y no duró más de una hora. A los padres asistentes les pareció una idea muy acertada el retirar los productos procesados del almuerzo.

En contactos posteriores a la charla, la directora nos comentó que habían disminuido mucho el volumen de la basura, ya que los productos procesados generan más residuos.

-CEIP Octavus. Realizada el 11/12/2017. La valoración de la encuesta fue 5/5 y el comentario más repetido fue solicitar más información sobre ejercicio físico.

-CEIP Artazos y CEIP Parque Europa quedan pendientes para el mes de marzo de 2018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1707

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO

7º Talleres con los alumnos de 3º y 4º de EP.

-CEIP Parque Europa: realizada el día 18/12/2017. Se realizan dos sesiones de hora y cuarto de duración cada una. En cada sesión había 48 alumnos. Han sido muy dinámicas y participativas. Llama la atención el elevado nivel que tiene en temas de salud, pero les influye más en su alimentación la publicidad que sus propios conocimientos.

-CEIP Artazos, CEIP Octavus y CEIP Parque Europa Quedan pendientes para los meses de febrero y marzo de 2018.

8º Difusión a la prensa.

Se pone en contacto con el Centro de Salud el Heraldo de Aragón, y se publica reportaje el día 24 de diciembre.

Se envía artículo a la revista mensual de Utebo para que se publique en el número de febrero.

9º Retirada de la máquina expendedora del centro de Salud todas las comidas procesadas el día 22/09/2017, dejando exclusivamente Café, agua y Coca-Cola en la bandeja inferior, fuera del alcance de la vista de los niños.

Los alimentos no saludables de las máquinas expendedoras de los centros deportivos no se pueden retirar hasta que finalice el contrato que tiene actualmente.

10º Poster publicitario: se realiza póster con dibujos realizado por niños donde se fomenta el consumo de alimentos frescos, elaboración casera y métodos que utiliza la industria para llamar la atención de los consumidores más pequeños.

Está pendiente que los envíe gerencia para ponerlos en el Centro de salud, colegios y Ayuntamiento.

11º Instalación de fuentes en las zonas con más afluencia de escolares. El ayuntamiento está realizando actualmente el estudio de cuales serían estos lugares.

12º Las ayudas que se les da a las familias con pocos recursos no incluyen alimentos procesados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para evaluar los resultados tenemos como punto de partida los datos de la Tesis de Ana Gastón, en la que el C. S. Utebo tiene una prevalencia de sobrepeso y obesidad de un 20%. Los datos son de los años 2010 y 2011. De manera anual se va a ir calculando la prevalencia de sobrepeso y obesidad utilizando la misma metodología para poder comparar y tener resultados objetivos.

Otros marcadores secundarios serán las encuestas realizadas en clase a los niños para ver si disminuye el número de niños que llevan productos procesados a la hora del almuerzo y el volumen de basura generado en los recreos. Estos marcadores se valoran a principio y final de curso.

Desde que se retiraron de la máquina expendedora los alimentos procesados no saludables se aprecia, de forma llamativa, que ya no entran los niños a las consultas con bolsas de snacks.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aceptación del proyecto ha sido muy buena por una parte de los padres, pero cuesta mucho modificar hábitos de alimentación, por lo que no podemos esperar resultados a corto plazo.

Hace falta involucrar mucho a los escolares, ya que son ellos los que demandan estos productos procesados, y por la edad que tienen resulta más fácil modificar hábitos.

Según resultados se valorara realizar otras actividades dirigidas a niños, y abordar el tema en las guarderías, tanto públicas como privadas, y en otros grupos de trabajo comunitarios, como es el taller de lactancia y crianza.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1707 ===== ***

Nº de registro: 1707

Título
ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1707

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO

GASTON FACI ANA, RUIZ MURILLAS PILAR, GARVI SOLER PAULA, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, CANDAO MARIN REYES, HERRERO JIMENEZ MARIA PILAR, ORTILLES GARCIA MARTA, SOLANS BASCUAS TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sobrepeso y obesidad infantil
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A pesar de que en las consultas de pediatría siempre se trata la alimentación, y que cada vez hay más preocupación por la alimentación saludable por parte de los padres, se aprecia que la alimentación infantil está más influenciada por el entorno escolar y publicitario que por el núcleo familiar, por lo que podría ser útil abordar el problema a nivel comunitario.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir las prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 2 a 14 años
- Promover una alimentación saludable a nivel familiar y comunitario

MÉTODO

- Reunión con el ayuntamiento a través de la mesa intersectorial para presentar el proyecto.
- Obtención de datos relativos a IMC de la población infantil
- Formación del equipo en alimentación saludable comunitaria para unificar criterios.
- Reunión con los directores de los centros educativos.
- Reunión con las APAS.
- Actividades de intervención mediante charlas y talleres dirigidas tanto a los niños como a su entorno familiar.

INDICADORES

- Datos de prevalencia anual mientras dure el proyecto.
- Número de talleres realizados.
- Número de charlas realizadas.
- Número de asistente a las charlas y a los talleres

DURACIÓN

Reunión intersectorial realizada en junio.
En el mes de septiembre se realizará las reuniones con los centros educativos y las APAS.
A lo largo del curso escolar se realizará los talleres y las charlas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0291

1. TÍTULO

MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE PATRICIA BARRANCO OBIS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VALDEFIERRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO
GONZALEZ GARCIA MILAGROS
VILLARES ANDRES ROSA ISABEL
ATANCE MELENDO ESTHER
ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesiones formativas para los profesionales sanitarios, médic@s y enfermer@s, residentes y estudiantes del C.S. Se abordó la valoración, diagnóstico, tratamiento y evaluación de la faringoamigdalitis, incidiendo en el correcto tratamiento antibiótico (prueba positiva).
Se revisó la Guía Clínica de FAA, resolviendo dudas y exponiendo casos clínicos.
Se involucro activamente al personal del uso racional de esta técnica (pacientes sin criterio o con solo un criterio Centor, no sería oportuno realizar dicha prueba).
Se realizo taller del manejo del Streptotest A para dicho personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Disminución de la prescripción de antibióticos más usados en A.P para el tratamiento de la FAA al discriminar infecciones víricas de las bacterianas.
Disminución del gasto farmacéutico en A.P.
Mayor satisfacción del paciente al evitar el uso de antibióticos por sus efectos secundarios, y aumento el grado de satisfacción en la atención recibida en dicho procedimiento.
El paciente comprende mejor el tratamiento, después de explicar por qué y para que se realiza esta prueba (observa el resultado en directo), ya que muchos de los pacientes demandan al profesional un antibiotico.
Implementación del uso del Streptotest en las consultas de los EAPs.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Streptotest A es una herramienta de gran ayuda para el profesional del A.P que contribuye a una reducción del consumo inadecuado de antibióticos en el tratamiento de las FAA de origen vírico.
Así como un uso racional de los medicamentos y su adecuación a las necesidades de atención a los pacientes en las consultas de los EAPs.

7. OBSERVACIONES.

Es necesario el seguimiento y desarrollo de sesiones formativas y de reciclaje de esta técnica diagnóstica, como comprobar a largo plazo la disminución del uso de antibióticos en nuestro EAPs. C.S. Valdefierro

*** ===== Resumen del proyecto 2016/291 ===== ***

Nº de registro: 0291

Título
MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA, EN LA CONSULTA DE UN EAPS. DISCRIMINACION ENTRE BACTERIANAS Y VIRICAS A TRAVES DEL USO CORRECTO DE ESCALAS DE VALORACION CLINICA Y TECNICAS DE DETECCION

Autores:
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO, BARCENA CAAMAÑO MARIO, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, OTO NEGRE ANTONIO LUIS, VILLARES ANDRES ROSA ISABEL, BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, ATANCE MELENDO ESTHER, ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS

Sexo Ambos sexos
Edad Todas las edades
Tipo Patología Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .. Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0291

1. TÍTULO

MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las infecciones respiratorias más frecuentes en nuestro medio. La FAA representa una causa nada despreciable de absentismo laboral, de hasta 6,5 días de media de baja laboral por episodio . Es también una de las razones más frecuentes por las que se prescribe un antibiótico en nuestro país, con una tasa aproximada de prescripción del 80%. A pesar de ello, la causa más frecuente de etiología bacteriana, la producida por Streptococcus pyogenes estreptococo β-hemolítico del grupo A (EBHGA) el %-30% de todas las faringoamigdalitis en niños y el 5-15% en adultos (2,3). En la práctica habitual, el diagnóstico se realiza en base a criterios clínicos (fiebre, exudado amigdalár, adenopatía cervical anterior y ausencia de tos), que tienen una baja sensibilidad para predecir infección por EBHGA (49-74%), por lo que la indicación de la prescripción antibiótica aumenta al haber un gran número de falsos positivos . Para el diagnóstico de la FAA la prueba de referencia es el cultivo de exudado amigdalár, cuya sensibilidad y especificidad son muy elevadas (90-95% y >95% respectivamente) . Control de las manifestaciones clínicas:
-Escala de predicción: Criterios de Centor.
-Métodos microbiológicos.
-El cultivo faríngeo es la prueba de referencia.
-Pruebas de detección antigénica rápida del EBHGA (Strep A) Streptococcus pyogenes o estreptococo β-hemolítico del grupo A.
-EBHGA es el causante del 20 - 30% de todas las faringoamigdalitis en niños 5 -15% en adultos.
-Es habitual la existencia de portadores asintomáticos, principalmente entre los niños (20%) (En adultos 5%). La faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las razones más frecuentes por las que se prescribe un antibiótico en nuestro país: tasa aproximada de prescripción del 80%. La estrategia que ha demostrado mejor cociente coste-efectividad, es realizar pruebas antigénicas rápidas a los pacientes con mayor probabilidad de infección por EBHGA. (Streptococcus pyogenes o estreptococo β-hemolítico del grupo A), y tratar en base al resultado, los casos positivos. Desde este punto de vista, la mejor recomendación para los pacientes con dos o más criterios de Centor sería realizar técnicas rápidas de detección de antígenos (StrepA).
2. Características clínicas específicas en base al germen etiológico de la faringoamigdalitis aguda (FAA).
3. Criterios para la discriminación en (FAA).
4. Criterios de Centor y probabilidad de infección por estreptococo β-hemolítico del grupo A.
5. Diferencias clínicas entre faringoamigdalitis viral y bacteriana.

Oportunidad de Mejora.

Para los pacientes:
Mayor grado de satisfacción en la atención recibida en este tipo de procesos.
Para los profesionales:
Un mejor uso de los antibióticos en las consultas de A.P.
Para la Administración:
Disminución de las D.D.D. de antibióticos en los EAPs.

RESULTADOS ESPERADOS

1-Mejorar el uso correcto y racional de los antibióticos, en los EAPs de salud, consultas de AP.
2- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a las consulta de AP. con este proceso (FAA).
3- Disminución del gasto farmacéutico en A.P.

MÉTODO

Se realizaran sesiones formativas (clínicas), del EAPs para la puesta en funcionamiento de esta asistencia clínica en las consultas del CS. Valdefierro.
Para esto se revisara la Guía clínica para el manejo de la Faringoamigdalitis aguda del adulto.
Se revisara la técnica de la determinación rápida del StrepA por parte del Equipo de Enfermería y en sesión formativa para el EAPs.
Así como para las consultas de GEDEN gestión de enfermería a demanda, en procesos agudos.

Evaluación de los aspectos imponderables como:

-Abastecimiento en almacén, (ya subsanado).
-Localización de los test.
-Conocimiento de todos los miembros del EAPs. de la técnica en el CS.
-Implementación de la técnica en las consultas del EAPs.

INDICADORES

Disminución de D.D.D. de antibióticos más usados en AP. para el tratamiento de la FAA. y evitar la duplicidad de la petición de consulta de los pacientes por FAA.
Corte de cartera de Servicios en AP.
Encuesta de satisfacción del usuario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0291

1. TÍTULO

MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

DURACIÓN

Continuidad de la implementación 2016 .
Evaluación a través de sesiones de Equipo cada seis meses programa ISO 9001del EAPs Valdefierro.
Evaluación anual del programa Mayo 2017.
El EAPs. cree necesario el seguimiento de esta actividad y continuar con la implementación de la técnica por todo el EAPs. de Valdefierro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0470

1. TÍTULO

ATENCIÓN VIA TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE UN EAPS

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUCIA BARTOLOME LALANZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDEFIERRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO PEREZ ARAMENDIA MARIA JESUS
ATANCE MELENDO ESTHER
GIL GIMENEZ NEREA
LARENA FERNANDEZ ISRAEL
GAY GASANZ BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se mantiene una cuenta específica de correo electrónico con contraseña de acceso confidencial. La cuenta con la que se inició el proyecto que era una cuenta de Gmail. se sustituyó, por recomendación de Informática del Sector 3, por una cuenta de Outlook dentro del Servicio Aragonés de Salud, creando el correo valdefierropediatria@salud.aragon.es para mostrar mayor confidencialidad de los datos a los usuarios. A esta cuenta de correo accedemos diariamente 2 pediatras y 2 enfermeras pediátricas. Los contenidos del correo así como las respuestas se registran en la Hª clínica del paciente. Existe la posibilidad de enviar archivos o enlaces web a páginas de información y Educación para la salud. En la agenda del profesional existen huecos específicos para citación de estas consultas con el epígrafe de Demanda no Presencial. Seguimos entregando al usuario hojas informativas con la dirección de correo electrónico donde se especifican los asuntos a tratar por este medio. La hoja está disponible en admisión del Centro, en el área de pediatría y en las diferentes consultas pediátricas. Se entrega en la primera visita de los padres y todas las veces que sea necesario. Nos comprometemos a contestar en un plazo máximo de 48 horas excepto correos enviados en fin de semana que se contestan el lunes. El proyecto y su seguimiento ha sido informado en varias reuniones del Consejo de Salud de Zona. Al año y medio de funcionamiento de este servicio hemos realizado una encuesta para averiguar el grado de satisfacción del usuario con esta cuenta de correo y comprobar su efectividad. Se realizó a través de Google Forms para que fuese anónima. Las cuestiones planteadas fueron:
-Este correo ha mejorado la accesibilidad a la consulta de pediatría?
-Este servicio ha ayudado a resolver las dudas sobre la salud de su hijo?
-El tiempo de respuesta a los correos le parece adecuado?
-La información adicional proporcionada mediante enlaces web y documentos adjuntos le parece útil?
-Puntúe del 1 al 10 su grado de satisfacción con el servicio proporcionado.
-Escriba cualquier sugerencia o comentario que crea que puede ayudar a mejorar el servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el día 28-5-2017 se recibieron 2058 mails, aproximadamente 4 al día. De las 2418 cartillas de pediatría hasta el 1-6-2017, 524 pacientes (21,68%) hicieron uso de este servicio. La encuesta de satisfacción se remitió a los 524 mails. Obtuvimos 157 respuesta (29,96%)
-El 97,4% consideran que constituye mejora en la accesibilidad.
-El 93,8% consideran que ayuda a resolver dudas sobre la salud de sus hijos.
-El 96,5% está satisfecho con el tiempo de respuesta.
-El 84,1% considera útil la información adicional mediante enlaces web y documentos adjuntos recibidos.
-El 94,3% puntúan el servicio del 8 al 10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La implementación de este servicio ha generado una satisfacción general de los pacientes que recomiendan se siga manteniendo e incluso sugieren que se amplíe a otras consultas.
-Se ha disminuído el número de consultas burocráticas presenciales, llamadas telefónicas y las interrupciones en mitad de la consulta.
-Permite tener mayor tiempo para responder las dudas y recapacitar sobre éstas.
-Se constata un aumento progresivo en la utilización del mismo por parte de los usuarios.
-Por otra parte, ha supuesto un incremento en la carga del trabajo de los profesionales, sobre todo los lunes, ya que no disponen de un tiempo específico de la jornada laboral dedicado únicamente a la contestación de los e-mails.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/470 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0470

1. TÍTULO

ATENCIÓN VIA TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE UN EAPS

Nº de registro: 0470

Título
ATENCIÓN VIA TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE UN EAPS. CS. VALDEFIERRO 2016

Autores:
BARTOLOME LALANZA LUCIA, BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, ATANCE MELENDO ESTHER, FUSTERO RAMOS LOURDES, GIL GIMENEZ NEREA, PEDRUZO GARCIA LORETO, VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS

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

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento del número de pacientes en las consultas de pediatría (cerca de los 1200 pacientes por cupo de pediatría en Valdefierro), la gran frecuentación (justificada por el alto número de lactantes) y el prolongado tiempo de espera antes de acceder a la consulta, justifica la búsqueda de soluciones para agilizar las consultas de pediatría.

-Objetivo.

Uso racional de la tecnología (teléfono y correo electrónico) con el fin de agilizar la consulta diaria de pediatría de atención primaria, para una serie de problemas que no requieren una consulta presencial. Disminuir el tiempo de espera del usuario.

Palabras clave.

Consulta telefónica, consultas por correo electrónico en pediatría.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Mejorar el uso correcto y racional de las consultas de pediatría y enfermería pediátrica en el EAP de salud.
- 2- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a las consultas de AP. por haber menos tiempo de espera.
- 3- Disminución del tiempo que pierden los padres esperando a una consulta presencial en A.P. y por tanto aumento de la satisfacción del usuario de estas teleconsultas.

MÉTODO

1º Se realizará una revisión bibliográfica de tema. Recopilación de experiencias similares en nuestro ámbito

2º Se seleccionarán los temas a tratar en este tipo de consultas:

- consultas puntuales (dudas sobre dosis, puericultura..),
- información sobre resultados de laboratorio (orinas de control, analíticas de rutina, resultados con niño sano..),
- resultado de RX de control...
- Renovación de recetas crónicas...

- Se establecerán los temas NO aptos para estas consultas:

- patologías que entrañan gravedad
- síndrome febril,
- patologías que requieren exploración e inspección...

3ºDiseño de agenda para la citación de estas consultas.

4º Diseño del correo electrónico y puesta en marcha.

5º Presentación del proyecto al Consejo de Salud

INDICADORES

A través de encuesta de satisfacción del usuario, y Consejo de Salud de Zona CS. Valdefierro.

DURACIÓN

Se puso en funcionamiento en Junio 2015 y el EAPS. cree necesario su seguimiento de la implementación así como su total conocimiento por el mismo y por la población del barrio, durante el próximo año 2017 y su posterior evaluación en Marzo 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0470

1. TÍTULO

ATENCIÓN VIA TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE UN EAPS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0516

1. TÍTULO

ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ROSA ISABEL VILLARES ANDRES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VALDEFIERRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUIL LANGARITA SUSANA
ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN
GONZALEZ GARCIA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
consulta programada de enfermería, sesion de formacion en el equipo,

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
27 derivaciones, con una media de 10 visitas por paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creacion de agenda diferenciada

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/516 ===== ***

Nº de registro: 0516

Título
ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

Autores:
VILLARES ANDRES ROSA ISABEL, BUIL LANGARITA SUSANA, ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, SOLER PARDINILLA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

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

Enfoque: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN TODO EL AMBITO SANITARIO SE CUIDA DE LA SALUD DE NUESTROS USUARIOS PERO TODAVIA QUEDAN ASPECTOS EN LOS QUE SE PUEDE MEJORAR MUCHO ASPECTOS INFORMATIVOS, DE AUTONOMIA DEL PACIENTE....REALMENTE EN LA INTEGRALIDAD EN LA ATENCION QUEDA MUCHO POR AVANZAR. ELCUIDADO ENFERMERO CONTEMPLA LA ATENCION DE UNA MANERA HOLISTICA Y COMENZAR A DESARROLLAR FACTORES QUE NO INCIDAN SOLO EN EL AMBITO PURAMENTE FISICO ES UNA OPORTUNIDAD. TODOS SUFRIMOS PERDIDAS DE MUCHOS TIPOS Y CUIDAR DE ESTO TAMBIEN ES UNA RESPONSABILIDAD ENFERMERA.

RESULTADOS ESPERADOS
- DESARROLLAR UN ROL PROFESIONAL.
- MEJORAR LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. INTEGRANDOLAS EN EL PROCESO VITAL DE LAS PERSONAS
- FAVORECER LA COMUNICACION TERAPEUTICA.
- MOTIVAR A LOS SANITARIOS A ESTE TIPO DE CUIDADOS.
- AUMENTAR LA AUTONOMIA DEL PACIENTE.
- FAVORECERLA COMUNICACION SOBRE ESTOS TEMAS.

MÉTODO
- DETECTAR LAS PERDIDAS IMPORTANTES
- OFRECER CONSULTA DE DUELO.
- DERIVACION DE PROFESIONALES SANITARIOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0516

1. TÍTULO

ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

- REUNION EN SESION CLINICA PARA EL EAP.

INDICADORES

- NUMERO DE DERIVACIONES.(REGISTRO)
- NUMERO DE CONSULTAS EN EL SEGUIMIENTO.
- ENCUESTA DE SATISFACCION

DURACIÓN

SESION CLINICA INFORMATIVA Y DIFUSION, IMPLEMENTACION Y DESARROLLO EN NOVIEMBRE DE 2016.
EVALUACION EN JUNIO 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1620

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE JESUS TOMAS RODRIGUEZ ALVAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDEFIERRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARCENA CAAMAÑO MARIO
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS
BARTOLOME LALANZA MARIA LUCIA
OTO NEGRE ANTONIO
SOLER PARDINILLA MARIA JESUS
VELA CONDON PABLO ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Presentación del proyecto al Equipo a cargo de María Jesús Lallana
sesión realizada el 19/09/2016

Revisión de los indicadores de Uso Racional del Medicamentos incluidos en el cuadro de mandos.

En cuanto a los indicadores no incluidos en el cuadro de mandos, revisión de pacientes en tratamiento con esos principio activos y que fueron enviados desde el Servicio de Farmacia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Selección eficiente de estatinas .
En diciembre del 2016 el indicador fue del 22,72% a 31 de diciembre de 2017 el indicador es de 20,33%. (mejoría del 10,5%)

-Utilización de antibióticos de elección en faringitis estreptocócica.
En diciembre del 2016 el indicador fue del 90,72 % a 31 de diciembre de 2017 el indicador es de 95,26%. (mejoría del 5%)

-Adecuación de la prescripción de fentanilo de absorción rápida en pacientes con dolor no oncológico.
*Se realiza una revisión de los pacientes con consumo de fentanilo de absorción rápida y se valora de forma individual la adecuación de la prescripción, modificando ésta mediante introducción de analgésico mórficos de liberación sostenida.
*Se contactó con la Unidad del Dolor a través del servicio de farmacia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo en equipo con objetivos claros facilita la obtención de resultados.
La obtención de listados de pacientes ha facilitado la revisión de los tratamientos.
Contar con el Servicio de Farmacia facilita el trabajo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1620 ===== ***

Nº de registro: 1620

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP VALDEFIERRO

Autores:
BARCENA CAAMAÑO MARIO, BARTOLOME LALANZA LUCIA, BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, OTO NEGRE ANTONIO LUIS, RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS TOMAS, SOLER PARDINILLA MARIA JESUS, TORRES RUBIO FERNANDO, VELA CONDON PABLO ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1620

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA VALDEFIERRO

Otro Tipo Patología: DISLIPEMIAS, TRATAMIENTO DEL DOLOR, ANTIBIOTICOS EN PEDIATRÍA

Línea Estratégica .: Seguridad clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:

- estatinas de menor eficiencia,
- opiáceos de liberación inmediata,
- utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
- no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría.

MÉTODO

Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión.
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos.
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas.

INDICADORES

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis.
Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.
Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN

Abril- Mayo:

Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:

Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:

Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1642

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ALFREDO VILLAFRANCA ESCOSA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VALDEFIERRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRANCO OBIS PATRICIA
BUIL LANGARITA SUSANA
PEDRUZO GARCIA LORETO
RERO GUIMERA MARIA JESUS
SAEZ LAFUENTE LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Sesiones formativas para los profesionales sanitarios, residentes y estudiantes del C.S, donde se abordó los siguientes temas:
-RCP básica y avanzada, en adultos y pediatría, recordando las dosis de los fármacos usados según las recomendaciones de la ERC 2015, resaltando las actividades de urgencia que se realizan en los domicilios.
-Revisión de los cambios propuestos en la ERC.
Carro de paradas, con el stock mínimo de fármacos para atender las urgencias en condiciones lo más optimas posibles:
-Aérea y ventilación: Ambu, mascarilla laríngea, bala de oxígeno.
-Circulación: Abocath, perfusiones disponibles tanto cristaloides como coloides.
-Revisar la caducidad del material y creación de un Excel para control de las próximas caducidades.
-Se propuso revisar las caducidades la última semana de cada mes (firma de la persona correspondiente) y correcto funcionamiento de los aparatos.
-Indicaciones de la ERC, en formato póster en la sala de Urgencias.
-Repaso del algoritmo de la obstrucción de la vía aérea.
-Repaso del listado de medicación, anexo al carro de paradas.
-Inclusión en el maletín de un plano de la zona.
-Se realizan sesiones para recordar los contenidos de los protocolos ante situaciones de urgencias en Atención Primaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Adiestramiento en una RCP.
-Conocer la ubicación de la sala de Urgencias.
-Listado de material y fármacos del carro de paradas revisado y adecuado a las necesidades de la Urgencia en A.P.
-Localización precisa y rápida por parte del todo el equipo del material en situaciones de Urgencia.
-Chequeo periódico de todo el material, tanto fármacos como material fungible.
-Designación de un responsable del control habitual del maletín y del carro de paradas.
-Rotulación de los cajetines de medicación, perfectamente separados por fármaco.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es fundamental en una Urgencia tener el carro de paradas revisado y consensuado, con la caducidad revisada y sin que falte nada del listado anexo al carro.
-El material después de una Urgencia siempre se debe reponer, para un buen uso y correcto mantenimiento del carro de paradas, y maletín.
-Reciclaje de los conocimientos por parte del personal de los EAPs. para que, en caso de la atención de las urgencias, que todos conozcan su actividad y dar una respuesta rápida, efectiva y eficiente, ante este tipo de atención.

7. OBSERVACIONES.

En la última sesión se propuso realizar un proyecto de mejora para que todos los centros sanitarios del Sector Zaragoza III, dispongan del mismo material y de la misma disposición en el maletín para facilitar al personal eventual la localización de dicho material en situaciones de urgencia, potenciando la seguridad del paciente y aumentando la calidad asistencial.
Se podría disminuir el peso del maletín de Urgencias o sustituirlo con ruedas.
Es necesario formar y realizar una acogida en el C.S. Valdefierro a todo personal eventual, para facilitar el trabajo de los profesionales, por eso proponemos la estandarización de dichas herramientas.
Se debería trabajar para consensuar una guía básica de equipación estándar dentro del Sector para los EAPs. Urbanos y Rurales, dado que las necesidades son distintas

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1642 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1642

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Nº de registro: 1642

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO, RERO GUIMERA MARIA JESUS, SAENZ LAFUENTE LAURA, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, VILLARES ANDRES ROSA ISABEL, BARRANCO OBIS PATRICIA, PEDRUZO GARCIA LORETO, BUIL LANGARITA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Gestión de riesgos: material sanitario, sala y maletín de urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1642

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1657

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS BLASCO PEREZ-ARAMENDIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDEFIERRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEDRUZO GARCIA LORETO
BARCENA CAAMAÑO MARIO
OTO NEGRE ANTONIO
RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS TOMAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

Difusión e información del proyecto al EAP.

Se ha revisado la bibliografía existente y otras experiencias similares en otros centro de salud. Hemos realizado varias reuniones del equipo de atención primaria para la elaboración, presentación y seguimiento del proyecto de "Gestión de la demanda a través de las consultas no presenciales". Así consta en las actas de las reuniones de los días:

9 de febrero, 30 de marzo, 21 de junio, 5, 20 y 24 de octubre y un control el 13 de diciembre del año 2017. En estas reuniones con el equipo del centro de salud se ha presentado el proyecto, se ha debatido cómo mejorar la gestión de la demanda. Se ha decidido cómo se preparan las agendas de médicos y enfermeros y qué tipo de consultas son susceptibles de ser atendidas de forma no presencial. Hemos decidido diferenciar entre consulta administrativa y consulta no presencial. Se decide incluir temas como el seguimiento de enfermedades crónicas que requieren pequeños contactos telefónicos o consultas sobre resultados analíticos o de pruebas complementarias. También incluimos interconsultas con especialistas.

Calculamos el número de consultas de este tipo se están haciendo en cada momento y cómo se puede aumentar la oferta para disminuir las consultas presenciales. Esto evita esperas en el centro y pérdidas de horas de trabajo al paciente por temas que se pueden resolver por teléfono o por correo electrónico. También se ha abordado el tema de la confidencialidad y la deontología. Esta consulta se ofrece como un complemento a la consulta presencial, dentro de un control integral y continuado del paciente.

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017.

En febrero ya empieza a generarse la agenda de algunos profesionales para comenzar a atender pacientes. Las llamadas se decide citarlas en estos horario y así no interrumpir con llamadas las consultas presenciales. Las consultas no presenciales se decide que se atiendan en momentos en que no entorpece la atención de otros pacientes que sí que están en el centro de salud.

Entre las consultas no presenciales se incluyen las consultas con los especialistas que contestan las interconsultas virtuales. Se decide el circuito por el cual una interconsulta virtual se cita en la agenda del médico (en una consulta no presencial) para que éste llame al paciente y comente lo que el especialista y el médico de familia han decidido respecto a su interconsulta

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional .

El 10 de enero de 2017 comienzan a diseñarse las agendas dejando varios espacios para las demandas no presenciales.

En diciembre del 2017 en 75 % de los médicos y el 71,4% de los enfermeros de equipo tienen agendas con tiempo especial para la demanda no presencial y el 100% de los miembros del equipo realizan este tipo de consulta y lo registran como tal, aunque su agenda no esté preestablecido este concepto.

4. Información al usuario: Servicio de Admisión informa al usuario al llamar a pedir cita o a pedir hablar por teléfono con su profesional de referencia.

A la población también se le informa a través del Consejo de Salud de Área. En la reunión del 31 de enero del 2017 se explica el proyecto para que se comunique al resto de los usuarios de sus asociaciones.

En la reunión del Consejo de Salud del 28 de mayo del 2017 también se explica el funcionamiento de las consultas virtuales con los especialistas y la gestión con los pacientes a través de las consultas no presenciales con los médicos de atención primaria.

5. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017.

En noviembre el funcionamiento de las consultas no presenciales ya es fluido y es usado por todos los profesionales.

Los pacientes ya usan este tipo de consulta con agilidad . Nos consta su satisfacción porque en varias ocasiones nos lo han manifestado ya que no tienen que esperar en las salas de espera y pueden ser atendidos por teléfono o e-mail sin perder horas de trabajo.

Por el momento no hemos hecho una encuesta de satisfacción al respecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1657

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos planteados son los siguientes: 5 % de consultas no presenciales en medicina y un 10 % de consultas no presenciales en enfermería.

RESULTADOS: desde enero a agosto el porcentaje medio de consultas no presenciales en consulta médica es del 3.025%, de consulta pediátrica es del 6.05% y de consulta no presencial de enfermería es del 5.77%.

Como cifras a destacar el mes que más demanda no presencia en medicina de familia fue marzo con un 3.6%, en pediatría en el mes de junio un 8% de las consultas fueron no presenciales. Enfermería durante el mes de mayo realizó un 8% de consultas no presenciales, siendo este el mes que más consultas de este tipo se realizaron. Los resultado promedio hasta agosto se van aproximando a los objetivos de proyecto, incluso son superados como ocurre en la consulta de pediatría (6.05%) que supera el 5 % del objetivo.

Hay algunos meses que se obtiene un 8% de las consultas en pediatría muy por encima del objetivo y en enfermería también un 8% muy cerca del 10% que nos hemos puesto como objetivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de centro de salud ha tomado con entusiasmo esta Proyecto y todos han colaborado a su implementación. Los pacientes parecen satisfecho pero en ocasiones se detectan pacientes que utilizan este recurso con frecuencia y para banalidades. También hay pacientes que llaman y cuando el profesional va a devolver la llamada ya no contestan el teléfono o acude a consulta antes de que el médico haya tenido tiempo de llamarle.

El número de consultas ha aumentado a lo largo del año. Se han obtenido los objetivos parcialmente, tenemos que continuar este próximo año para afianzar los resultados y mejorar los parámetros que no se han llegado a obtener totalmente.

Todavía queda por realizar más consultas no presenciales conforme tengamos más interconsultas virtuales con los especialistas. Por ejemplo las interconsultas que el especialista solo quiere realizar analíticas se puedes organizar con una consulta no presencial con el paciente, por teléfono o e-mail.

Esta es una herramienta que ya se nos hace imprescindible y cuando terminemos el Proyecto ya estará incorporado al quehacer diario. Es muy recomendable para todo tipo de consulta tanto de primaria como de especializada, de medicina y de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

Es importante registrar en la historia clínica lo que se ha gestionado por teléfono o por correo electrónico para evitar problemas deontológicos, ya que si las conversaciones o los mail escritos se sacan de contexto pueden generar problemas medico legales.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1657 ===== ***

Nº de registro: 1657

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, BARTOLOME LALANZA LUCIA, PEDRUZO GARCIA LORETO, BARCENA CAAMAÑO MARIO, OTO
NEGRE ANTONIO LUIS, RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS TOMAS, VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO, GONZALEZ GARCIA MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1657

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional
4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES

- 5 % de consultas no presenciales en medicina
- 10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN

1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG
2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017
3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1112

1. TÍTULO

LIBRO DE PROCEDIMIENTOS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ANGEL ROYO SARTO
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFITA MAINZ SERGIO
CASTAN RUIZ SILVIA
NUÑEZ TOBOSO MARIA ANGELES
CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se ha realizado en primer lugar el Mapa de procesos NIVEL 0 Y 1 para identificar aquellos procesos más relevantes para su inclusión en el Libro de Procedimientos.
2. Se identificaron 6 procesos clave y se inicia el trabajo del primero de ellos "Gestión Servicios de Admisión de los EAPs"
3. Se llevan a cabo reuniones con responsables de diferentes EAPs del Sector de ámbito rural y urbano para consensuar qué subprocesos y procedimientos englobarían las tareas de Gestión de Servicios de Admisión.
4. Se señalan a modo de procedimientos administrativos que forman parte de este primer Proceso, 17 entre los que señalamos aquellos que se han realizado, quedando pendientes los demás:
 - Citación en OMI
 - Generación Agenda
 - Citación Interconsulta virtual
 - Cargos a terceros
 - Prestaciones ortopédicas
 - Asistencia a pacientes con tarjeta sanitaria europea
 - Transporte sanitario
 - Remisión documental al archivo de la Administración de la Comunidad de Aragón

Cronograma:

Se propuso el primer trimestre 2017, pero en este periodo absolutamente infraestimado, pudimos realizar el mapa de procesos e identificación de procedimientos administrativos, cambiando fechas por firma del CP.

El desarrollo del proyecto se ha ido llevando a cabo a lo largo de reuniones mantenidas con los actores principales:

Señalamos varias de las reuniones con carácter técnico-informativo que se han mantenido a lo largo del periodo:

- 31 Mayo 2017, 13,30h: Visita a CS Sádaba: se abordan varios temas y se habla con responsable de Admisión sobre el proyecto, apuntando varias peculiaridades de subprocesos administrativos, en el ámbito rural.
 - 13 Junio 2017, 14,00h: visita a CS Ejea: entre otros se habla con personal del S Admisión para recabar información sobre aspectos administrativos de interés para el proyecto.
 - 21 Junio 8,00: Visita a CASSETAS y conversación con Admisión para cerrar información.
 - 29 Junio 8,30h Visita Cariñena: se recogen aspectos de actividades en Admisión, con particularidades del ámbito rural.
 - 8 Septiembre 9,00 Reunión en Delicias Sur: varios temas, con Admisión se obtiene información y resolución de dudas sobre el proyecto.
 - 20 Septiembre 2017, 13,30h Reunión en Seminario con Virginia Conchello, Jefe de Admisión del CS Delicias Norte: nos aporta información sobre el procedimiento de envío de historias Clínicas al Archivo DGA. Acordamos con ella repasar el borrador de procedimientos ya hechos, para su corrección.
 - Contacto telefónico con Magdalena Gómez, responsable del Archivo de la DGA, para aclarar algunas dudas relativas al procedimiento ya realizado.
 - Contacto con Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios.
- para resolver aspectos puntuales de Atención sanitaria a extranjeros.
- Noviembre (varios días): Revisión del procedimiento de transporte sanitario con Carmen Laborda, responsable del mismo en la DAP.
 - Septiembre (varios días): revisión del procedimiento de Solicitud de HC, con Pedro Elhombre, responsable del mismo en la DAP.
 - Así mismo se han aprovechado todos los días de revisión por la Dirección de la ISO de AP, para comentar, resolver y comentar sobre el seguimiento de los proyectos de EAP y Sector.

NB: En las reuniones/visitas a CS siempre han formado parte al menos 1 persona de DAP, técnico salud, coordinador médico y/o enfermería y responsable o una persona de Admisión.

Se propone prolongar el proyecto para terminar la parte de procedimientos administrativos de Servicios de Admisión e incluir el resto de procesos llevados a cabo en la propia DAP. El ritmo de trabajo se ve enlentecido por la participación de diferentes personas y áreas y por el proceso de elaboración fase borrador, revisión por responsable y documento definitivo. Así mismo quedaría pendiente una vez finalizado, colgar los procedimientos de Servicios de Admisión en la intranet.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1112

1. TÍTULO

LIBRO DE PROCEDIMIENTOS

Procedimientos de trabajo:

El proyecto finalizará con la creación de todos los procedimientos que recogen el dominio de las tareas y responsabilidades de lo que es una Unidad de Clientes de un Dirección médica, así como el desarrollo documental de la actividad llevada a cabo en la propia DAP y grupo técnico de apoyo.
La relación de procedimientos completados se ha comentado en tareas realizadas.
No ha habido cambios técnicos importantes de procedimientos de trabajo, pero sí se sistematiza y disminuye la variabilidad en la forma de trabajar de nuestras Admisiones, que en algunos casos contaban con peculiaridades que se han podido generalizar.

Plan de Comunicación:

1. Reuniones interna de DAP y cuerpo Técnico para desarrollo de los proyectos: primer acta el día 19 abril 2017.
2. Reuniones con cada EAP a la firma del AG exponiendo los proyectos que se desarrollan en el CP. Cronograma disponible en epiware con la fecha de reunión con cada EAP.
3. Reuniones con el gerente de Sector para informar de proyectos y seguimiento de los mismos: 14 junio 9,00h // 29 sept. 8.00h
4. Comisión de Dirección de Sector: presentación de proyectos del CP (Acta 19/2017, fecha de 1 mayo 17)
5. Consejo de Salud de Zona: información de los proyectos que se están llevando a cabo en CS y/o Sector (ámbito AP)
6. Consejo de salud de Sector: en la reunión mantenida el 11 de mayo de 2017, se expusieron los proyectos para el año 2017, tanto de primaria como de especializada
7. Al finalizar el proyecto: inclusión en intranet e información y disponibilidad de los documentos para todos los profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Evaluación de resultados:

1. Documentación existente: SÍ. (Procedimientos punto 4 del apartado Actividades realizadas)
2. Difusión Proyecto: Porcentaje de EAPs conocedores del proyecto: 100%

Impacto del proyecto:

Si bien el proyecto no ha concluido, el impacto del mismo sería: Configurar y crear la Unidad de Clientes de la DAP Z3 que en estos momentos no existe, estandarizar procedimientos de actuación ágiles, consensuados y adaptados a las características de nuestros EAPs, Gestionar de forma integral y coordinada los trámites administrativos a nivel central, a nivel de Sector y a nivel de la DAP.

- Establecer un nexo de comunicación, información y referencia para los Sº de Admisión de los 22 EAPs (procesos de "mostrador" y "ventanilla única")
- Dar un enfoque integrador a la información y comunicación desde la Unidad de Clientes de la DAP con los Servicios de Admisión de los EAPs, favoreciendo la colaboración con los mismos para la detección de necesidades y resolución de problemas.

La orientación del mismo es hacia el cliente interno en el seno de la propia DAP, Servicios de admisión y profesionales y hacia el cliente externo en procedimientos concretos cuya actividad va dirigida directamente al usuario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración del grupo de mejora y lecciones aprendidas: destacamos como positivo la colaboración externa por parte de todos los implicados en reuniones y que han brindado de forma proactiva toda su experiencia y opinión al respecto, así como la valoración desde los Servicios de Admisión que han hecho del proyecto recalando la necesidad y la predisposición a trabajar todos de la misma forma, así como la facilidad de suponer de un "libro" que plasme lo que se hace y cómo se hace a las personas que se integren de nuevo a trabajar en servicios de Admisión. Por tanto constatamos la necesidad sentida y percibida del proyecto.

Tenemos la perspectiva de todos los procesos clave, coordinación y responsabilidad de cada uno de ellos y posteriormente la gestión de la mejora de los mismos.

El trabajo por procesos si bien no ha finalizado, ya nos ha permitido un primer objetivo en términos de resultados de la organización, en este caso y de forma verbalizada (no hemos medido por encuesta de satisfacción) a través de de satisfacción del cliente interno.

A largo plazo esperamos conseguir:

- Reducción de costes internos innecesarios (actividades sin valor agregado).
- Reducción de plazos
- Mejorar la calidad y el valor percibido por los clientes.

Queda pendiente además de lo ya explicado en otros apartados de esta memoria, la parte técnica e informática de inclusión documental en la intranet de AP.

Respecto a la sostenibilidad del proyecto, la gestión por procesos es siempre un proyecto flexible y activo en función de los cambios e inclusión de nuevas responsabilidades a los actores principales, cambios que pueden surgir en la dinámica interna de la DAP, o cambios externos inducidos por procesos estratégicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1112

1. TÍTULO

LIBRO DE PROCEDIMIENTOS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1112 ===== ***

Nº de registro: 1112

Título
LIBRO DE PROCEDIMIENTOS

Autores:
ROYO SARTO ANGEL, LAFITA MAINZ SERGIO, SARASA BELLOSTA CRISTINA, ZUECO OLIVAN GEMMA, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actuación de los servicios de admisión en diversos procedimientos se ve truncada ocasionalmete por la estacionalidad de los contratos, requiriendo en ocasiones un periodo formativo en el mejor de los casos, o una discontinuidad de servicios en el peor. La unificación y registro escrito de dichas actuaciones en forma procesal / algorítmica puede contribuir a disminuir la variabilidad mejorando el funcionamiento del servicio de admisión.

RESULTADOS ESPERADOS
Gestión alta y modificación de usuarios
Circuito de urgencias
Libro de procedimientos

MÉTODO
ACTIVIDADES
Creación con los profesionales de los servicios de admisión de los equipos de un libro de procedimientos .

OFERTAS
Libro de procedimientos

INDICADORES
Valoración de informe con las medidas adoptadas

DURACIÓN
Primer trimestre 2017

OBSERVACIONES
Colaboración con Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1114

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS Y DEL MATERIAL FUNGIBLE EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES AZA PASCUAL-SALCEDO
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro DAP ZARAGOZA 3
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS
SARASA BELLOSTA CRISTINA
ZUECO OLIVAN MARIA GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Actualización del "Procedimiento operativo de control y gestión de los botiquines de medicamentos en los centros de salud del sector Zaragoza III"
- Difusión activa del procedimiento entre todos los profesionales y acceso directo desde la intranet del sector
- Revisión de los consumos del año 2016 y ajuste de los pactos de medicamentos de botiquines y actualización del programa del HCU
- Elaboración de información sobre caducidad de los envases multidosis y difusión a todos los EAP
- Actualización del listado de medicamentos fotosensibles y difusión a todos los EAP
- Distribución de etiquetas para facilitar el control de los medicamentos (Próximo a caducar. Fecha ; Para envases multidosis: fecha de apertura y fecha de caducidad)
- Revisión de seguimiento de los botiquines: Revisión en todos los centros de salud del sector de los botiquines de medicamentos, la sala de urgencias, el carro de paradas, el maletín de urgencias y las neveras con dotación de fármacos de cada uno de los centros de AP del sector (cumplimentación de "Hoja de informe sobre la revisión de los botiquines) en las siguientes fechas

ALAGON:30/06/2017; 24/08/2017
BOMBARDA: 18/12/2017
BORJA: 08/02/2017
CARIÑENA:29/06/2017
CASETAS:27/04/2017
DELICIAS NORTE:18/12/2017
DELICIAS SUR: 15/11/2017
EJEA DE LOS CABALLEROS:13/06/2017
ÉPILA: 12/07/2017
GALLU:22/12/2017
HERRERA DE LOS NAVARROS:11/12/2017
LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA: 02/01/2018
MARÍA DE HUERVA: 12/06/2017
MIRALBUENO: 17/11/2017
OLIVER: 03/05/2017
SÁDABA: 31/05/2017
SOS DEL REY CATÓLICO: 24/01/2017
TARAZONA: 02/11/2017
TAUSTE: 22/12/2017
UNIVERSITAS: 15/12/2017
UTEBO: 31/10/2017
VALDEFIERRO: 23/11/2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualización y difusión al 100% de los EAP e inclusión en la intranet del sector de
-El procedimiento de control y gestión de medicamentos en los centros de salud
-la información sobre medicamentos fotosensibles
-la información sobre la caducidad de los envases multidosis

Se revisaron el 100% de los depósitos de medicamentos de los centros de salud del Sector Zaragoza III y se cumplimentó la "Hoja de informe sobre la revisión de Botiquines": 100% EAP

Reposición de etiquetas para facilitar la revisión del botiquín, en los centros que se solicitan

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque los EAP conocen el procedimiento, se solucionan muchas dudas sobre la metodología en las revisiones, sobretodo porque hay cambio en el personal y porque se modifican la forma de pedir al hospital de referencia, debido a la inclusión de fármacos que requieren registros específicos para su dispensación a los EAP

Los profesionales se han sentido apoyados porque desde la Dirección se les han facilitado nuevas etiquetas para ordenar los botiquines de los medicamentos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1114

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS Y DEL MATERIAL FUNGIBLE EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1114 ===== ***

Nº de registro: 1114

Título
CONTROL Y GESTION DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS Y DEL MATERIAL FUNGIBLE EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
SARASA BELLOSTA CRISTINA, LAFITA MAINZ SERGIO, ROYO SARTO ANGEL, ZUECO OLIVAN GEMMA, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en el objetivo de seguridad del paciente y en el de uso racional de medicamento

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer las pautas de emisión, recepción, distribución, conservación y revisión de medicamentos y productos sanitarios en un equipo de atención primaria

Establecer las pautas de solicitud, recepción, distribución, conservación y revisión del material fungible de los Equipos de atención primaria

Mejorar la seguridad evitando la existencia de medicamentos y material caducado.

Mejorar la gestión de estocajes, evitando el acumulo de medicamentos y materiales innecesario en los centros favoreciendo la eficiencia de los mismos

MÉTODO
Visita de los responsables que designe la DAP al almacén del centro de salud para realizar el diagnostico de la situación.
Información sobre los procedimientos establecidos.
Facilitación del soporte documental y de almacenamiento requerido en cada caso, (etiquetas, regletas de soporte, contenedores, etc)
Reordenación del almacén si procede.
Visitas de seguimiento y evaluación por parte de los responsables.

INDICADORES
Acta de reunión de inicio.
Evaluación de la instauración del procedimiento: si/no.

DURACIÓN
Visita de los responsables : enero marzo 2017.
Facilitación del soporte documental y de almacenamiento enero abril 2017
Seguimiento marzo diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1114

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS Y DEL MATERIAL FUNGIBLE EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1118

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 25/02/2018

2. RESPONSABLE SERGIO LAFITA MAINZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SARASA BELLOSTA CRISTINA
ROYO SARTO ANGEL
CASTAN RUIZ SILVIA
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cronograma de implantación:

1. Realización del borrador del proyecto(información al usuario, criterios que debería cumplir una DEMNP, responsabilidades del S Admisión, flujograma) : 1-31 Julio, 1-15 sept. Responsables. S. Lafita,Diana Serrano, S. Castán,
2. Activación acto DEMNP por parte de SSCC (OMI AP): 20 septiembre
Primera reunión con Valdefierro y Gallur: Presentación del proyecto a coordinadores médicos, de enfermería y responsables del S. Admisión y acordar puntos del borrador del proyecto. El inicio de la implantación del proyecto será de forma paulatina y se iniciará por el registro en las agendas de OMI del acto DEMNP en todas aquellas consultas telefónicas que de forma espontánea surgen del propio paciente. Responsable: S Lafita y C Sarasa
3. Inicio piloto en Valdefierro y Gallur: 30 septiembre a 15 octubre. Responsables: S. Lafita y C Sarasa
4. Segunda reunión Valdefierro y Gallur (coordinadores médicos, de enfermería y responsables del S. Admisión) 14 diciembre, para ver dificultades y propuestas de solución. Gallur: pendiente realización reunión de EAP para difundir el proyecto. En consultorio de Mallén (coordinadora Gallur) se ha comenzado a registrar consultas telefónicas en OMI.
Valdefierro: Se realizó reunión de EAP y se ha puesto en marcha en todas las agendas el registro en OMI de las consultas telefónicas. SE propone Normalización de la matriz de las agendas con la aparición de 2-3 huecos de DEMNP
5. Inclusión proyecto en CP: Mayo 17. Se acuerda desplegar por los EAPs el proyecto a nivel de AGC

El proyecto de consulta no presencial desplegado por todos los EAPs del Sector Zaragoza III, responde a una nueva línea asistencial enmarcadas en el contexto de Ordenación asistencial del Departamento.
Con esta nueva prestación, el paciente tiene la opción de resolver algunas de sus necesidades de salud mediante una llamada al profesional de Atención Primaria que precisa (médico, enfermera...), sin que sea preciso que acuda físicamente al Centro de Salud, facilitando su accesibilidad y racionalizando la demanda presencial.
Evidentemente se añade una nueva vía de accesibilidad asistencial.

Plan de Comunicación:

1. Reuniones interna de DAP y cuerpo Técnico para desarrollo de los proyectos: primer acta el día 19 abril 2017.
2. Reuniones con cada EAP a la firma del AG exponiendo los proyectos que se desarrollan en el CP. Cronograma disponible en epiware con la fecha de reunión con cada EAP.
3. Correo electrónico a todos los coordinadores y S admisión sobre la nueva modalidad de DEMNP (28 octubre 16)
4. Reuniones con el gerente de Sector para informar de proyectos y seguimiento de los mismos: 14 junio 9,00h // 29 sept. 8.00h
5. Comisión de Dirección de Sector: presentación de proyectos del CP (Acta 19/2017, fecha de 1 mayo 17)
6. Consejo de Salud de Zona: información de los proyectos que se están llevando a cabo en CS y/o Sector (ámbito AP)
7. Consejo de salud de Sector: en la reunión mantenida el 11 de mayo de 2017, se expusieron los proyectos para el año 2017, tanto de primaria como de especializada.
8. Información a la población desde los propios servicios de Admisión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores son extraídos de registro actividad agendas OMI a nivel central y enviados de forma mensual, el objetivo a alcanzar es:

- Porcentaje consultas no presenciales médicos = 5%
- Porcentaje consultas no presenciales enfermería = 10%

Resultados alcanzados a fecha de octubre de 2017:

De forma agregada a nivel de Sector:

Porcentaje consultas no presenciales médicos: 4%
Porcentaje consultas no presenciales enfermería: 3%
Porcentaje consultas no presenciales pediatras: 4%

Queda pendiente recibir datos fin de proyecto (diciembre 2017). Queda pendiente la recepción de datos fin de proyecto. Los datos hasta mayo fueron enviados sistemáticamente y de forma mensual desde SSCC, pero según nos transmitieron un problema informático ocasionó que durante los meses posteriores hasta diciembre y enero de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1118

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA CONSULTA NO PRESENCIAL

2018 no se hayan recibido más datos, y los últimos recibidos corresponden a la actividad de octubre. Por tanto el valor de los indicadores a fin de proyecto (diciembre 2017) no los conocemos, a pesar de ser solicitados reiteradamente.

En cuanto al impacto el grado de cumplimiento de objetivos no es valorable hasta no recibir datos finales, pero la visión global hasta el momento es que ha sido más fácil de conseguir en el ámbito médico que en enfermería, ya que según refieren profesionales de enfermería, sus actividades de cuidados requieren generalmente la presencia física del paciente.

En cuanto a su vertiente hacia el paciente, hay un grupo de población que se ve directamente favorecida por este tipo de demanda, pacientes jóvenes-mediana edad y pacientes pediátricos.

Si bien y en dependencia de los criterios y motivos de consulta el impacto es positivo para toda la población.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto de consulta no presencial desplegado por todos los EAPs del Sector Zaragoza III, responde a una nueva línea asistencial enmarcadas en el contexto de Ordenación asistencial del Departamento.

Con esta nueva prestación, el paciente tiene la opción de resolver algunas de sus necesidades de salud mediante una llamada al profesional de Atención Primaria que precisa (médico, enfermera...), sin que sea preciso que acuda físicamente al Centro de Salud, facilitando su accesibilidad y racionalizando la demanda presencial.

Desde el grupo de mejora consideramos que las actividades han ido en la línea que habíamos previsto, pero a lo largo del periodo de implantación hemos encontrado dificultades en algunos EAPs, porque nos han transmitido, sobre todo en el ámbito rural, no es fácil para el paciente mantener un contacto no presencial con los profesionales sanitarios, debido entre otros factores a la edad añosa y a la dependencia generada por parte de la población a visitar al propio profesional, ya que no hay apenas dificultad de accesibilidad al centro y sienten más seguridad en la demanda presencial. Consideramos que la DEMNP es una alternativa válida y que poco a poco y a pesar de la resistencia al cambio de una parte de la población, ganará terreno en la actividad de nuestras consultas. Por ello, debemos insistir para que se sistematice plenamente en nuestros pacientes y en nuestros profesionales. Consideramos que el proyecto es sostenible y que a nivel global debe seguir siendo integrado en la actividad de las consultas de AP

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1118 ===== ***

Nº de registro: 1118

Título
GESTION DE LA DEMANDA CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
LAFITA MAINZ SERGIO, SARASA BELLOSTA CRISTINA, ROYO SARTO ANGEL, ZUECO OLIVAN GEMMA, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de profesionales y ciudadanos de métodos alternativos de consulta, que puedan dar cabida a una asistencia no presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS
La población diana es el conjunto de usuarios del SALUD y los servicios implicados son tanto los asistenciales (pediatría, med. de familia, enfermería) como los servicios de admisión

MÉTODO
OFERTA
Consulta no presencial (telefónica, email, etc...)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1118

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA CONSULTA NO PRESENCIAL

ACTIVIDADES

- Creación de protocolos y circuitos
- Dentro del Libro de procedimientos administrativos a instaurar, subepígrafe específico
- Formación administrativos
- Implantación, monitorización

INDICADORES

5% de las consultas de medicina y 10% de las de enfermería serán de este tipo

DURACIÓN

- Creación de protocolos y circuitos -hasta dic. 2016
- Dentro del Libro de procedimientos administrativos a instaurar, subepígrafe específico -hasta feb. 2017
- Formación administrativos feb. 2017
- Implantación, monitorización feb-2017- continuidad

OBSERVACIONES

Colaboración con Dirección de Derechos y garantías del usuario

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1120

1. TÍTULO

HIGIENE DE MANOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA GEMMA ZUECO OLIVAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE ALAVA GARCIA MARIA ROSA
ELHOMBRE MONTAÑES PEDRO JOSE
LABORDA VAL CARMEN
SERRANO PERIS DIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Supervisión de infraestructura y equipamiento de los Centros de Salud:

Durante las visitas a los EAP se revisará:

Existencia de sistema de secado de manos de un solo uso, es decir existencia de papel secamanos con dispensador elevado; en caso de no existencia en algún puesto de atención, se solicita a la persona responsable de contratos de limpieza.

Existencias de botellas de preparado de base alcohólica (PBA) en los puntos de atención sanitaria, en la sala de urgencias, en los maletines de urgencias y maletines individuales y si procede en el coche.

Evaluación del tipo de frasco de PBA existente, recomendando siempre el uso del contenedor de un litro en consultas y el de tamaño pequeño en el resto (Poner aquí código SERPA). Se revisa así mismo el tipo y cantidad existente en el almacén.

En estas visitas se insiste en la necesidad de la higiene de manos y se pregunta por la aceptación de los salvapantallas.

Difusión de la cultura de Higiene de manos a través de salvapantallas.

En 2016 y 2017 se ha expuesto en la pantalla de todos los ordenadores de los profesionales de los EAPs un salvapantallas relativo al tema, mantenido durante cuatro días todos los meses alrededor del día 5 de cada mes.

En 2017 se ha realizado una inmersión en el tema. Se han creado unas diapositivas que insisten en la sensibilización del tema higiene general de manos, técnica de lavado de manos, importancia del uso del PBA, técnica del uso del PBA y uso de guantes. Podemos considerar que el conjunto de estos salvapantallas tienen entidad como para ser considerada una actividad formativa

Se han difundido siguiendo el siguiente cronograma:

Semana 43.- 23 octubre. Diapositiva 1
Semana 44.- 30 octubre. Diapositiva 2
Semana 45.- 6 noviembre. Diapositiva 3
Semana 46.- 13 noviembre. Diapositiva 4
Semana 47.- 20 noviembre. Diapositiva 5
Semana 48.- 27 noviembre. Diapositiva 6
Semana 49.- 4 diciembre. Diapositiva 7
Semana 50.- 11 diciembre. Diapositiva 8
Semana 51.- 18 diciembre. Diapositiva 9
Semana 52.- 25 diciembre. Diapositiva 10
Semana 1 2018.- 1 Enero. Diapositiva 11

Estos salvapantallas están realizados desde las transparencias del curso "La higiene de manos durante la atención sanitaria" curso basado en las Directrices y en los materiales formativos de la OMS y actualizado en mayo de 2017.

Promoción de la formación continuada intracentro sobre el tema de higiene de manos.

Recuerdo a los EAPs de la importancia de la actualización continuada del tema de la higiene de manos. Se remite a los responsables de formación de los EAPs, la presentación del "Curso HM actualizado CYLM 2017", indicándoles la conveniencia de hacer una presentación.

Impresión y entrega Impresión del tríptico a los profesionales de nueva incorporación a los EAPs:
hand_Higiene_Whwn_Howw_leaflet_OPC_Sp_web_2012.pdf.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cumplimiento del calendario de exposición de salvapantallas. Se ha cumplido el 100% del calendario de exposición de salvapantallas previsto.

Número de sesiones impartidas por los EAPs. (Esta información está pendiente de completar)

Completar la Instalación de soportes de papel para el secado de manos en tres EAPs.

Entrega a 64 profesionales del tríptico y una "petaca de hidrogel" habiendo sido reforzada la importancia de este tema en la entrevista de acogida

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1120

1. TÍTULO

HIGIENE DE MANOS

Los profesionales consultados valoran como muy positiva el recuerdo del tema de higiene de manso a través de los salvapantallas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1120 ===== ***

Nº de registro: 1120

Título
HIGIENE DE MANOS

Autores:
LAFITA MAINZ SERGIO, SARASA BELLOSTA CRISTINA, ROYO SARTO ANGEL, ZUECO OLIVAN GEMMA, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prevención de las infecciones es una parte fundamental del fortalecimiento de los sistemas de salud. El incorporar los momentos específicos para la acción de la higiene de las manos en el flujo de trabajo del personal sanitario es un indicador de calidad que destaca la seguridad de los sistemas de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la higiene de manos en la práctica clínica

MÉTODO
ACTIVIDADES
- Formación
- Posicionamiento de hidroalcoholes
- Creación de herramientas de apoyo documental
OFERTA
Posicionamiento de hidroalcoholes a disposición de los profesionales en los lugares más indicados en cada centro
Formación y difusión de material para una correcta higiene de manos

INDICADORES
Valoración de informe con las medidas adoptadas

DURACIÓN
- Formación: primer trimestre 2017
- posicionamiento de hidroalcoholes: primer trimestre 2017
- Creación de herramientas: primer trimestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0733

1. TÍTULO

CONTROL DE SINTOMAS EN LA AGONIA. FACILITAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA AZNAR ARRIBAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro ESAD ZARAGOZA 3
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESAD
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ BUENO MARIA PILAR
MARTINEZ CASAMAYOR MARIA CONCEPCION
FANLO FERRERO MARIA LUISA
RAMIRO MARIN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Exposición de la sesión clínica con las pautas de tratamiento y cuidados en la agonía en Centros de Salud que han solicitado dicha sesión.
C.S. SADABA
C.S. BOMBARDA
C.S. ALMUNIA
C.S. EPILA
C.S. TARAZONA
C.S. CARINENA
C.S. VALDEFIERRO
C.S. UNIVERSITAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se proporciona a los Centros de Salud los cauces para obtener material y fármacos necesarios para tratar pacientes en situación de agonía directamente desde el mismo centro.
Han solicitado la sesión clínica 8 Centros de Salud de los cuales se ha impartido a todos .
El número de profesionales del Salud que han asistido a las sesiones son 139 en total

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha facilitado la información al personal médico y de enfermería de las pautas a seguir en caso de situación agónica de un paciente y el tratamiento que se administrará. Así la persona que quiera fallecer en su domicilio lo pueda hacer libre de síntomas.
El personal sanitario del centro de Salud tiene información de lo necesario para actuar frente a estos casos, disponiendo de medicación y pautas para control de síntomas.
Las personas que han asistido a dichas sesiones han quedado satisfechas y se les ha resuelto las dudas que tenían en caso de agonía.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/733 ===== ***

Nº de registro: 0733

Título
CONTROL DE SINTOMAS EN LA AGONIA. FACILITAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Autores:
AZNAR ARRIBAS MARIA LUISA, RUIZ BUENO MARIA PILAR, RAMIRO MARIN MARIA PILAR, DE ECHAVE ESTEBAN ANGELES, LAPUERTA ALCAZAR CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: ESAD ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedad terminal.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0733

1. TÍTULO

CONTROL DE SINTOMAS EN LA AGONIA. FACILITAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Existen pacientes que entran en agonía en su domicilio, el control de síntomas es muy importante. Muchas veces la vía oral no es posible y se precisan fármacos por vía subcutánea, que no siempre están accesibles en el Centro de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Los facultativos que acudan al domicilio a atender una situación de agonía, tengan accesibles en el Centro de Salud medicación y pautas de tratamiento, según síntomas.
La persona que quiera fallecer en su domicilio pueda hacerlo libre de síntomas.

MÉTODO

- 1- Preparación sesión clínica con las pautas de tratamiento y cuidados en la agonía. (Luisa Aznar)
- 2- Exposición en los EAP del Sector que lo deseen (Luisa Aznar, M. Pilar Ruiz)
- 3- En los Centros quede preparado un paquete con la medicación necesaria para controlar los síntomas de la agonía, con un responsable de su revisión periódica.

INDICADORES

- 1-Número de EAP que soliciten la sesión clínica
- 2-Número de Centros de Salud que dispongan de la medicación necesaria para control de síntomas en agonía,habilitado en un lugar específico y accesible en el Centro de Salud

DURACIÓN

- Enero 2017 a noviembre 2017
- Enero a mayo: charlas a los Centros de Salud que lo soliciten
 - De mayo a octubre: coordinación con responsable del Centro de Salud para suministrar los fármacos necesarios.
 - Noviembre: llamar telefónicamente a los Centros de Salud para comprobar que disponen de dichos fármacos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0202

1. TÍTULO

DIFUSION DE LOS TALLERES PARA CUIDADORES DEL HCU "LOZANO BLESA" EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ELENA MARIA GASPAR CALVO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARIJO CAMARA ROSARIO
SANCHEZ PEREZ ESTER
CELMA MORALEJO ROCIO
REGLA RAUFAST ANA JESUS
ESTERUELAS CUARTERO PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Reunión el 15 de Mayo de 2017 del equipo de mejora para establecer el nuevo calendario de actuación desde Junio de 2017 a Diciembre de 2017.
2. Reunión con la Enfermera de Valoración del HCU, Dña Ana Monche que nos facilita los teléfonos de la Dirección de Enfermería de Atención Primaria del Sector III y el listado de correos electrónicos de los coordinadores de los centros de salud. También nos facilita el pdf con el cartel anunciador del Taller de Cuidadores.
3. Contacto telefónico el 25 de mayo con la Dirección de Enfermería del sector III, informando del contenido del proyecto de mejora.
4. Envío de correo electrónico con carta de presentación para los coordinadores de enfermería de los centros de salud de atención primaria del sector III. Septiembre 2017.
5. Envío de correo electrónico con el cartel anunciador del Taller de Cuidadores en pdf para su máxima difusión. Septiembre 2017.
6. Durante el último trimestre de 2017 se recoge la asistencia de participantes a los talleres de cuidadores, como es habitual, pero además se registra si alguno ha conocido la existencia del taller por recomendación del personal de atención primaria o de los carteles colocados en el centro de salud

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se plantearon dos indicadores

Indicador 1: nº asistentes al Taller para Cuidadores procedentes de AP/nº total asistentes

Para calcular el indicador se ha revisado el registro de asistentes a los Talleres de Cuidadores. El número total de asistentes de septiembre a diciembre ha sido de 67 personas, entre las cuales ninguna ha sido derivada desde AP.

Indicador 2: nº de respuestas enviadas por parte de los coordinadores de enfermería/nº correo electrónicos enviados.

Para calcular el indicador se ha revisado el número de respuestas recibidas de los coordinadores de enfermería de los CS del Sector. Se enviaron 23 correos adjuntando una carta de presentación. Se recibió respuesta por parte de un coordinador, lo que representa un 4,3% del total

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La limitación del estudio se debe a que el resultado del mismo no depende únicamente de los integrantes del equipo de mejora, sino de la participación/involucración de los coordinadores para transmitir la información al personal de enfermería del centro de salud.

Las actividades realizadas se han llevado a cabo según el calendario previsto. La respuesta por parte del personal de AP no ha sido la esperada. La comunicación a través del correo electrónico ha sido insuficiente para establecer el contacto con los coordinadores de enfermería de los CS del sector y motivar su participación en el proyecto. Para otros años habría que buscar otras fórmulas más eficaces como hacer llamadas telefónicas o visitas a los centros.

7. OBSERVACIONES.

La modificación del calendario del proyecto fue debida a que la resolución que aprueba los proyectos de calidad no se publicó hasta mayo de 2017.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/202 ===== ***

Nº de registro: 0202

Título

DIFUSION DE LOS TALLERES PARA CUIDADORES DEL HCU "LOZANO BLESA" EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0202

1. TÍTULO

DIFUSION DE LOS TALLERES PARA CUIDADORES DEL HCU "LOZANO BLESA" EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

GASPAR CALVO ELENA, GARIJO CAMARA ROSARIO, SANCHEZ PEREZ ESTER, CELMA MORALEJO ROCIO, REGLA RAUFAST ANA JESUS, ESTERUELAS CUARTERO PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cuidadores y familiares de pacientes inmovilizados y/o crónicos dependientes
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los Talleres para Cuidadores se realizan semanalmente en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" desde el año 2009. Están diseñados para enseñar a los cuidadores el manejo básico (cuidados de salud y movilizaciones) de personas encamadas que al alta hospitalaria vayan a tener un alto grado de dependencia en ABVD. En Atención Primaria se tiene contacto directo con pacientes inmovilizados cuyos familiares y cuidadores se podrían beneficiar de los contenidos de estos talleres.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo 1: Difundir los Talleres para Cuidadores entre los profesionales y usuarios de Atención Primaria del Sector Zaragoza III.

Objetivo 2: Aumentar el número de participantes en los Talleres para Cuidadores del HCU "Lozano Blesa"

MÉTODO

1º Contactar con la Enfermera Gestora de Casos del HCU "Lozano Blesa" para facilitar la relación con Atención Primaria. Responsable: Rosario Garijo
2º Contactar con la Dirección de Enfermería del Sector Zaragoza III para informar del contenido de proyecto. Responsable: Elena Gaspar
3º Enviar carta informativa/correo electrónico a los coordinadores de enfermería de cada Centro de Salud del Sector Zaragoza III. Responsable: Rosario Garijo y Esther Sanchez
4º Enviar carteles con la publicidad del taller para que sean colgados en los tableros de anuncios de cada Centro de Salud. Responsables: Elena Gaspar y Rocio Celma

INDICADORES

Indicador 1:
Nº de asistentes al Taller para Cuidadores procedentes de Atención Primaria//Nº de asistentes totales

Indicador 2:
Nº de respuestas afirmativas por parte de los Coordinadores de Atención Primaria como que han recibido la información y la documentación//Nº correos electrónicos enviados

DURACIÓN

Duración: desde Octubre de 2016 a Junio de 2017

Cronograma:

4º trimestre 2016: contactar con Enfermera de Casos del HCU y con Dirección de Atención Primaria. Realizar la difusión en los Centros de Salud
1º y 2º trimestre de 2017: medición de respuestas recibidas por parte de los Coordinadores de Enfermería. Medición del número de usuarios que acuden a los talleres desde Atención Primaria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0319

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION PARA FAMILIARES Y USUARIOS DEL C.R.P. NUESTRA SEÑORA DEL PILAR

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA MIR FERNANDEZ
· Profesión TCAE
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ GOIZUETA EUGENIA
OLMOS BELIO SEBASTIAN
DIAZ VILLARROYA ISABEL
FERRER ESTEBAN VICTORIA
LANZAN SANCHO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del 2017 hemos realizado 6 reuniones con todos los miembros para desarrollar el proyecto y recabar toda la información necesaria. Habiendo distribuido entre todos los participantes las diferentes partes. Las primeras dos reuniones fueron para recabar la información para corregir los déficit que faltaban en el anterior proyecto. las siguientes dos reuniones para distribuir las partes entre los componentes. la siguientes para poner todo en común.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A la fecha de hoy estamos a falta de tres puntos del proyecto que aun están en desarrollo y mejoras y la revisión y aceptación de la Dirección del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los puntos que quedan pendientes son: Los objetivos(principales y secundarios), un aspecto relativo al ingreso y los aspectos relativos al alta.

7. OBSERVACIONES.

A lo largo de los próximos 4 meses se espera acabar los puntos pendientes y recibir la aprobación de dirección para posterior entrega al comité de calidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/319 ===== ***

Nº de registro: 0319

Título
MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION PARA FAMILIAS Y SUSARIOS DEL CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA

Autores:
MIR FERNANDEZ MARIA CRISTINA, DIAZ VILLARROYA ISABEL, FERRER ESTEBAN VICTORIA, GONZALEZ GOIZUETA EUGENIA, BELIO SEBASTIAN OLMO, LANZAN SANCHO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

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

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta falta de documentación o manual donde se informacion para entragar a familiares y usuarios en las visitas al domicilio antes del ingreso y durante la estancia en el centro.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la informacion y taencion a los usuarios y familiares durante su estancia en la unidad.

MÉTODO
Reuniones bimensuales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0319

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION PARA FAMILIARES Y USUARIOS DEL C.R.P. NUESTRA SEÑORA DEL PILAR

Recabar informacion general del CRP desde administracion, de servicios del centro en las diferentes disciplinas
Derechos y deberes de los usuarios elaborar los apartados de la guia y consensuar en las reuniones del equipo

INDICADORES

% de familias a las que se les entrega la guia de informacion al ingreso.

% de familiares que observamos conocen las normas durante el ingreso.

DURACIÓN

Se inicia en junio del 2015 hasta junio del 2016, despues de 12 meses siendo esta una ampliacion de otros 12 meses empezando en octubre del 2016 y acabando en octubre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0627

1. TÍTULO

ABORDAJE INTEGRAL DE LA SOSPECHA DE ALERGIA A ANTIBIOTICOS BETALACTAMICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ (HCULB)

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR GARCÉS SOTILLOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEGURA ARAZURI NIEVES
COLAS SANZ CARLOS
ALBA ETAYO BEGOÑA
SAENZ ABAD DANIEL
CRUSELLS CANALES MARIA JOSE
ULLOA LEVIT SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De forma prospectiva, desde enero de 2017, se remitieron para estudio alergológico aquellos pacientes que refirieran alergia a penicilina ingresados en los servicios de Medicina Interna e Infecciosas, servicios piloto donde se comienza a implantar el protocolo de evaluación alergológica. Incluiremos en el conjunto de datos también a los pacientes remitidos de otros servicios, en los que el motivo de la interconsulta fuera el mismo.
- Se elaboró un esquema de derivación a Alergología.
- Se actualizó el protocolo de estudio alergológico en pacientes con sospecha o etiqueta de alergia a betalactámicos.
- Se elaboró una base de datos para cuantificar los datos de los pacientes estudiados en 2017.
- Se aprobaron los protocolos por el equipo PROA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A 70 pacientes ingresados se les realizó estudio alergológico frente a betalactámicos. De estos, 43 terminaron el estudio. En el 77% (33 pacientes) se descartó alergia a betalactámicos. En el 23 % (10 pacientes) se confirmó alergia a betalactámicos, y de estos, 7 pudieron ser tratados con un betalactámico alternativo.
IMPACTO: 40 pacientes de los 43 que terminaron el estudio pudieron ser tratados con la mejor opción terapéutica. Al ser un dato validado permite recomendaciones de prescripción para Atención Primaria y Especializada. No hubo reacciones graves durante todos los procedimientos. No se realizó ninguna desensibilización. 27 pacientes no han finalizado el estudio en la fecha de recogida de datos, bien por éxitus (8 pacientes), por estar pendientes de pruebas (10 pacientes) o porque rechazaron el estudio (9 pacientes). Puede explicarse por la elevada mediana de edad de los paciente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La intervención que se ha descrito es una de las intervenciones más costo-efectivas que se pueden plantear para "recuperar" antibióticos: con esta aproximación, mediante una intervención puntual, en casi el 80% de los casos se descarta definitivamente la alergia a penicilina lo que permite usar en el futuro este antibiótico y sus derivados siempre que sea preciso, evitando opciones menos eficaces o que estén reservadas para infecciones por microorganismos resistentes a estos antibióticos.

El objetivo es extender a todos los servicios del hospital la acción puesta en marcha en los servicios de Medicina Interna e Infecciosas si se dispone de medios. Para poder abordarla con éxito, mínimo riesgo y máxima seguridad para los pacientes, se debería dotar a Alergología de medios personales (alergólogos y enfermeras) específicamente dedicados a ello y un espacio físico acorde a las necesidades, del tipo de hospital de día. Dados los buenos resultados obtenidos, este abordaje proactivo de la alergia a betalactámicos, debería ser un ejemplo y realizarse en todos los hospitales del SNS. El alergólogo puede y debe jugar un papel importante en el uso de antibióticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/627 ===== ***

Nº de registro: 0627

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0627

1. TÍTULO

ABORDAJE INTEGRAL DE LA SOSPECHA DE ALERGIA A ANTIBIOTICOS BETALACTAMICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (HCULB)

ABORDAJE INTEGRAL DE LA SOSPECHA DE ALERGIA A ANTIBIOTICOS BETALACTAMICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (HCULB)

Autores:

GARCÉS SOTILLOS MARIA DEL MAR, SEGURA ARAZURI NIEVES, COLAS SANZ CARLOS, ZALBA ETAYO BEGOÑA, SAENZ ABAD DANIEL, CRUSELLS CANALES MARIA JOSE, PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO, ULLOA LEVIT SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los antibióticos betalactámicos (BL) son fármacos de primera línea en el manejo de gran número de infecciones. Se incluyen penicilinas, cefalosporinas, carbapenemas y monobactamas.

Las reacciones a BL son la causa más frecuente de reacciones adversas a fármacos mediadas por un mecanismo inmunológico.

Un nº elevado de pacientes ingresados en este hospital (10-20%) refieren ser "alérgicos a penicilina, en muchos casos sin presentar una hª clínica sugestiva de alergia, y a veces aportando informes antiguos donde no se han realizado estudios con estándares actualizados. En estos casos, cuando presentan patología infecciosa, se utilizan antibióticos alternativos, no BL, de segunda línea, que, además de presentar mayor posibilidad de toxicidad asociada, son menos coste-eficaces, y por tener un mayor espectro contribuyen a desarrollar resistencias bacterianas. Está demostrado que una evitación innecesaria incrementa la mortalidad, morbilidad y el coste económico en pacientes incorrectamente etiquetados como alérgicos a BL, siendo ésta una de las principales oportunidades de mejora a implementar desde los Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA).

RESULTADOS ESPERADOS

- Minimizar el impacto de la sospecha de alergia a BL en los pacientes que ingresen en el HCU y precisen tratamiento con estos antibióticos
- Poder tratar a los pacientes alérgicos a penicilina que ingresen en el HCU, con el mejor BL que precisen, cuando su evaluación alérgica estime que pueden utilizarlos

MÉTODO

El proyecto requiere de un abordaje multidisciplinar con participación de los SS de Alergología y de los SS de Enfermedades Infecciosas, Medicina Interna, Urgencias, UCI y Farmacia Hospitalaria, integrados en el PROA del HCU. El primer paso consistirá en la creación del equipo multidisciplinar.

Se distinguen estas fases:

I. Elaboración de protocolos de actuación. Se estandarizará:

- El manejo del paciente con sospecha de de alergia a BL. Se consensuará un protocolo de actuación y derivación del paciente que ingresa con sospecha de alergia a BL y precisa antibióticos de esta familia. Contará con la participación de los SS de Alergología, Infecciosas, Medicina Interna, UCI, Urgencias y Farmacia Hospitalaria.
- La evaluación del paciente con sospecha clínica de alergia a BL. El Sº de Alergología realizará un protocolo estandarizando el estudio alérgico en los distintos supuestos que se presentan en la clínica, incluida la desensibilización, de forma coordinada con el Sº de M. Intensiva, cuando no existan alternativas y sea factible su realización.

II. Planificación de la difusión de los protocolos de actuación. Durante esta fase:

- se presentarán los protocolos en la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica (CIPPA) y PROA del HCU
- se decidirá la forma y canales de difusión de los protocolos a los profesionales del HCU
- se diseñará el circuito de actuación para poner en marcha una actividad de identificación activa de pacientes ingresados con alergia a BL en los SS participantes

III. Implementación de una identificación activa de pacientes ingresados con alergia a BL, para aplicar los protocolos acordados en los pacientes que más se benefician de su cumplimiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0627

1. TÍTULO

ABORDAJE INTEGRAL DE LA SOSPECHA DE ALERGIA A ANTIBIOTICOS BETALACTAMICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa (HCULB)

IV. Evaluación del Impacto de la actividad

INDICADORES

- Aprobación de los protocolos correspondientes a la Fase I por PROA/CIPPA (S/N)
- Disponibilidad de los protocolos de la Fase I en la intranet del hospital (S/N)
- Elaboración del Plan de implementación de los protocolos de actuación basados en una actividad de identificación activa de casos (S/N)
- N° de accesos a los protocolos en la intranet del hospital durante la Fase III (N)
- N° y proporción de pacientes con alergia a BL identificados en los que se realiza interconsulta durante el ingreso o son remitidos a una consulta del S° de Alergia (informe de alta)
- N° de desensibilizaciones realizadas (N)
- De los pacientes remitidos, n° y proporción de pacientes evaluados por el S° de Alergia en los que se permite el uso de algún BL.
- N° de reacciones medicamentosas acontecidas con los procedimientos realizados

DURACIÓN

- Aprobación de los protocolos correspondientes a la Fase I por PROA/CIPPA (S/N)
- Disponibilidad de los protocolos de la Fase I en la intranet del hospital (S/N)
- Elaboración del Plan de implementación de los protocolos de actuación basados en una actividad de identificación activa de casos (S/N)
- N° de accesos a los protocolos en la intranet del hospital durante la Fase III (N)
- N° y proporción de pacientes con alergia a BL identificados en los que se realiza interconsulta durante el ingreso o son remitidos a una consulta del S° de Alergia (informe de alta)
- N° de desensibilizaciones realizadas (N)
- De los pacientes remitidos, número y proporción de pacientes evaluados por el S° de Alergia en los que se permite el uso de algún BL
- Cuantificación de reacciones medicamentosas acontecidas con los procedimientos realizados.

I: Oct.-Nov. 2016

II: Dic. 2016

III: En.-Mar. 2017

IV: Abril 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0312

1. TÍTULO

TRIAJE DE BIOPSIAS NEOPLASICAS DE COLON, DIAGNOSTICO PRECOZ E INCLUSION INMEDIATA EN EL PROGRAMA DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS, PARA EL ABORDAJE MULTIDICIDPLINARIO Y TOMA DE DECISIONES ANTICIPADA

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE ARIEL GONZALO GONZALES SEJAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORANDEIRA GARCIA LACRUZ MARIA JOSE
RAMIREZ GASCA MARIA TERESA
SOPENA FEDERICO
ABAD BEORLEGUI ELENA
GARCIA FERNANDEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Señalización tanto en la hoja de solicitud como en los cassets, así como inclusión con preferencia en todo el proceso.
El patólogo responsable de su sección inmediatamente los analizó e incluyó los diagnósticos en el comité de tumores de digestivo.
Se ha elaborado un formato de identificación de las biopsia preferntes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente es el servicio de digestivo quien incluye los diagnósticos, de esta forma se ha acortado el tiempo de diagnóstico y toma de desiciones, por parte del comité multidisciplinario de esta forma hemos disminuido la demora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Respecto a la programación de, estudios complementarios radiológicos, (TC, RMN, PET-TAC, etc.), valoración anestésica, programación de cirugía, decisión de control o seguimiento por parte del servicio de cirugía u oncología y la realización de una nueva biopsia (en caso de que sea necesaria) Se ha conseguido mejorar, disminuir la demora.
Reunión con los miembros del proyecto para elaborar los informes definitivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/312 ===== ***

Nº de registro: 0312

Título
TRIAJE DE BIOPSIAS NEOPLASICAS DE COLON, DIAGNOSTICO PRECOZ E INCLUSION INMEDIATA EN EL PROGRAMA DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS, PARA EL ABORDAJE MULTIDICIDPLINARIO Y TOMA DE DECISIONES ANTICIPADA

Autores:
GONZALES SEJAS ARIEL GONZALO, MORANDEIRA GARCIA LACRUZ MARIA JOSE, RAMIREZ GASCA MARIA TERESA, MARTA CASANOVA CARLO BRUNO, SOPEÑA BIARGE FEDERICO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente existe retraso en el diagnóstico de biopsias neoplásicas de colon y demora en la inclusión de pacientes en el comité de tumores de digestivo. Estas muestras siguen la vía normal de procesamiento junto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0312

1. TÍTULO

TRIAJE DE BIOPSIAS NEOPLASICAS DE COLON, DIAGNOSTICO PRECOZ E INCLUSION INMEDIATA EN EL PROGRAMA DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS, PARA EL ABORDAJE MULTIDICIPLINARIO Y TOMA DE DECISIONES ANTICIPADA

con las otras biopsias realizadas por otras etiologías. Es el clínico que suele llamar al patólogo pidiendo que se priorice y agilice su diagnóstico, además que muchas veces requieren estudio inmunohistoquímico. En las hojas de solicitud de estudio Anatomopatológico suelen colocar la palabra preferente ocasionalmente, si no es así, en recepción de muestras no se detectan y pasan desapercibidas en el tallaje, inclusión, corte y tinción, hasta que llegan a los despachos donde están entremezcladas con el resto de biopsias. Si pudiésemos identificar estas muestras desde que se toman vía endoscópica, emplearíamos un sistema de señalización tanto en la hoja de solicitud como en los cassetts, así se incluirían con preferencia y todo el proceso (tallaje, corte, tinción hasta la entrega en los despachos de los patólogos) llevarían un tiempo más corto respecto a otras biopsias. Seguidamente debería ser el patólogo el que incluya inmediatamente los diagnósticos en el comité de tumores de digestivo. Actualmente es el servicio de digestivo que los incluye cuando les llega el diagnóstico definitivo, lo cual conlleva nuevamente retraso. El mejorar estos pasos implicaría una toma de decisiones anticipadas y disminución de la demora respecto a la programación de:

- ? Estudios complementarios radiológicos, (TC, RMN, PET-TAC, etc.) para determinar el estadio.
- ? Valoración anestésica.
- ? Programación de cirugía
- ? Decisión de control o seguimiento por parte del servicio de cirugía u oncología.
- ? Una nueva biopsia en caso de que la muestra no sea representativa.

De esta forma aseguraríamos un diagnóstico precoz, manejo del paciente y tratamiento inmediato mucho más eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir el tiempo de procesamiento hasta el diagnóstico definitivo de las biopsias neoplásicas de colon.
- Inclusión vía informática en el comité de tumores de digestivo de forma inmediata, para disminuir el retraso en la valoración multidisciplinaria.

MÉTODO

- Informar y coordinar con el Servicio de Digestivo, específicamente con el personal que realiza las biopsias endoscópicas de colon, para la señalización de todas las muestras sospechosas de malignidad.
- Explicar y formar al técnico de recepción que tiene que detectar las muestras señalizadas.
- Informar a los patólogos de la sección de digestivo que se tienen que tallar las muestras señalizadas de forma preferente.
- Indicar a los técnicos que repartan las preparaciones y que se entreguen de forma inmediata tras la tinción y valoración.
- Reunir a los técnicos que se encargan del procesamiento, explicar que el bloque señalado tiene que ser procesado de forma prioritaria.
- Aclarar y dar a conocer a los patólogos de la sección de digestivo la importancia de diagnosticar las biopsias lo antes posible e incluirlas de forma inmediata vía informática en el comité de tumores de digestivo.

INDICADORES

- Tiempo promedio de diagnóstico de biopsias de colon neoplásicas/Total de biopsias de colon neoplásicas diagnosticadas=Tiempo promedio por biopsia neoplásica diagnosticada
- Tiempo promedio de inclusión de pacientes con diagnósticos neoplásicos de colon /Total de pacientes con diagnósticos neoplásicos de colon incluidos en el comité de tumores de digestivo = Tiempo promedio por paciente incluido en el comité de tumores de digestivo

Obtención de datos

- Para saber los tiempos a estudiar contamos con la información:
- En la hoja de solicitud de estudio anatomopatológico figura la fecha de registro.
 - En el programa informático de Anatomía Patológica (PAT-Win) se puede ver la fecha en que se realiza el diagnóstico definitivo.
 - En el programa del comité de tumores de digestivo también figura la fecha de apertura e inclusión del paciente.
 - Estadística del comité de tumores de digestivo.

DURACIÓN

- El proyecto tendrá una duración mínima de siete meses, de los cuales el último mes se dispondrá exclusivamente para la obtención de datos y conclusiones.
- Fecha de inicio: 01/11/2016
- Fecha de finalización: 01/06/2017
- Previamente durante el mes de octubre nos pondremos en contacto con el servicio de digestivo, de forma específica con el personal que realiza las endoscopias de colon, solicitando la señalización de forma escrita "SOSPECHA DE NEOPLASIA" con letra clara y en mayúsculas, de muestras sospechosas de malignidad, en la parte superior, en el anverso de la hoja de solicitud de estudio Anatomopatológico.
- También se organizará una reunión con los patólogos de la sección de digestivo así como con los técnicos implicados en todo el proceso, para informar y explicar el método de identificación y priorización de las muestras señalizadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0312

1. TÍTULO

TRIAJE DE BIOPSIAS NEOPLASICAS DE COLON, DIAGNOSTICO PRECOZ E INCLUSION INMEDIATA EN EL PROGRAMA DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS, PARA EL ABORDAJE MULTIDICIPLINARIO Y TOMA DE DECISIONES ANTICIPADA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0325

1. TÍTULO

MODELO INFORMATIVO SOBRE LA ADECUADA RECOGIDA DE ORINA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON SOSPECHA O SEGUIMIENTO DEL CARCINOMA VESICAL

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE PATRICIA SOTA OCHOA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO
GONZALES SEJAS ARIEL GONZALO
CHICO RODRIGUEZ MILAGROS
ANOZ CARBONELL ELISABETH
LAMBEA SORROSAL JULIO
GARCIA-MAGARIÑO ALONSO JESUS
MURILLO PEREZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Octubre 2016: reunión del personal implicado en el proceso (Urologos, oncologos, patologos y TSAP). Unificación de los criterios y pautas a seguir.

- Diciembre 2016: Elaboración de la hoja informativa para pacientes y para profesionales sanitarios.
- Enero-abril 2017: Implantación de la hoja informativa.
- Septiembre 2017: Recogida de los resultados y análisis en el grupo de trabajo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Facilitar la información sobre el proceso de recogida de orina a los pacientes y profesionales sanitarios.
Suprimir los tubos de recogida inadecuados.
Suprimir la utilización de productos (alcohol) que puedan dañar la muestra.
Disminuir el numero de orinas no valorables para diagnóstico.
Disminuir la repetición de la prueba por errores durante la recogida de la orina que impiden un diagnóstico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dificultades para la transmisión de información entre profesionales de distintos servicios y categorías profesionales. Necesidades distintas según resultados esperados por los distintos servicios. Mejora en el manejo en el servicio de Anatomía Patológica y en el diagnóstico a pacientes

7. OBSERVACIONES.

Seguimos trabajando en el proyecto

*** ===== Resumen del proyecto 2016/325 ===== ***

Nº de registro: 0325

Título
MODELO INFORMATIVO SOBRE LA ADECUADA RECOGIDA DE ORINA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON SOSPECHA O SEGUIMIENTO DEL CARCINOMA VESICAL

Autores:

SOTA OCHOA PATRICIA, MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO, GONZALES SEJAS ARIEL GONZALO, CHICO RODRIGUEZ MILAGROS, ANOZ CARBONELL ELISABETH, LAMBEA SORROSAL JULIO, GARCIA-MAGARIÑO ALONSO JESUS, MURILLO PEREZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

El estudio de la citología de orina es una herramienta sencilla, incruenta y fundamental en la detección y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0325

1. TÍTULO

MODELO INFORMATIVO SOBRE LA ADECUADA RECOGIDA DE ORINA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON SOSPECHA O SEGUIMIENTO DEL CARCINOMA VESICAL

seguimiento de los pacientes con carcinoma vesical que contribuye a un correcto manejo diagnóstico-terapéutico de este grupo de pacientes, evitando en muchas ocasiones otros procedimientos más invasivos y/o costosos tanto para el paciente como para la institución. Diariamente hemos detectado en nuestro servicio una serie de errores que se repiten con cierta frecuencia en la recogida de la orina de los pacientes, siendo los principales de ellos: inadecuado recipiente para la recogida, utilización de productos como el alcohol que degeneran el material y principalmente una falta de conocimiento de en los pacientes respecto a hora y modo de la recogida, cantidad de orina, tiempo máximo hasta el procesamiento y lugar de conservación de la misma. Todos estos errores alteran la correcta conservación de la orina, dificultando o imposibilitando en algunos casos, un diagnóstico correcto. Por tanto vemos la posibilidad de realizar un modelo informativo sencillo y fácil tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios implicados, que puede mejorar los resultados diagnósticos y además evitar repeticiones de recogida de muestras innecesarias, con un claro beneficio para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar y facilitar la información sobre el proceso de recogida de orina a los pacientes y profesionales sanitarios.
- Suprimir los tubos de recogida inadecuados.
- Suprimir la utilización de productos (alcohol) que puedan dañar la muestra.
- Disminuir el número de orinas no valorables para diagnóstico.
- Disminuir la repetición de la prueba por errores durante la recogida de la orina que impiden un diagnóstico.

MÉTODO

- Reunir al personal implicado en el proceso con el fin de unificar criterios y establecer las pautas adecuadas desde el inicio hasta el final del proceso.
- Elaborar una hoja informativa para los pacientes que se adjuntará al volante de petición.
- Elaborar una hoja informativa para los profesionales sanitarios (urologos, oncólogos, enfermeros, técnicos, celadores) que se distribuirá por todas las áreas de actuación.
- Número de teléfono donde poder consultar cualquier clase de duda.
- Recoger las incidencias detectadas con el fin de mejorar en los puntos de mayor dificultad.

INDICADORES

- Nº total de pacientes con inadecuado proceso de recogida de orina/ nº total de pacientes con solicitud de recogida de orina x100.
- Nº total de recipientes inadecuados para la recogida/ nº total de recipientes recibidos x100
- Nº total de orinas con fijador (alcohol)/ nº total de orinas recibidas x100

DURACIÓN

- Mes de octubre, reunión del personal implicado en el proceso y unificación de los criterios y pautas a seguir.
- Posteriormente y de forma sucesiva: elaboración de la hoja informativa para pacientes y para profesionales sanitarios. Implantación de la hoja informativa. Recogida durante al mínimos 6 meses de los datos y evaluación de los mismos.
- Finalmente, en el mes de julio, conclusiones e información al personal de los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

- Previsión de recursos
- Sin coste

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0326

1. TÍTULO

PAUTAS DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS NO FIJADAS PARA UN OPTIMO TALLAJE Y DIAGNOSTICO POSTERIOR

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE GUILLERMO MUÑOZ GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FELIPE BERLANGA FRANCESC
FUERTES NEGRO BEGOÑA
ILIEV ILIEV HRISTO
MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN
OLMEDO ARBIZU EMMA
RODRIGUEZ BALLABRIGA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el Servicio de Anatomía Patológica no existía un consenso a la hora de, una vez las piezas son remitidas en fresco desde el quirófano, ser tratadas y abiertas por los residentes para su posterior manejo, tallaje y diagnóstico. Se han propuesto unas reglas básicas completamente estandarizadas de apertura y tratamiento de estas piezas para disminuir las dudas que los MIR y los TEAP tenían que hacer a los patólogos y para que desaparezcan o se minimicen los problemas posteriores de tallado de estas piezas.

Para ello, por el momento, se han llevado a cabo reuniones con los MIR, previamente distribuidas a lo largo del año, en las cuales se han ido elaborando los distintos protocolos de tallaje de cada tipo de pieza, repartidas por secciones.

Las reuniones se hicieron los días 08/02/17 (para tratar los protocolos de las piezas de la sección de Ginecología, Mama, Otorrino y Pulmón), 08/03/17 (para tratar los protocolos de las piezas de la sección de Urología, Sistema Nervioso Y Órganos Endocrinos), 05/04/17 (para tratar los protocolos de las piezas de la sección de Digestivo, Páncreato biliar e Hígado) y 10/05/17 (para tratar los protocolos de las piezas de la sección de Piel, Linfoide, Hematopoyético y Partes Blandas).

Los MIR han ido elaborando los protocolos para cada una de estas piezas, habiendo tenido que salvar novedades como la incorporación en la cadena de los nuevos envases para el traslado de las piezas desde el quirófano, la normativa del formol en el laboratorio etc. Todo ello se ha tenido en cuenta y respetado convenientemente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados obtenidos hasta la fecha son los siguientes:

-Disminución del número de consultas que las TEAP y los MIR hacen a los patólogos sobre cómo tratar las piezas quirúrgicas.

-Mayor rendimiento, en cuanto a tiempo empleado, por los MIR y las TEAP a la hora de manejar las piezas no fijadas.

-Disminución de los problemas de tallaje de algunas piezas derivados de un incorrecto manejo inicial de las mismas o a un manejo heterogéneo, dependiendo de las personas implicadas en el proceso.

-Optimización y máxima calidad en el tallado, lo que implícitamente ha llevado a una disminución en los errores de interpretación del patólogo a la hora de tallar las piezas; por ende, mejora en la calidad del diagnóstico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se están elaborando por escrito protocolos estandarizados de apertura y tratamiento de las piezas quirúrgicas cuya finalidad (se está consiguiendo) es que las dudas que los MIR y los TEAP tenían que preguntar frecuentemente a los patólogos sean muchas menos y que desaparezcan o se minimicen los problemas posteriores de tallado y diagnóstico de estas piezas.

Los protocolos se han elaborado individualmente para cada tipo de pieza, aunque aún tenemos actividades pendientes y problemas que resolver, que son:

-Acabar por completo todos los protocolos (algunos están en fase de redacción).

-Reunión con los patólogos de cada una de las secciones, para poner en común de forma definitiva estos protocolos y pulir las cosas que puedan cambiarse o mejorarse (lo ideal sería realizar cuatro reuniones, una con cada sección, con día a determinar).

-Aclarar algunos puntos, como por ejemplo qué ocurre cuando dos patólogos tienen diferente idea o concepto de cómo abrir una pieza siendo ambas ideas correctas y admitidas.

-Encuesta informativa a los patólogos para evaluar el grado de satisfacción con la apertura de las piezas (INDICADOR DEFINIDO EN LA SOLICITUD DEL PROYECTO)

-Redacción final del protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/326 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0326

1. TÍTULO

PAUTAS DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS NO FIJADAS PARA UN OPTIMO TALLAJE Y DIAGNOSTICO POSTERIOR

Nº de registro: 0326

Título
PAUTAS DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS NO FIJADAS PARA UN OPTIMO TALLAJE Y DIAGNOSTICO POSTERIOR

Autores:
MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO, FELIPO BERLANGA FRANCISCO JOSE, FUERTES NEGRO BEGOÑA, ILIEV ILIEV HRISTO, MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN, OLMEDO ARBIZU EMMA, RODRIGUEZ BALLABRIGA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: El proyecto tiene como finalidad mejorar el tratamiento de piezas extraídas en quirófano por cualquier tipo de patología
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las piezas quirúrgicas son enviadas, generalmente en fresco (a veces también en formol), al Servicio de Anatomía Patológica donde, cada día, a última hora de la mañana, son tratadas convenientemente por los Médicos Internos Residentes (MIR.), con ayuda de los Técnicos Especialistas (TEAP.), para que se fijen adecuadamente en formol y al día siguiente puedan ser talladas y estudiadas de forma óptima por los patólogos.
Actualmente, en el Servicio, no hay un consenso claro a la hora de manejar estas piezas de forma que, dependiendo de la persona que esté abriéndolas o, sobre todo, del patólogo al que le toque tallar al día siguiente, el manejo se hace de una forma u otra y, en muchas ocasiones, sin seguir las directrices marcadas por las guías de referencia. Esto genera continuas dudas, tanto en las TEAP como en los MIR, que de forma excesiva deben consultar al patólogo correspondiente, con la pérdida de tiempo que eso genera, además de que, aun así, a veces las piezas no se fijan bien o al día siguiente no están en óptimas condiciones para su tallado.
Consideramos importante seguir unas reglas básicas estandarizadas de apertura y tratamiento de estas piezas que llegan desde quirófano, para disminuir las dudas y el número de consultas que los MIR y las TEAP tienen que hacer a los patólogos y para que no haya problemas posteriores de tallado de la pieza si ésta no se ha abierto o tratado adecuadamente.

RESULTADOS ESPERADOS
-Acordar unos patrones estandarizados para el tratado y apertura de cada uno de los tipos de piezas no fijadas procedentes de quirófano.
-Disminuir el número de consultas que las TEAP y los MIR hacen a los patólogos sobre cómo tratar esas piezas.
-Mayor rendimiento, en cuanto a tiempo empleado, por los MIR y las TEAP a la hora de manejar las piezas no fijadas.
-Disminuir los problemas que se han observado actualmente a la hora del tallaje de algunas piezas, debido a un incorrecto manejo de las mismas o a un manejo demasiado dispar, dependiendo de las personas implicadas en el proceso.
-Optimizar y lograr una máxima calidad en el tallado, lo que lleva implícito una disminución en los errores de interpretación del patólogo a la hora de tallar la pieza y una considerable mejora en la calidad del diagnóstico.
MÉTODO
-Reunión con los miembros de cada una de las secciones diagnósticas del Servicio para establecer las directrices que se van a seguir para el manejo de cada tipo de pieza quirúrgica.
-Reunir al personal implicado en el proceso con la finalidad de unificar criterios y establecer las pautas adecuadas desde el inicio al final del proceso.
-Se indicará al personal facultativo que, en la medida de lo posible, es conveniente y/o necesario seguir las indicaciones expuestas en las guías de referencia.
-Elaboración de un documento en el que se describan con todo detalle las pautas a seguir para el manejo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0326

1. TÍTULO

PAUTAS DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS NO FIJADAS PARA UN OPTIMO TALLAJE Y DIAGNOSTICO POSTERIOR

cada tipo de pieza; este documento deberá estar en un lugar de fácil acceso para todo el personal y para que pueda ser consultado en el mismo momento en el que los trabajadores estén manejando las piezas.

-Recoger las incidencias detectadas a medida que se vaya llevando a cabo este proyecto, con el fin de mejorar en los puntos de mayor dificultad.

INDICADORES

-Encuesta informativa entre los patólogos para evaluar el grado de satisfacción con la apertura de las piezas: la respuesta se gradará en

- 1 (Muy bien)
- 2 (Bien)
- 3 (Regular)
- 4 (Mal)

-Nº de piezas mal abiertas o mal fijadas (tras ser debatidas con el patólogo responsable y los miembros de este proyecto) / Nº total de piezas remitidas en 1 mes x 100.

DURACIÓN

-Mes de Octubre: reunión del personal implicado en el proceso y unificación de los criterios y pautas a seguir.

-Mes de Noviembre-Enero: reuniones con los facultativos de las diferentes secciones para elaborar las indicaciones de manejo de las piezas.

-Mes de Enero: nueva reunión del grupo comentar los aspectos derivados de las diferentes reuniones.

-Posteriormente y de forma sucesiva: elaboración del documento donde figuren las indicaciones para el manejo de las piezas; comunicación de este documento a todo el Servicio; durante un mínimo de 4 meses ir viendo las diferentes incidencias o problemas que vayan apareciendo para ir subsanándolas.

-Finalmente, en el mes de julio, reunión con el personal para recoger las impresiones y el grado de satisfacción existente con el nuevo sistema aplicado.

OBSERVACIONES

Previsión de recursos: sin coste.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0358

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA. ELABORACION E IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS DE ERRORES EN EL LABORATORIO. FASE PREANALITICA Y ANALITICA

Fecha de entrada: 11/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA TERESA RAMIREZ GASCA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORANDEIRA GARCIA LACRUZ MARIA JOSE
PEREZ CACHO MARIA JESUS
MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN
RODRIGUEZ BALLABRIGA MARIA
LOBERA ARNAL MARIA CARMEN
TRASOBARES TRASOBARES CONCEPCION
ABAS MARTIN FELIPE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- a) Octubre-Diciembre 2016: Reunión de los integrantes del grupo para elaborar el método de trabajo que mejor se adecue a cada puesto analizando las propuestas en cada laboratorio y la posibilidad de unificar o no, el modelo de hojas de incidencias. Se plantean opciones informáticas a través de Patwin que puedan rellenar tanto patólogos como TSAP y modelos en Excel a rellenar por TSAP en cada laboratorio. Se especifica que deberá ser evaluado por el coordinador de calidad del servicio para plantear las soluciones a la incidencia detectada. Se establece la gradación del tipo de incidencia y de no conformidad según criterios de la ISO UNE EN 15879
- b) Enero-Marzo 2017: Reuniones parciales por laboratorios (Registro-tallaje, inclusión, corte, tinciones, inmunohistoquímica, citología) indicando como y cuando deben realizarse las notificaciones y la obligatoriedad de realizarlas. En las reuniones de la comisión de calidad del servicio (mensuales) se comenta varias veces la necesidad de recoger las incidencias y los problemas que nos encontramos en cuanto a la recogida de las mismas. Se comunica en la sesión médica del servicio y en la reunión de la supervisión con las TSAP del registro de incidencias. Así mismo a las secretarías y celador
- c) Abril-septiembre 2017: puesta en marcha
- d) Octubre de 2017: evaluación de los resultados obtenidos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº de incidencias recogidas en Patwin entre abril-septiembre 2017
(*se analiza también la calidad del contenido y las acciones de mejora a plantear):113
Análisis incidencias recogidas en el registro entre abril-septiembre 2017: Importancia alta:5, media:9, baja:99.Abierta: 5, cerrada: 104, anuladas:4
Grado subjetivo de desarrollo del plan de mejora: muy avanzado, con resultados parciales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han detectado dificultades de comprensión de la gravedad de la incidencia, no comunicación al coordinador de calidad, ni cierre de la incidencia o no conformidad, falta de notificación de resolución de la incidencia, etc. que plantean al grupo el retomar en más profundidad el tema. A pesar de ello se ha identificado un incremento de la conciencia de responsabilización de los profesionales e implicación con los problemas de seguridad del paciente que conlleva cualquier incidencia, planteamiento de un objetivo más ambicioso para un registro completo dentro del laboratorio

7. OBSERVACIONES.

Seguiremos trabajando este proyecto

*** ===== Resumen del proyecto 2016/358 ===== ***

Nº de registro: 0358

Título
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA. ELABORACION E IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS DE ERRORES EN EL LABORATORIO. FASE PREANALITICA Y ANALITICA

Autores:
RAMIREZ GASCA MARIA TERESA, MORANDEIRA GARCIA LACRUZ MARIA JOSE, PEREZ CACHO MARIA JESUS, MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN, RODRIGUEZ BALLABRIGA MARIA, LOBERA ARNAL MARIA DEL CARMEN, TRASOBARES TRASOBARES CONCEPCION, ABAS MARTIN FELIPE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0358

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA. ELABORACION E IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS DE ERRORES EN EL LABORATORIO. FASE PREANALITICA Y ANALITICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA

En la actualidad, el 70% de los errores que se producen en los laboratorios de Anatomía Patológica se dan en las fases preanalíticas y analíticas según indica la Sociedad Española de Anatomía Patológica. Sin embargo, no existe un sistema de recogida y análisis de todas las situaciones que pueden acaecer durante estas fases del proceso en el servicio de Anatomía Patológica del HCU. Se intentará mejorar la seguridad del paciente y la reducción de errores, mediante el establecimiento de un proceso operativo que minimice la posibilidad de errores y maximice la probabilidad de interpretarlos cuando se produzcan. Se propone la creación de un sistema de recogida de incidencias que sea ágil, accesible, no punitivo, sencillo de rellenar y que pueda ser utilizado por todos los miembros del servicio. El sistema de recogida será adecuado dentro de la norma UNE-EN-ISO 15189

RESULTADOS ESPERADOS

- Implicación/responsabilización de todos los profesionales en todo el proceso mediante un sistema de recogida de incidencias
- promover la cultura de seguridad del paciente
- Reforzar la competencia técnica de los trabajadores y evitar conflictos en las distintas fases del proceso
- Minimizar las consecuencias de las incidencias que se produzcan
- Mejora de la comunicación con otros servicios

MÉTODO

- elaboración de un sistema de registro de incidencias consistente en una hoja de notificación que incluya
- presentación de la hoja de registro de incidencias a todo el personal de servicio antes de su puesta en marcha
- formar al personal en el procedimiento adecuado de identificación de incidencias y la necesidad de verificación
- rechazar muestras biológicas no debidamente identificadas en el momento de la llegada a la recepción del servicio
- identificación inequívoca del paciente
- introducción de la muestra en el sistema de trazabilidad
- Análisis de las actuaciones a seguir para la detección en registro, procesado macroscópico-tallaje, procesamiento tisular y realización de bloques de parafina, microtomía, tinción y verificación de muestras, entrega al patólogo para su diagnóstico, pruebas adicionales solicitadas por el patólogo, archive, e igualmente en las diferentes fases en citología e intraoperatorias
- Determinación de los responsables para poner en marcha acciones de mejora

INDICADORES

- Notificaciones de incidencias: habitualmente detectada por el personal durante el transcurso de sus actividades, ya sean por observación directa o por comunicación
- Calidad del registro de incidencias: registro adecuado o no, que incluya el origen de la incidencia, descripción y todo lo que sea de ayuda para estudiarla, incluyendo fecha y firma
- Análisis de las acciones correctoras: registro por la persona responsable, con la asignación de quien debe ejecutarla, fecha y firma
- Análisis de incidencias a las que no se puede aplicar acción correctora
- Evaluación del archivo de incidencias y evaluación e informe en las reuniones de calidad del servicio en las que estará obligatoriamente el jefe de servicio

DURACIÓN

- Duración 12 meses
- Fase I: octubre - diciembre 2016: recogida de información, diseño
- Fase II: enero-febrero 2017: Reuniones parciales por áreas de capacitación en las fases preanalítica y analítica para establecimiento de las notificaciones. Información a todo el servicio de las actuaciones previstas
- Fases III y IV: puesta en marcha y evaluación de los 3 y 6 primeros meses de funcionamiento y planteamiento de puntos de mejora

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0358

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA. ELABORACION E IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS DE ERRORES EN EL LABORATORIO. FASE PREANALITICA Y ANALITICA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0363

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PUNCIONES EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA, ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS DE LA PUNCION CON AGUJA FINA (PAAF)

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE ANA BELEN LAFUENTE MAINAR
· Profesión TEAP
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FLORIA TRUC LIDIA
MEJIA URBAEZ ELAINE
MARTA CASANOVA CARLO BRUNO
COBO RUBIO ADORACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- a) Noviembre 2016, Reunión de los integrantes del grupo para aportar ideas para elaborar el tríptico informativo que mejor transmita información.
- b) Enero 2017 Creación de un primer modelo de tríptico informativo, según criterios establecidos en la reunión y puesta en común para pequeñas mejoras en cuanto a formato.
- c) Marzo 2017, El grupo de trabajo se reúne y se da el visto bueno del último modelo de tríptico para comenzar a entregárselo a los pacientes que acuden a la consulta de PAAF.
- d) Marzo 2017 hasta la actualidad. Se ha implantado definitivamente el método.
- e) Octubre 2017, reunión del equipo para valorar los resultados obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº de pacientes a los que se les entrega tríptico/ Nº pacientes citados a la prueba
Se ha efectuado la entrega al 99% de los pacientes.
Nº de pacientes satisfechos con la información / Nº pacientes citados a la prueba.
El 98% de los pacientes estaban muy satisfechos con la información.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez implantada la entrega del tríptico informativo, se ha observado que hay una mejora evidente en la comprensión de la prueba de PAAF por parte de los pacientes, reduciendo su nivel de nerviosismo por miedo a la prueba.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/363 ===== ***

Nº de registro: 0363

Título
ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PUNCIONES EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA, ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS DE LA PUNCION CON AGUJA FINA (PAAF)

Autores:
LAFUENTE MAINAR ANA BELEN, MARTA CASANOVA CARLO BRUNO, MEJIA URBAEZ ELAINE, FLORIA TRUC LIDIA, COBO RUBIO ADORACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0363

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PUNCIONES EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA, ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS DE LA PUNCION CON AGUJA FINA (PAAF)

PROBLEMA

El servicio de Anatomía Patológica posee una consulta de punciones, en la que se realizan pruebas de PAAF a pacientes de forma rutinaria los lunes. A lo largo del tiempo, hemos detectado que los pacientes cuando acuden a realizar la prueba, presentan muchas dudas acerca del procedimiento al que van a ser sometidos. Dicha información, que ha debido ser facilitada en la consulta desde la que son derivados, se ha difuminado o les han surgido nuevas dudas, esto genera que los pacientes acudan nerviosos y demandantes de información. Dicha información debe ser suministrada para mejorar la relación medico-paciente y la seguridad del procedimiento. Como consecuencia de esa demanda de información, se prolongan los tiempos de consulta y a su vez se generan retrasos que afectan al resto de los pacientes citados. Con la finalidad de mejorar la información que recibe el paciente, proponemos como oportunidad de mejora, la realización un documento informativo en forma de tríptico, donde se recoja la información principal de la prueba (fundamentos, características, recomendaciones, consejos y probables complicaciones) de una forma sencilla, ilustrada y atractiva visualmente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la información de la técnica de PAAF, con un vocabulario claro y accesible, que se trasmite a los pacientes que acuden a la realización de la prueba.
- Aumentar la calidad asistencial del paciente, reduciendo los tiempos de realización de la técnica y por ende minimizando los tiempos de espera.
- Aumentar la satisfacción de los pacientes y familiares, mejorando la relación medico-paciente, y a su vez haciendo menos traumática la prueba (ansiedad, stress, angustia, etc.)
- Mejorar la seguridad del paciente, debido a que con la información adecuada y pleno conocimiento de las características de la prueba, podrán existir menos complicaciones derivadas de las conductas de los pacientes (sobresaltos, movimientos impulsivos, deglución, etc.).

MÉTODO

- Reunión de los integrantes del grupo para el diseño/elaboración del tríptico y una mini-encuesta de satisfacción, que serán distribuidas en conjunto.
- Puesta en marcha de una prueba piloto durante dos meses (8 sesiones de consulta).
- Reunión para evaluar los resultados del periodo de prueba, así como analizar la información recogida en las encuestas. Esto ultimo con la finalidad de implantar propuestas de mejora y modificación en caso de ser necesario en el tríptico.
- Reunión con el grupo de control de calidad una vez transcurridos 12 meses, con la finalidad de discutir los beneficios generados por la implantación del tríptico

INDICADORES

- Nº de pacientes a los que se les entrega tríptico/ Nº pacientes citados a la prueba.
- Nº de pacientes satisfechos con la información / Nº pacientes citados a la prueba.

DURACIÓN

- 1º mes: reunión para el diseño del tríptico y la mini encuesta de satisfacción para el paciente.
- 2º y 3º mes: aplicación de la fase de prueba piloto del tríptico.
- 4º mes: análisis de resultados obtenidos, así como estudio de las encuestas de satisfacción, para modificar el tríptico de ser necesario.
- 4º a 12º mes: implantación del modelo definitivo de tríptico.
- 12º mes: reunión con el grupo de control de calidad con la finalidad de analizar los resultados, esto último a través de los indicadores de evaluación definidos previamente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0364

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN CHECKLIST DE SEGURIDAD, PARA LA TRANSCRIPCION DE LOS RESULTADOS DEL SCREENING CITOLOGICO GINECOLOGICO

Fecha de entrada: 15/12/2017

2. RESPONSABLE CARLO BRUNO MARTA CASANOVA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAFUENTE MAINAR ANA BELEN
LAGUNA LASIERRA MARIA CARMEN
PEREZ CACHO MARIA JESUS
GRACIA MARZO RITA CARIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Noviembre 2016: Reunión de los integrantes del grupo para generar ideas destinadas a la elaboración de la plantilla de checklist que mejor transmita información.
- Enero 2017: Diseño de un primer modelo de checklist, según criterios previamente establecidos en la reunión, y aplicación de pequeñas mejoras en relación al formato visual.
- Febrero 2017: Reunión y visto bueno al modelo definitivo del checklist, planificación del programa de implementación e impresión de los mismos.
- Febrero 2017 hasta la actualidad: Se ha implantado definitivamente el checklist y se ha utilizado ampliamente por patólogos y técnicos en citopatología.
- Octubre 2017: última reunión del equipo para valorar los resultados obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El uso del checklist nos ha permitido estandarizar y a la vez regular los diagnósticos citopatológicos que se realizan en nuestro servicio.
Además, nos ha permitido eliminar la subjetividad presente con los distintos tipos de escritura y nos ha facilitado la consecución de nuestros objetivos principales, entre otros la de minimizar el riesgo existente en la transcripción de datos y garantizar la seguridad de nuestros diagnósticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de trabajo se ha desempeñado de una manera eficiente, cumpliendo el cronograma planteado y aportando soluciones o críticas en la distintas reuniones planificadas.
A futuro, se plantea la modificación desde este checklist, con la finalidad de adaptarlo a los nuevos estándares de la clasificación ginecológica de Bethesda, que se implantará próximamente en nuestro servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/364 ===== ***

Nº de registro: 0364

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN CHECKLIST DE SEGURIDAD, PARA LA TRANSCRIPCION DE LOS RESULTADOS DEL SCREENING CITOLOGICO GINECOLOGICO

Autores:
MARTA CASANOVA CARLO BRUNO, LAFUENTE MAINAR ANA BELEN, PEREZ CACHO MARIA JESUS, FLORIA TRUC LIDIA, GRACIA MARZO RITA CARIDAD, LAGUNA LASIERRA MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0364

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN CHECKLIST DE SEGURIDAD, PARA LA TRANSCRIPCION DE LOS RESULTADOS DEL SCREENING CITOLOGICO GINECOLOGICO

PROBLEMA

La valoración de citología ginecológica, se realiza en conjunto en un tándem Patólogo/Citotécnico. El resultado es escrito a mano en las hojas de petición, utilizando un sistema de códigos alfanumérico, por el personal citotécnico una vez finalizado el análisis. Posteriormente el departamento de secretaria del servicio, se encarga de transcribir dicha información alfanumérica al sistema de informatizado de gestión en Anatomía Patológica (PATHWin). El problema planteado es que se pueden generar errores en la transcripción de dichos códigos diagnósticos, debido a los distintos tipos de caligrafía, y por lo tanto alterar el diagnostico final de las citologías ginecológicas. La oportunidad de mejora sugerida, consiste en realizar un checklist estandarizado e impreso, para los diagnósticos de citología ginecológica (en los que simplemente se tenga que marcar una casilla con una tilde para seleccionar el diagnostico correspondiente), para eliminar el factor de riesgo que son los distintos tipos de caligrafía y por ende mejorar la seguridad de la paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el uso de checklist se espera minimizar los errores de transferencia de información y por lo tanto mejorar la seguridad del paciente. A su vez también, será menos complicado y mas eficiente la transcripción de información por parte del personal administrativo, y se evitara el retraso en la transcripción del diagnostico de las mismas.

MÉTODO

- Reunión entre el grupo de control de calidad, el personal citotécnico, personal administrativo y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador del checklist.
- Una vez realizado el borrador, se realizara una reunión del grupo para su aprobación y difusión al personal.
- Puesta en marcha de una prueba piloto del mismo, durante un mes.
- Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos, aplicación de propuestas de mejora y modificación del borrador inicial en caso de ser necesario.
- Aplicación de los cambios sobre el borrador y evaluación a los seis meses de uso.

INDICADORES

- Grado de implantación: se evaluara el número de citologías transcritas utilizando el modelo de checklist diseñado.
- Grado de mejora de la calidad: evaluación de la incidencia de fallos de transcripción, una vez puesto en practica el modelo checklist diseñado.
- Grado de adecuación: se realizaran controles periódicos, con la finalidad de recabar información puntual que permita realizar ajustes puntuales sobre el modelo de checklist diseñado.
- Grado de satisfacción de los profesionales: se realizara una encuesta, al personal involucrado en el diagnostico cito-ginecológico, sobre la satisfacción con el proyecto de mejora.

DURACIÓN

La duración del proyecto abarcaría un año, con el siguiente calendario de implantación:

- 1º mes: reunión/es para el diseño del borrador del checklist.
- 2º mes: impresión y difusión, al personal implicado, del checklist.
- 3º mes: Prueba piloto del borrador.
- 4º mes: Análisis de los resultados obtenidos en la prueba piloto e implantación de correctivos si fuera necesario.
- 5º al 12º mes: implantación del modelo definitivo del checklist.
- 12º mes: realización de encuesta de satisfacción al personal involucrado y evaluación de los primeros seis meses de aplicación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0448

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN USO DE UN FORMATO DE SOLICITUD PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DEL GANGLIO CENTINELA (GC), MEDIANTE TECNICA DE OSNA (ONE STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION)

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ELISABETH ANOZ CARBONELL
· Profesión TEAP
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOUSA DOMINGUEZ RAMON
DEL PINO JIMENEZ MARIA DOLORES
BASELGA SORIANO ISABEL
CHICO RODRIGUEZ MILAGROS
ABAS MARTIN FELIPE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones con el grupo de control de calidad y el personal implicado, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para establecer los criterios necesarios y definir el diseño preliminar del formato de solicitud.

Realización de un cuño con las palabras GANGLIO CENTINELA, para marcar la solicitud actual de Estudio Anatomopatológico, obteniendo así, su correcta identificación por todo el personal, dándole la importancia y rapidez pertinente, desde su extracción en Quirófano hasta su procesado en Anatomía Patológica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con la estampación del cuño en la actual solicitud de estudio anatomopatológico, se espera:

- Facilitar el reconocimiento de la prioridad de la muestra.
- Permitir la reducción de los tiempos de tránsito, procesamiento y diagnóstico.
- Mejorar la fidelidad y seguridad de la prueba.
- Reconocer el tipo de estudio (intraoperatorio o diferido), así como los datos clínicos relevantes para la correcta realización del estudio (CK19 y neoadyuvancia).
- Expresar los resultados de la prueba, de forma concisa y de fácil interpretación.
- Beneficiar y mejorar la seguridad del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Actividades pendientes:

- Proceder a la estampación de varias solicitudes a modo de prueba durante un periodo de tiempo
- Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos y la implantación del diseño definitivo.

7. OBSERVACIONES.

Es la segunda vez que envío este formulario

*** ===== Resumen del proyecto 2016/448 ===== ***

Nº de registro: 0448

Título
DISEÑO Y PUESTA EN USO DE UN FORMATO DE SOLICITUD PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DEL GANGLIO CENTINELA (GC),
MEDIANTE TECNICA DE OSNA (ONE STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION)

Autores:
ANOZ CARBONELL ELISABETH, MARTA CASANOVA CARLO BRUNO, MOROS GARCIA MANUEL, SOUSA DOMINGUEZ RAMON, DEL PINO JIMENEZ
MARIA DOLORES, BASELGA SORIANO ISABEL, CHICO RODRIGUEZ MILAGROS, ABAS MARTIN FELIPE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0448

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN USO DE UN FORMATO DE SOLICITUD PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DEL GANGLIO CENTINELA (GC), MEDIANTE TECNICA DE OSNA (ONE STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION)

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El estudio de la afectación de los ganglios linfáticos es uno de los factores pronósticos más importantes y un criterio determinante para las decisiones quirúrgicas y terapéuticas. El estudio de los ganglios centinela, puede ser realizado de manera intraoperatoria o de forma diferida.
En nuestro servicio esto se realiza mediante el método OSNA, dicha técnica determina cuantitativamente la presencia de metástasis a nivel de ganglios linfáticos y a su vez permite la sobreestadificación de las metástasis linfáticas. La técnica amplifica y detecta, en menos de 25 minutos, la expresión de Citoqueratina 19 (CK19) en el ácido ribonucleico mensajero (ARNm) de las células neoplásicas presentes en el ganglio.
Por este motivo, es de vital importancia que la muestra llegue de la manera más rápida a nuestro servicio, debido a que la técnica se debe realizar en tejido sin ningún tipo de fijación. De no cumplirse esto, se puede deteriorar la calidad de la muestra y por ende el resultado de la misma puede verse afectado, sin importar que sea intraoperatoria o resultado en diferido.
Proponemos, que se disponga de un formato único para el estudio del ganglio centinela mediante el método OSNA. Dicho formato expresara claramente que el estudio a realizar será por OSNA, a su vez puede ser impreso en papel con una coloración específica para facilitar su reconocimiento. El personal de celadores y los auxiliares de quirófano tendrán mayor capacidad para priorizar el envío de dichas muestras.
A su vez, en el servicio de anatomía patológica, una vez recibidos, serán más fácilmente canalizados para la pronta realización del estudio. También, dicho formato contará con información específica relacionada con los datos clínicos/patológicos pertinentes para la técnica (positividad para técnica inmunohistoquímica de Citoqueratina 19 y neoadyuvancia previa). Una vez realizado el estudio, el formato contará con un apartado específicamente diseñado para el resultado del estudio, con información concisa que permita la correcta interpretación del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera con la implementación de estos cambios:

- Facilitar el reconocimiento de la prioridad de la muestra.
- Permitir la reducción de los tiempos de tránsito, procesamiento y diagnóstico.
- Mejorar la fidelidad y seguridad de la prueba.
- Reconocer el tipo de estudio (intraoperatorio o diferido), así como los datos clínicos relevantes para la correcta realización del estudio (CK19 y neoadyuvancia).
- Expresar los resultados de la prueba, de forma concisa y de fácil interpretación.
- Beneficiar y mejorar la seguridad del paciente.

MÉTODO

- Reunión con el grupo de control de calidad y el personal implicado, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para establecer los criterios necesarios y definir el diseño preliminar del formato de solicitud.
- Reunión del grupo de trabajo, con los servicios relacionados, con la finalidad de difundir el diseño preliminar y escuchar sus opiniones o sugerencias.
- Puesta en marcha de una prueba piloto de formato, durante un mes.
- Análisis de los problemas surgidos durante el periodo de prueba, evaluación de los resultados iniciales obtenidos, aplicación de propuestas de mejora y diseño definitivo del formato.
- Aplicación de formato definitivo y evaluación del mismo a los seis meses de uso

INDICADORES

- N° de ganglios analizados por método Osna/N° de ganglios totales x 100
- N° de ganglios sin Ck19 positiva/N° de ganglios totales x 100
- N° de ganglios con tratamiento neoadyuvante/N° de ganglios totales x 100

DURACIÓN

- Primer mes: reunión de trabajo, elaboración del formato de prueba y presentación a los distintos servicios implicados.
- Segundo mes: puesta en marcha de una prueba piloto del mismo.
- Tercer mes: análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos, aplicación de propuestas de mejora y diseño del formato definitivo.
- Aplicación del formato definitivo y evaluación a los seis meses de uso

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0448

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN USO DE UN FORMATO DE SOLICITUD PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DEL GANGLIO CENTINELA (GC), MEDIANTE TECNICA DE OSNA (ONE STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION)

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0500

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN NUEVO METODO DE TRABAJO PARA LA COMPROBACION DE CASETES/BLOQUES/PREPARACIONES EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE LIDIA FLORIA TRUC
· Profesión TEL
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA FERNANDEZ MARIA
BARRA BORAO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- a) Noviembre 2016, Reunión de los integrantes del grupo para elaborar el método de trabajo que mejor se adecue a cada puesto.
b) Diciembre/Enero 2017 Puesta en marcha del método establecido en la reunión:
? En el área de tallado, verificar, contar y apuntar todos los bloques que se generan.
? Se establece un protocolo de cortes adicionales en las muestras de escaso material, para evitar la pérdida del mismo y agilizar las técnicas especiales.
? En el área de inclusión contar todos los bloques recibidos, hacerlos y verificarlos. Comprobar que el bloque se ha incluido correctamente. Ordenar por casos y médicos.
? En el área de corte, recibir los bloques contarlos, repartirlos equitativamente, cortarlos, y verificarlos.
? En el área de tinción, comprobar uno a uno si sale todo el tejido incluido. Verificar y entregar al patólogo. En el supuesto de que el corte no es el adecuado se manda repetir, evitando así la demora.
c) Febrero 2017, El grupo de trabajo hizo un análisis del método implantado, dando como resultado que se iba por buen camino y que había bajado el número de repeticiones, y de errores de trabajo en la cadena .
d) Marzo 2017 hasta la actualidad. Se ha implantado definitivamente el método.
e) Septiembre 2017, reunión del equipo para valorar los resultados obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº de cristales rechazados/ Nº de cristales revisados
Se rechazan máximo 5 de cada 100. Son cifras orientativas y variables cada día, ya que depende de muchos factores, tanto humanos como de la propia biopsia.

Nº de seriaciones, cortes adicionales/ Nº de cristales entregados.

Se realizan al día unas 5-6 seriaciones /adicionales del total de los cristales entregados. Son cifras orientativas y variables cada día, ya que depende de muchos factores, tanto humanos como de la propia biopsia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez implantado el método, se ha observado:

- a.-Mejora evidente en la cadena de trabajo, agilizando el tiempo de entrega y mejorando el resultado final de la biopsia reduciendo considerablemente los casos en los cuales el patólogo tenía que volver a pedir nuevos cortes para llegar al diagnóstico.
b.-Mejora en la calidad de la muestra entregada al patólogo.
c.-Disminución del riesgo de errores, derivado de la atención por parte del personal técnico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/500 ===== ***

Nº de registro: 0500

Título
ELABORACION DE UN NUEVO METODO DE TRABAJO PARA LA COMPROBACION DE CASETES /BLOQUES / PREPARACIONES EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Autores:
FLORIA TRUC LIDIA, OLMEDO ARBIZU ENMA, GARCIA FERNANDEZ MARIA, BARRA BORAO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0500

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN NUEVO METODO DE TRABAJO PARA LA COMPROBACION DE CASETES/BLOQUES/PREPARACIONES EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de enfermedades
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El correcto funcionamiento de un servicio de Anatomía Patológica depende de un trabajo en cadena, desde el momento en que se recibe la muestra hasta la entrega al facultativo para su posterior diagnóstico, para que este proceso sea lo más rápido posible. En el servicio de anatomía hemos detectado que con cierta frecuencia el diagnóstico final se retrasa debido a que los patólogos necesitan más cortes adicionales y seriaciones debido a una serie de problemas surgidos en el procesado de la muestra, como en el tiempo de fijación, inclusión, corte y teñido de la muestra, por lo tanto hemos creído necesario mejorar la forma del trabajo en cadena para que el proceso no se alargue en el tiempo y el resultado sea óptimo.

RESULTADOS ESPERADOS
a. Mejorar la calidad del trabajo con un trabajo en equipo.
b. Facilitar el trabajo de diagnóstico.
c. Disminuir el número de peticiones de cortes adicionales/ seriaciones.
d. Mejorar los tiempos de entrega al patólogo y por lo tanto al clínico que pidió el estudio., adelantando así el resultado para el paciente

MÉTODO
a. Reunión de los integrantes del grupo para elaborar el método de trabajo que mejor se adecue a cada puesto.
b. Puesta en marcha de ese método durante un tiempo, que se establecerá con el grupo, para ver el funcionamiento y posibles correcciones.
c. Se espera mejorar la calidad del trabajo ofrecido, con repercusión de una disminución en el tiempo de espera del paciente para un diagnóstico.
d. Reunión con el grupo de control de calidad una vez transcurrido un tiempo estipulado para valorar los resultados generados por este nuevo método de trabajo.

INDICADORES
a. N° de cristales rechazados / N° de cristales revisados.
b. N° de seriaciones, cortes adicionales/ N° de cristales entregados.
c. N° de bloques rehechos/ N° de bloques cortados.

DURACIÓN
a. 1er mes: Reunión para la elaboración del método.
b. 2ºy 3er mes: fase de prueba del método elaborado.
c. 4º mes : análisis de resultados obtenidos, nivel de satisfacción del personal a cargo de esas tareas.
d. 4º al 12 mes: implantación del nuevo sistema de trabajo.
e. 12 mes: Reunión con el grupo de control de calidad para valorar los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0506

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LAS DESCRIPCIONES MACROSCOPICAS EN EL TALLADO DE LA BIOPSIA PEQUEÑA

Fecha de entrada: 12/12/2017

2. RESPONSABLE ELAINE MEJIA URBAEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARDIEL GARCIA MARIA JOSE
OLMEDO ARBIZU ENMA
COBO RUBIO ADORACION
GRACIA MARZO RITA CARIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- REUNIONES CON LOS MIEMBROS DEL EQUIPO REALIZANDO LLUVIA DE IDEAS Y DEBATE DE LAS MISMAS, CON LA CONSIGUIENTE ELECCIÓN DE LAS FÓRMULAS MAS ADECUADAS PARA REALIZAR LAS PRIMERAS PROPUESTAS.
- ELABORACIÓN DEL TEXTO ESTÁNDAR A EMPLEAR A MODO DE PRUEBA PARA POSTERIORMENTE IDENTIFICAR LOS PUNTOS DE MEJORA Y CLAVES PARA SU REALIZACIÓN, SIGUIENDO LAS PAUTAS E INDICACIONES DE PARTE DEL PERSONAL DEL PROGRAMA INFORMÁTICO PARA SU ELABORACIÓN.
- REUNIÓN PARA EXPONER LOS PUNTOS DÉBILES DEL PROTOCOLO Y MEJORAR SU ELABORACIÓN PARA PONER EN MARCHA DE FORMA DEFINITIVA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

DADA LA RECIENTE ACTUALIZACIÓN DEL LABORATORIO, CON LA MODIFICACIONES ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES QUE ESTANDARIZAN TODOS LOS PROCESOS DEL MISMO, PARA UNA MAYOR OPERATIVIDAD Y RENDIMIENTO, FACILITÓ LA INCORPORACIÓN DEL PROTOCOLO PROPUESTO, DE TAL MANERA QUE SE UNIFICA EL SISTEMA DE TRABAJO EMPLEADO EN EL SERVICIO. TRAS ESTUDIAR Y VALORAR DISTINTAS FORMAS DE LLEVAR A CABO EL PROYECTO Y CONTANDO CON NUEVOS RECURSOS TECNOLÓGICOS, DECIDIMOS REALIZARLO DESDE EL LABORATORIO DE MACROSCOPIA; SIENDO LA TÉCNICO ESPECIALIZADA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA LA ENCARGADA DE, MEDIANTE UN NUEVO PROGRAMA INFORMÁTICO (DRAGON MEDICAL DIRECT), UTILIZAR LOS PROTOCOLOS YA CREADOS PREVIAMENTE. EL TEXTO ESTÁNDAR PARA LA BIOPSIA PEQUEÑA SE IMPLEMENTÓ EN FASES, LA PRIMERA, COMO PRUEBA CON 20 INFORMES DE BIOPSIAS TALLADAS EN EL SERVICIO. POSTERIORMENTE SE ESTUDIARON Y ANALIZARON LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA, CON LA CORRESPONDIENTE CORRECCIÓN SEGUIDO DE LA PUESTA EN MARCHA DE FORMA DEFINITIVA DEL PROTOCOLO DE TEXTO ESTÁNDAR EN BIOPSIA PEQUEÑA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

VALORAMOS DE FORMA POSITIVA LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO, YA QUE NOS PERMITE REALIZAR EL DICTADO DESDE EL LABORATORIO DE MACROSCOPIA, OPTIMIZANDO EL TIEMPO, LOS RECURSOS Y OBTENIENDO UNA FIEL REPRODUCCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS BIOPSIAS, YA QUE SU DESCRIPCIÓN SE REALIZA IN SITU Y SE EVITAN ERRORES DE TRANSCRIPCIÓN. CON ESTE SISTEMA SE CONSIGUE LIBERACIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO, LO QUE PERMITE SU EMPLEO EN OTRAS TAREAS DEL SERVICIO. ACTUALMENTE DETECTAMOS QUE LAS FUNCIONES DE LAS TÉCNICOS ESPECIALISTAS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA HAN AUMENTADO Y QUE ESTO REQUIERE MAYOR EMPLEO DE PERSONAL QUE CUBRA LAS NECESIDADES ACTUALES DEL SERVICIO PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO. LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS NOS PERMITEN AVANZAR EN EL BUEN DESARROLLO Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS QUE PRESTAMOS, PERO A SU VEZ NOS EXIGEN CONSTANTE RENOVACIÓN, APRENDIZAJE, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO Y CON ELLO APROVECHAR AL MÁXIMO TODAS LAS APLICACIONES QUE OFRECE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/506 ===== ***

Nº de registro: 0506

Título
PROTOCOLIZACION DE LAS DESCRIPCIONES MACROSCOPICAS EN EL TALLADO DE LA BIOPSIA PEQUEÑA

Autores:
MEJIA URBAEZ ELAINE, CARDIEL GARCIA MARIA JOSE, OLMEDO ARBIZU ENMA, COBO RUBIO ADORACION, GRACIA MARZO RITA CARIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0506

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LAS DESCRIPCIONES MACROSCOPICAS EN EL TALLADO DE LA BIOPSIA PEQUEÑA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda la patología en biopsia pequeña
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....: Guía, protocolo

PROBLEMA

Un Sistema de información debe facilitar la recogida estructurada de datos, la explotación de los mismos y el establecimiento de dispositivos de trazabilidad. Sobre la base de recomendaciones internacionales se propone el uso de criterios uniformes para la elaboración de informes anatomopatológicos sujetos a protocolos desde el tallado de la pieza hasta su diagnóstico final.

El procedimiento de análisis y diagnóstico en el laboratorio comienza cuando el Técnico Especialista en Anatomía Patológica realiza el tallado de las biopsias de pequeño tamaño, las cuales, deben incluirse en su totalidad y no requieran orientación para su inclusión (biopsias endoscópicas digestivas, ginecológicas, bronquiales, vesicales y ORL, cilindros hepáticos, de médula ósea, prostáticos y mamarios, resecciones transuretrales (RTU) prostáticas y vesicales, biopsias testiculares, polipectomías digestivas y ginecológicas (cérvix y endometrio)).

Posteriormente el personal administrativo se encarga de transcribir literalmente al sistema informático la descripción de cada muestra. En esta fase analítica, la descripción macroscópica de la biopsia pequeña es el proceso conocido como "tallado" y es una de las operaciones que más riesgos presenta dentro de las tareas que se realizan en el Servicio de Anatomía Patológica.

Así mismo, la transcripción de toda la información de forma individual en cada caso representa una carga importante de las funciones del personal administrativo, por lo que la optimización de este procedimiento mediante la estandarización de la descripción macroscópica en el laboratorio y posteriormente su transcripción en secretaría, incrementaría la eficiencia y efectividad del proceso, siendo el mismo fundamental para el desempeño adecuado del procesamiento de estas muestras.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos primarios:
Crear un protocolo de descripción macroscópica estandarizada para el tallado de la biopsia pequeña.
Incorporar el nuevo protocolo de descripción al sistema informático utilizado en el servicio (Patwin).
Formar a los Técnicos Especialistas en Anatomía Patológica en el uso del nuevo protocolo.
Formar al personal administrativo en el uso del nuevo protocolo.
Instaurar el protocolo de descripción macroscópica estandarizada.

Objetivos secundarios:

Impulsar el uso del Patwin como una herramienta útil para corroborar el lugar de procedencia de la muestra, así como su correcto etiquetado.

MÉTODO

Redacción de un primer borrador del protocolo de descripción. Este incluirá localización (región anatómica/ órgano de procedencia), número de fragmentos, tamaño, forma y color de la muestra.

Reunión con el personal técnico del laboratorio y el personal administrativo para presentar el borrador del protocolo como idea de la cual partir en la elaboración del protocolo definitivo.

Elaboración de un protocolo unificado para este tipo de muestras en conjunto con todo el personal implicado.

Entrenamiento del personal implicado en el tratamiento de la biopsia pequeña y su adecuada descripción macroscópica.

Entrenamiento del personal administrativo para la transcripción de la descripción macroscópica.

Reunión con los representantes del sistema Patwin para la integración al sistema del protocolo.

INDICADORES

- Tiempo de dictado con el método convencional/ Tiempo de dictado con el método propuesto.
- N° de informes transcritos al día, método convencional/ N° de informes transcritos al día con el método propuesto.

DURACIÓN

1er y 2do mes: realizar reuniones con el personal técnico del laboratorio y el personal administrativo para aunar e integrar las pautas a seguir. Seguido de una reunión con el personal de soporte técnico de Patwin para plantear la implementación de esta mejora de calidad.

3er mes: redacción del protocolo estándar para la descripción macroscópica de la biopsia pequeña.

4to al 10vo mes: incorporación de su uso en la práctica diaria.

11vo mes: reunión con el personal implicado para evaluación de la puesta en marcha del protocolo.

12vo mes: Conclusiones y resultados finales obtenidos con la estandarización de éste proceso como mejora de calidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0506

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LAS DESCRIPCIONES MACROSCOPICAS EN EL TALLADO DE LA BIOPSIA PEQUEÑA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0514

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL BIOLÓGICO ANATOMOPATOLÓGICO REMITIDO A OTROS CENTROS PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS MOLECULARES

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE FRANCESC FELIPO BERLANGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOROS GARCIA MANUEL
SORIA NAVARRO JOAQUIN
TRASOBARES TRASOBARES CONCEPCION
LOBERA ARNAL MARIA CARMEN
BLANZACO ACIN ZULEMA
GARCIA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha identificado al Servicio de Oncología Médica como el servicio hospitalario demandante de la mayoría de estudios moleculares.
Se ha elaborado un diagrama de flujo para su manejo por parte de todos los implicados en el proceso, con participación activa de facultativos, TEAP's y administrativos del servicio.
Se han registrado los indicadores de salida y devolución de muestras

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Registro de los casos con material que sale fuera de nuestro servicio
Registro de los casos en los que se produce la devolución del material
Registro de recepción de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas en los centros de referencia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto se está desarrollando con el esfuerzo de todo el personal implicado, aunque no al ritmo que inicialmente creíamos que se podía llevar a cabo. No obstante las actividades realizadas han empezado a dar resultados muy satisfactorios en los indicadores recogidos.
Actividades pendientes:
Elaboración de una hoja de solicitud de estudios a realizar fuera de nuestro Hospital
Entrega de la hoja de solicitud y del diagrama a los servicios generadores de peticiones de pruebas moleculares
Registro de recepción de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas en los centros de referencia

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/514 ===== ***

Nº de registro: 0514

Título
GESTION DEL MATERIAL BIOLÓGICO ANATOMOPATOLÓGICO REMITIDO A OTROS CENTROS PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS MOLECULARES

Autores:
FELIPO BERLANGA FRANCISCO JOSE, SORIA NAVARRO JOAQUIN, TRASOBARES TRASOBARES CONCEPCION, LOBERA ARNAL MARIA DEL CARMEN, BLANZACO ACIN ZULEMA, GARCIA FERNANDEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0514

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL BIOLÓGICO ANATOMOPATOLOGICO REMITIDO A OTROS CENTROS PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS MOLECULARES

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La creciente necesidad de realizar estudios moleculares que permitan establecer diagnósticos o tratamientos adecuados para cada paciente, ha conllevado un incremento en el número de muestras biológicas anatomopatológicas (bloques de tejido parafinado y secciones tisulares en portaobjetos) que salen de nuestro servicio hacia centros de referencia en los que se llevan a cabo dichos estudios. En muchas ocasiones, ese material no se devuelve a nuestro servicio y, lo que es aún peor, no recibimos los resultados de esos estudios cuando es otro servicio el que gestiona la salida de ese material.

RESULTADOS ESPERADOS

El presente proyecto pretende organizar de manera racionalizada la salida del material biológico del Servicio de Anatomía Patológica, así como la devolución de ese material y la recepción del resultado emitido por el centro de referencia. Ello supone la implicación de los diferentes estamentos del servicio (facultativos, TEAP's y administrativos) y la necesaria colaboración de los servicios demandantes de las pruebas.

MÉTODO

Identificación de los servicios hospitalarios demandantes de estudios moleculares
Elaboración de una hoja de solicitud de estudios a realizar fuera de nuestro Hospital
Elaboración de un diagrama de flujo de fácil interpretación
Participación activa de facultativos, TEAP's y administrativos del servicio.
Entrega de la hoja de solicitud y del diagrama a los servicios generadores de peticiones de pruebas moleculares.

INDICADORES

Registro de los casos con material que sale fuera de nuestro servicio.
Registro de los casos en los que se produce la devolución del material.
Registro de recepción de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas en los centros de referencia.

DURACIÓN

Diagrama de flujo disponible en un plazo de 3 meses desde la aprobación del proyecto
Distribución a los servicios peticionarios durante los 15 días siguientes
Recogida y análisis de los indicadores a los seis meses.
Emisión de informe de resultados al año de la aprobación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0672

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN LA EMISION DEL INFORME ANATOMOPATOLOGICO DE LA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG) EN CARCINOMA DE MAMA

Fecha de entrada: 12/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA JOSE CARDIEL GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEJIA URBAEZ ELAINE
MOROS GARCIA MANUEL
OLMEDO ARBIZU EMMA
ABAD BEORLEGUI ELENA
BLANZACO ACIN ZULEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión inicial del equipo para que cada uno de los miembros establezca los posibles puntos de mejora desde su punto de vista. Una vez conocidos por todos, se ha dividido el proceso por fases temporales (pre-analítica, analítica y post-analítica) y establecido subgrupos para que trabajen sobre ellos según su grado de implicación en cada fase.

Actualmente, estamos pendientes de convocar una segunda reunión para exponer el trabajo realizado por cada uno de los integrantes del grupo y proceder a la coordinación de todo el proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sin resultados todavía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades son muy iniciales quedando todavía pendiente:
- Acordar decisiones finales en cuanto al desarrollo del proceso.
- Comunicar las mismas al resto del personal.
- Implementar las actuaciones a realizar.
- Valorar resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/672 ===== ***

Nº de registro: 0672

Título
ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN LA EMISION DEL INFORME ANATOMOPATOLOGICO DE LA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG) EN CANCER DE MAMA

Autores:
CARDIEL GARCIA MARIA JOSE, MEJIA URBAEZ ELAINE, MOROS GARCIA MANUEL, OLMEDO ARBIZU EMMA, BLANZACO ACIN ZULEMA, ABAD BEORLEGUI ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La BAG es el método por excelencia para la confirmación diagnóstica del cáncer de mama. Las muestras histológicas se obtienen por un procedimiento rápido, seguro y bien tolerado por las pacientes y permiten establecer una completa tipificación del tumor, lo cual va a condicionar la actitud terapéutica posterior. La necesidad de iniciar el tratamiento lo antes posible una vez diagnosticado el cáncer, unido a la no desdeñable ansiedad que genera en las pacientes la espera del resultado de la biopsia, nos obliga a reducir

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0672

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN LA EMISION DEL INFORME ANATOMOPATOLOGICO DE LA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG) EN CARCINOMA DE MAMA

al máximo el intervalo de tiempo desde que se reciben las muestras en el laboratorio hasta que se emite el informe anatomopatológico.

Para ello es imprescindible una absoluta coordinación de todo el personal del servicio de Anatomía Patológica implicado en el proceso diagnóstico, estableciendo unas pautas de actuación detalladas, claras y precisas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducción de los tiempos y mejora en la eficiencia del proceso diagnóstico de la BAG de mama.
- Responsabilidad y compromiso de todos y cada uno de los miembros implicados (patólogos, técnicos y administrativos) a nivel de su ámbito de trabajo.
- Instauration de pautas de trabajo bien definidas y conocidas por todos los implicados, así como previsión ante posibles incidencias.

MÉTODO

1. Reuniones periódicas de los miembros del grupo (facultativos y técnicos) para que todos y cada uno de ellos establezcan los puntos de mejora en los que estén involucrados por razón de su puesto de trabajo, con posterior coordinación de todas las actuaciones.
2. Información al resto del personal implicado de las decisiones acordadas.
3. Implementación de las actuaciones a realizar bajo la supervisión del patólogo responsable del diagnóstico.
4. Valoración de los resultados obtenidos.

INDICADORES

1. Intervalo de tiempo desde que se registra la muestra en el servicio de Anatomía Patológica (fecha de registro) hasta que se emite el informe anatomopatológico (fecha de informado: el informe está disponible en la intranet). Esta valoración se realiza a través del sistema informático propio del servicio (Patwin).
2. Valoración de los tiempos intermedios: fecha de registro - fecha de macroscopia - fecha de entrega al patólogo de los cortes histológicos - fecha de entrega al patólogo de técnicas inmunohistoquímicas - fecha de emisión del informe anatomopatológico. Estas valoraciones se realizan a través del sistema informático interno del laboratorio y del Patwin.

DURACIÓN

1. Fecha prevista de inicio: 2 de noviembre de 2016.
2. Fecha prevista de finalización: 2 de mayo de 2016.
3. Cronograma:
 - a) Reuniones periódicas durante los dos primeros meses para establecimiento de los tiempos máximos a invertir en cada uno de los procesos involucrados (recepción de la muestra - tallaje - inclusión en parafina - corte - tinción - entrega de cristales al patólogo - valoración inicial y solicitud de técnicas complementarias - realización de técnicas complementarias - entrega de las mismas al patólogo - realización del diagnóstico - emisión del informe)
 - b) Comunicación al resto del personal implicado en el proceso y puesta en marcha en el tercer mes.
 - c) Valoración de resultados al final del quinto mes y corrección de incidencias y problemas detectados.
 - d) Evaluación final al finalizar el sexto mes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0091

1. TÍTULO

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA LA REALIZACION DE TECNICAS DE ANESTESIA LOCALREGIONAL

Fecha de entrada: 31/12/2017

2. RESPONSABLE MARTA LUCIA FERRER FERRER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BONA GRACIA MARIA DEL CARMEN
FRANCO ABAD MARTA
GARCIA LECINA ANA CRISTINA
PELIGERO DEZA JAVIER
ALESON HORNO GEMA
LABENA BERNAL ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA DISPONIBLE EN LOS DISTINTOS ORGANISMOS REPRESENTATIVOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO, EN LOS QUE SE DESCRIBEN LAS CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES BÁSICAS DE LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICO-PACIENTE.
ASIMISMO, REVISIÓN DE TEXTOS ESPECÍFICOS DE LA ESPECIALIDAD Y PROTOCOLOS DE OTROS CENTROS HOSPITALARIOS CON EL FIN DE LOCALIZAR LAS TÉCNICAS MÁS COMUNMENTE REALIZADAS Y SUS RIESGOS ASOCIADOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EL RESULTADO HA SIDO LA ELABORACIÓN DE VARIOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA LA REALIZACIÓN DE TÉCNICAS ACTUALMENTE EN VOGA EN EL CAMPO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO Y ANALGESIA MULTIMODAL, QUE NO ESTABAN CONTEMPLADAS ESPECIFICAMENTE EN LOS DOCUMENTOS HASTA AHORA DISPONIBLES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LOS ESTUDIOS REVELAN QUE LAS DEFICIENCIAS EN LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN Y EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO SON APROXIMADAMENTE LA CAUSA DEL 70% DE LAS RECLAMACIONES SANITARIAS, POR LO QUE ESTE EQUIPO CONSIDERO PERTINENTE LA REVISIÓN Y ELABORACIÓN DE NUEVOS DOCUMENTOS.
UNA DE LAS PRINCIPALES DIFICULTADES QUE SE ENCONTRARON EN LA REALIZACIÓN DE ESTE PROYECTO, FUE LA NECESIDAD DE SINTETIZAR TODA LA INFORMACIÓN A APORTAR AL PACIENTE EN UN ÚNICO DOCUMENTO, QUE FACILITARA LA LECTURA Y COMPRESIÓN DEL INTERLOCUTOR. SOMOS CONSCIENTES DE QUE ES MUCHA LA INFORMACIÓN A APORTAR (TENIENDO EN CUENTA LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA) Y LA NECESIDAD DE SINTETIZAR ESA INFORMACIÓN PARA NO ABRUMAR AL PACIENTE Y FACILITAR LA COMPRESIÓN DE LA MISMA.
POR ELLO Y QUIZÁS UNO DE LOS ASPECTOS PENDIENTES DEL PROYECTO, SERÍA LA POSIBILIDAD DE REALIZAR UN ÚNICO CONSENTIMIENTO INFORMADO QUE ENGLOBARA TODAS LAS TÉCNICAS DERIVADAS DEL ACTO ANESTÉSICO; SIN EMBARGO, Y DESDE EL PUNTO DE VISTA LEGAL, ESTA TAREA RESULTA BASTANTE COMPLICADA PUESTO QUE EL PACIENTE TIENE DERECHO (Y NOSOTROS EL DEBER) DE SER INFORMADO DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/91 ===== ***

Nº de registro: 0091

Título
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TECNICAS ECOGUIADAS DE ANESTESIA/ANALGESIA LOCALREGIONAL

Autores:
FERRER FERRER MARTA LUCIA, GARCIA LECINA ANA CRISTINA, FRANCO ABAD MARTA, ALESON HORNO GEMMA, LABENA BERNAL ROSA MARIA, BONA GRACIA MARIA DEL CARMEN, PEREZ PASCUAL LETICIA ISABEL, LANAU ARILLA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología quirúrgica susceptible
Línea Estratégica ..: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos ..: Otro tipo Objetivos

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0091

1. TÍTULO

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA LA REALIZACION DE TECNICAS DE ANESTESIA LOCALREGIONAL

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

ENTREGA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TÉCNICAS DE ANESTESIA LOCALREGIONAL ADAPTADO A LAS NUEVAS TÉCNICAS DE BLOQUEO NERVIOSO

RESULTADOS ESPERADOS

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A TÉCNICAS DE ANESTESIA LOCALREGIONAL APORTÁNDOLES UNA INFORMACIÓN MÁS ADECUADA

MÉTODO

- REDACTAR HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA LOCALREGIONAL ADAPTADO A BLOQUEOS NERVIOSOS
- PRESENTAR LA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN
- INTRODUCIR LA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA CONSULTA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA

INDICADORES

- SELECCIÓN ALEATORIA DE HISTORIAS DE PACIENTES VALORADOS EN LA CONSULTA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA QUE HAYAN SIDO SOMETIDOS A TÉCNICAS DE BLOQUEOS NERVIOSOS PARA COMPROBAR LA INCLUSIÓN DE DICHO CONSENTIMIENTO INFORMADO (HISTORIAS CON HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO INCLUIDA/TOTAL DE HISTORIAS REVISADADS)

DURACIÓN

SEPTIEMBRE- DICIEMBRE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 1 Nada
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 1 Nada
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0133

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTRECTOMIA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE JAVIER LONGAS VALIEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MURILLO PINA RAQUEL
ALBENDEA CALLEJA CARLOS
FERRER FERRER MARTA LUCIA
FRANCO ABAD MARTA
RUIZ TORRES BEATRIZ
PALACIOS FANLO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de este periodo se ha elaborado el protocolo de la terapia prehabilitadora para paciente de gastrectomía, modificando el protocolo inicial en relación a las características del paciente tratado. Se han puesto a punto las pruebas de valoración de la capacidad funcional del paciente. Se ha iniciado la estandarización de los resultados obtenidos en la prueba de test de los seis minutos para nuestra población. Se han planteado nuevas tablas de ejercicios específicas. Se ha optimizado el seguimiento de los pacientes en el periodo perioperatorio. Se ha desarrollado una página web para profesionales y pacientes donde se pueden consultar los protocolos específicos para la técnica quirúrgica, así como terapias específicas para el paciente, con referencias en nutrición, terapia física y consejos en terapia cognitiva. Dirección: <https://prehabilitacion.wordpress.com> En cuanto a la divulgación del proyecto se han impartido varias conferencias en ámbito local como en la jornada anual e la sociedad aragonesa del cáncer de mama. También se han impartido conferencias a nivel nacional como en el congreso nacional de la sociedad española de anestesiología y reanimación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado de la implantación del protocolo ha sido óptimo. El indicador que se ha utilizado ha sido la estancia media de los patientess intervenidos de gastrectomía previa y posterior a la implantación. Esta media ha disminuido significativamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implementación del protocolo de prehabilitación para cirugía oncológica de estómago ha supuesto, a nuestro criterio, una mejora sustancial en la calidad asistencial en este tipo de pacientes. Los resultados han sido concluyentes encuanto a la estancia hospitalaria y en la reducción de la morbilidad en este tipo de cirugía. El desarrollo posterior del proyecto debe incidir en la mejora de la terapia física, así como en la posible impementación de terapia cognitiva grupal. Valoraremos la creación de la figura del paciente esperto, ya que en un fuatro plantearemos sesiones conjuntas con pacientes. El desarrollo y potenciación de la plataforma web será uno de los puntos de mejora del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/133 ===== ***

Nº de registro: 0133

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTRECTOMIA

Autores:
LONGAS VALIEN JAVIER, MURILLO PINA RAQUEL, ALBENDEA CALLEJA CARLOS, FERRER FERRER MARTA LUCIA, FRANCO ABAD MARTA, RUIZ TORRES BEATRIZ, PALACIOS FANLO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0133

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTRECTOMIA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En ocasiones, las complicaciones derivadas del acto quirúrgico, no pueden ser previstas dada la naturaleza de la propia intervención; por ejemplo en cirugía de urgencia. Sin embargo cuando hablamos de cirugía programada, el paciente debería llegar a la misma en las mejores condiciones posibles. En algunas ocasiones, esto no ocurre y la posibilidad de que presente complicaciones postoperatorias aumenta de manera impredecible.

A pesar de las herramientas de las que dispone la medicina convencional, un 20% de nuestros pacientes presentará algún tipo de complicación médica o quirúrgica. Por lo tanto vemos que aun cifiendo nuestra actuación de acuerdo a los protocolos, aún encontramos un elevado número de efectos adversos en determinados pacientes. Para encontrar puntos de actuación de mejora de estos resultados se debe acudir a la rama de la medicina que se ocupa del paciente que va a ser intervenido, es decir a la medicina perioperatoria. Por lo tanto se deben buscar posibles factores de riesgo de desarrollo de complicaciones postquirúrgicas. En esta línea es donde entra la definición de prehabilitación, entendiendo como tal el proceso diseñado para mejorar la capacidad funcional del paciente antes de la cirugía, con el objeto de mejorar la recuperación del daño quirúrgico, reduciendo las complicaciones postoperatorias y por lo tanto reducir la estancia hospitalaria y los costes que se derivan de ella. La prehabilitación debe de llevarse a cabo antes del ingreso hospitalario, teniendo claros sus objetivos: optimizar el estado físico, nutricional, emocional, médico y farmacológico del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

1.-Mejorar la capacidad funcional de los pacientes que esperan cirugía.

2.-Una mejor recuperación de la capacidad funcional postoperatoria, alcanzando los niveles basales funcionales previos en menor espacio de tiempo.

3.-Disminución de las complicaciones médicas postquirúrgicas.

MÉTODO

Desde la consulta de cirugía se derivará a la unidad de prehabilitación, que será atendida por el equipo de anestesiólogos cuya consulta se establece los miércoles en turno de tarde.

En ella se procederá a realizar la consulta de prehabilitación.

1.-La valoración del estado funcional preoperatorio del paciente que va a ser intervenido es uno de los pilares básicos de la Unidad de Prehabilitación.

Por lo tanto debemos hacer una selección de los posibles pacientes candidatos a recibir una terapia prehabilitadora.

Para ello el test que presenta mejores resultados en la literatura es el test de la marcha de seis minutos. Este test da una idea de la capacidad submáxima que puede asumir un paciente e incluye parámetros como: intensidad, resistencia, fuerza o velocidad.

Una vez identificada la población de riesgo se deben aplicar programas de ejercicio orientados a la mejora de la capacidad funcional del paciente. El ejercicio aumenta la capacidad aeróbica y mejora el Índice de Masa Corporal. Además la terapia de prehabilitación debe incluir necesariamente terapia nutricional, con el objetivo de recuperar metabólicamente el gasto que pueda producir los programas de ejercicio. El último pilar del programa de prehabilitación es la terapia cognitiva.

INDICADORES

1.-Consulta preanestésica e Información al paciente de todos los procedimientos a los que va a ser sometido y firma de los consentimientos informados para la anestesia y pruebas funcionales.

2.-Valoración de la capacidad funcional del paciente

Test de los seis minutos- Escala de Borg-Distancia recorrida

3.-Valoración del estado nutricional por encuesta nutricional y parámetros biológicos.

4.-Valoración del estado cognitivo por test HF36 y HADS.

5.-Establecimiento de terapia prehabilitadora

Se realizarán controles basales- previos a cirugía y un mes tras cirugía

DURACIÓN

Por lo desarrollado anteriormente se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0133

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTRECTOMIA

entiende como misión de la Unidad de Prehabilitación la de aplicar terapia prehabilitadora a los pacientes con riesgo de deterioro perioperatorio, con la finalidad de aumentar su capacidad funcional previa a la cirugía, con el fin de conseguir los mejores resultados en salud, eficiencia y calidad tanto en la actividad asistencial, docente como investigadora.

La duración de la puesta en marcha e implementación de la Unidad será de un año, en el que se validará el test de los seis minutos para nuestra población y se estudiará el impacto de la aplicación de prehabilitación en el desarrollo de complicaciones postoperatorias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0233

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACION TRIMODAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA. ¿UNA ESTRATEGIA MAS A INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE RECUPERACION INTENSIFICADA?

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL MURILLO PINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LONGAS VALIEN JAVIER
MARIN ZALDIVAR CLARA
ALBENDEA CALLEJA CARLOS
RIVERO SALVADOR TAMARA
ELIA GUEDEA MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con el objetivo de mejorar la recuperación del paciente tras una cirugía mayor colorrectal surgen los programas de rehabilitación multimodal, Fast-track o de recuperación intensificada (Enhanced Recovery Programs, ERAS). Estos suponen un conjunto de estrategias perioperatorias basadas en la evidencia científica y llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar, diseñadas para minimizar el estrés asociado al proceso quirúrgico y mejorar la recuperación funcional del paciente tras el mismo, contribuyendo así a reducir las complicaciones postoperatorias y a acortar la estancia hospitalaria.

El Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa ha implantado programas ERAS, que si hasta ahora han demostrado claros beneficios en la recuperación del paciente, todavía siguen en proceso de desarrollo. En dicho hospital se siguen los protocolos elaborados por el Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM) para los distintos tipos de cirugía colorrectal, los cuales incluyen medias preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias.

La mayoría son estrategias que se cumplimentan en los periodos intra- y postoperatorio cuando el periodo preoperatorio es un periodo de vital importancia en el que identificar factores de riesgo potencialmente modificables sobre los que poder actuar, y cuya mejora previa a la intervención puede tener repercusiones positivas a nivel intra- y postoperatorio.

Así surgen los programas de Prehabilitación, cuyo pilar fundamental supone mejorar la capacidad funcional del paciente previa a la cirugía con el objetivo de que éste afronte mejor la intervención y consiga una más rápida recuperación funcional tras la misma. Estos programas se componen además de otros dos pilares sobre los que se ha de actuar además del estado funcional, como son el estado nutricional y el estado cognitivo.

Las revisiones sistemáticas y meta-análisis realizados hasta la fecha de los trabajos publicados en prehabilitación reflejan los beneficios de este tipo de terapia en cuanto a la reducción de las complicaciones postoperatorias y el acortamiento de la estancia hospitalaria.

Con esta premisa, se crea en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, la primera Unidad de Prehabilitación, supeditada al Servicio de Anestesiología y Reanimación, con el objetivo de implementar un programa de prehabilitación trimodal para pacientes intervenidos de cirugía colorrectal electiva.

Dentro del calendario marcado los pacientes con indicación quirúrgica de cirugía colorrectal son derivados desde el Servicio de Cirugía General a la Unidad, ubicada en las consultas de Anestesiología del edificio de consultas externas del hospital. Si presentan un grado en la escala New York Heart Association (NYHA) igual a uno y dan su consentimiento, son incluidos en el programa. Se elaboran tres consentimientos específicos para la Unidad, de inclusión al programa, de realización del test de la marcha de los seis minutos, y de utilización de datos estadísticos.

Los pacientes incluidos son vistos en la Unidad en tres ocasiones, en una primera consulta tras la indicación quirúrgica, en una segunda consulta dos semanas después de la primera y previa a la cirugía, y en una tercera consulta al mes de la cirugía. Se forma un equipo de trabajo destinado a tal fin formado por dos facultativos y dos residentes de Anestesiología, además de dos enfermeras.

En la primera consulta se conoce e informa al paciente sobre el programa de prehabilitación, se realiza la valoración preanestésica, y se evalúa su estado funcional, su estado nutricional y su estado cognitivo.

La evaluación del estado funcional se efectúa mediante el test de la marcha de los seis minutos, el cual consiste en medir la distancia máxima que recorre el paciente andando de un lado a otro a lo largo de un pasillo de 20 metros, anexo a la Unidad, durante seis minutos. Durante su realización se monitoriza al paciente registrando cada minuto su frecuencia cardiaca y su saturación de oxígeno, así como la distancia recorrida en metros. En dicho pasillo se añaden unas marcas cada dos metros para facilitar este registro.

Antes de iniciar el test, se registran variables hemodinámicas (tensión arterial sistólica, diastólica y media, frecuencia cardiaca y saturación arterial de oxígeno). Una vez finalizado se registran de nuevo las mismas variables además de los segundos que tarda el paciente en alcanzar su frecuencia cardiaca basal, la distancia total recorrida y la aparición de complicaciones.

Una vez conocida la capacidad funcional del paciente, se elabora una pauta de ejercicios que debe realizar diariamente hasta el ingreso hospitalario. Esta pauta se basa principalmente en el entrenamiento de la resistencia aeróbica mediante la repetición de ciclos de 6 minutos caminando rápido, intercalados por "pausas" de 10 minutos caminando despacio. Tanto el número como la progresión de ciclos repetidos se adecúan al estado funcional previo y la tolerancia de cada paciente.

Además del ejercicio aeróbico, los pacientes deben seguir con la actividad que realizaran habitualmente así como llevar a cabo repeticiones diarias de ejercicios respiratorios, de flexibilidad y de entrenamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0233

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACION TRIMODAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA. ¿UNA ESTRATEGIA MAS A INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE RECUPERACION INTENSIFICADA?

de la fuerza muscular. Se elabora un documento con estas pautas de ejercicios tanto explicados como representados de forma gráfica, que se aportan al paciente. Contamos con un facultativo especializado en Rehabilitación que nos ayuda a elaborar estas pautas, basadas en la evidencia científica encontrada para este tipo de programas.

La evaluación del estado nutricional se lleva a cabo con el Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), un instrumento de cribado que identifica a adultos con riesgo bajo, intermedio o alto de malnutrición. Aquellos pacientes con un riesgo intermedio o alto son derivados al servicio de Endocrinología para recibir tratamiento nutricional específico.

Al resto de los pacientes se les pautan suplementos nutricionales en forma de batidos hiperproteicos hipercalóricos con mezcla de fibras, enriquecidos en L-Arginina, nucleótidos, ácidos grasos omega 3 y antioxidantes. Deben tomar un brick diario durante los 7 días previos a la cirugía y los 7 días posteriores a la misma. Con ellos se busca la recuperación del gasto metabólico causado por los programas de ejercicio. Además de mejorar el estado proteico del paciente, favorecen la modulación de la inflamación y del sistema inmune, mantienen el control del índice glucémico, contribuyen a la cicatrización y a la reducción de la tasa de infecciones de herida quirúrgica, y previenen el estrés oxidativo. Contamos con una especialista en Nutrición que además de indicarnos los suplementos más adecuados, nos aconseja en casos individualizados. Se obtienen recetas específicas para la obtención de dicho tratamiento suplementario.

La evaluación del estado cognitivo se realiza con la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), un instrumento que permite evaluar los síntomas cognitivos y conductuales de ansiedad y depresión. El paciente debe cumplimentar el cuestionario de forma individual en tres ocasiones, tras cada visita a la Unidad.

Se proporcionan ejercicios basados en Mindfulness además de toda la información requerida por el paciente o los familiares durante el proceso, y apoyo en cuanto necesiten.

Se elabora y aporta a cada paciente un tríptico informativo al respecto de un programa de rehabilitación trimodal así como una hoja con las instrucciones a seguir hasta el día de la intervención.

En la segunda consulta se evalúa de nuevo el estado funcional con el test de la marcha de los seis minutos para valorar la evolución de su capacidad funcional, registrando las mismas variables antes, durante y tras la realización del mismo. Se valora el cumplimiento del programa hasta ese momento, se refuerzan las pautas a seguir y se resuelven dudas.

Se realiza un seguimiento del paciente durante todo el proceso hasta la tercera consulta en la que se realiza de nuevo el test de los seis minutos para evaluar el grado de recuperación funcional postoperatoria y se recoge el cuestionario HADS cumplimentado. Si no ha habido incidencias que requieran cuidados adicionales, el paciente es dado de alta de la Unidad tras esta última consulta.

Posteriormente se procede a registrar los datos recogidos en cada consulta así como aquellos datos referentes al ingreso y evolución postoperatoria, obtenidos de la historia clínica electrónica, en un programa estadístico para su análisis y posterior interpretación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo de este proyecto era crear una Unidad de Prehabilitación en la que implementar un programa de prehabilitación trimodal para pacientes intervenidos de cirugía colorrectal electiva.

Dicha Unidad se ha creado desde el servicio de Anestesiología iniciando la puesta en marcha de dicho programa, el cual se ha llevado a cabo en los pacientes con criterios de inclusión durante el calendario marcado.

En total se han efectuado 200 consultas en la Unidad, de las cuales un 40% han sido consultas de primer día.

Los indicadores de evaluación y seguimiento utilizados en el proyecto han sido:

-Capacidad funcional perioperatoria: se ha registrado la capacidad funcional de cada paciente como distancia recorrida en metros durante la realización del test de los seis minutos, incluyendo la distancia total y la distancia recorrida cada minuto. El test se ha realizado en un pasillo anexo a la consulta, marcado cada dos metros hasta los 20 metros que debe medir el lugar utilizado para la realización del mismo. La prueba se ha llevado a cabo por cada paciente en las tres visitas a la Unidad, registrando estas distancias en cada una de ellas.

-Complicaciones postoperatorias: se han registrado las complicaciones presentadas durante los primeros 30 días tras la intervención, anotando la incidencia y el tipo de complicación según la escala de Clavien modificada.

-Estancia hospitalaria: se ha registrado la estancia en una unidad de cuidados intensivos tras la cirugía, si ésta se ha producido y su duración en días, así como la estancia hospitalaria total en días.

Tanto las complicaciones postquirúrgicas como la duración de estancia hospitalaria se han obtenido de la historia clínica electrónica.

Todos los pacientes incluidos han cumplimentado el programa obteniendo una mejora en su capacidad funcional, con una distancia total recorrida en el test de los seis minutos superior en las determinaciones previa a la cirugía y al mes de la cirugía con respecto a la inicial. Esto indica no sólo una mejora de su estado funcional en el periodo preoperatorio sino también una mayor y más rápida recuperación funcional postoperatoria.

La incidencia de complicaciones, duración de estancia en cuidados intensivos y duración total de estancia hospitalaria han sido menores en comparación con una muestra histórica de pacientes intervenidos de cirugía

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0233

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACION TRIMODAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA. ¿UNA ESTRATEGIA MAS A INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE RECUPERACION INTENSIFICADA?

colorrectal electiva sin terapia prehabilitadora.

La optimización previa del paciente a nivel funcional, conjuntamente y apoyada con la mejora de su estado nutricional y cognitivo, supone que el paciente llegue a la cirugía en mejores condiciones lo que puede determinar una incidencia menor de complicaciones graves postoperatorias y por consiguiente una menor estancia hospitalaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La importancia de la Prehabilitación radica en su intervención activa durante el periodo preoperatorio, periodo hasta ahora olvidado y sin duda fundamental en la preparación y optimización del paciente de cara a afrontar una situación agresiva y estresante como es una cirugía mayor. Esto supone una nueva forma de ver y actuar para con el paciente por parte del anestesiólogo, y la oportunidad por parte del paciente de participar en su preparación y recuperación.

Para lograr la mayor optimización previa del paciente necesitamos la involucración de muchos servicios conformando un equipo multidisciplinar. Es por ello que aunque la Unidad de Prehabilitación esté supeditada al servicio de Anestesiología, deben participar en ella especialistas en otros campos. En este sentido, queda pendiente conseguir una mayor participación activa y coordinada por parte de otros servicios y especialistas no sólo durante y tras la intervención sino también durante el periodo previo al ingreso hospitalario.

Asimismo, debemos protocolizar el manejo preoperatorio de estos pacientes, mejorando y desarrollando aspectos referentes a cada uno de los pilares que conforman la prehabilitación trimodal. Esta protocolización podrá contribuir a lograr una mejor replicación del programa en otros centros.

El objetivo de la Unidad es seguir trabajando en el programa de prehabilitación trimodal incluyendo no solo mejoras en el mismo sino también más pacientes con cáncer colorrectal y si es posible más adelante, pacientes con otros tipos de cáncer o incluso otras patologías con indicación quirúrgica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/233 ===== ***

Nº de registro: 0233

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACION TRIMODAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA. ¿UNA ESTRATEGIA MAS A INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE RECUPERACION INTENSIFICADA?

Autores:
MURILLO PINA RAQUEL, LONGAS VALIEN JAVIER, MARIN ZALDIVAR CLARA, ALBENDEA CALLEJA CARLOS, RIVERO SALVADOR TAMARA, PELIGERO DEZA JAVIER, ELIA GUEDEA MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Con el objetivo de mejorar la recuperación tras una cirugía colorrectal surgen los programas de recuperación intensificada (Enhanced Recovery Programs, ERAS). Suponen un conjunto de estrategias perioperatorias basadas en la evidencia científica diseñadas para minimizar el estrés asociado al proceso quirúrgico y mejorar la recuperación funcional del paciente tras el mismo, contribuyendo así a reducir las complicaciones postoperatorias y a acortar la estancia hospitalaria.

La mayoría de las estrategias que incluyen se centran en los periodos intra- y postoperatorio, cuando el periodo preoperatorio es un periodo de vital importancia en el que identificar factores de riesgo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0233

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACION TRIMODAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA. ¿UNA ESTRATEGIA MAS A INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE RECUPERACION INTENSIFICADA?

modificables cuya mejora previa a la intervención puede tener repercusiones positivas a lo largo de todo el periodo perioperatorio. Incluso en ausencia de complicaciones, la capacidad funcional del paciente se ve reducida durante este periodo previo, manteniéndose en el tiempo tras la intervención. Diversos estudios han demostrado una mejora significativa en la capacidad funcional tras varias semanas siguiendo un programa de prehabilitación en pacientes sometidos a cirugía colorrectal.

Estos programas actúan además sobre otros dos pilares, estado nutricional y estado cognitivo, conformando así la Prehabilitación trimodal. Su importancia radica en su intervención durante el periodo preoperatorio, buscando una mayor optimización del paciente para que éste llegue a la cirugía en las mejores condiciones posibles.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implementar un programa de prehabilitación trimodal para pacientes intervenidos de cirugía colorrectal electiva.
- Conseguir una mayor optimización funcional, nutricional y cognitiva preoperatorias de los pacientes incluidos en el programa.
- Disminuir la incidencia de complicaciones postoperatorias.
- Reducir la duración de estancia hospitalaria.

MÉTODO

Una vez indicada la intervención quirúrgica, los pacientes serán derivados a la Unidad de Prehabilitación. Si presentan un grado en la escala New York Heart Association (NYHA) igual a uno y dan su consentimiento, serán incluidos en el programa de prehabilitación trimodal. Estos pacientes serán vistos en la unidad, los miércoles en horario de tarde, en tres ocasiones, por un equipo formado por dos facultativos especialistas y dos residentes de anestesiología, además de dos enfermeros. En la primera consulta, tras la indicación quirúrgica, se llevará a cabo la valoración preanestésica y la evaluación del estado funcional (mediante el test de la marcha de los seis minutos), el estado nutricional (con el Malnutrition Universal Screening Tool, MUST), y el estado cognitivo (con la Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

Se aportará una pauta de ejercicio que el paciente deberá realizar diariamente hasta el ingreso hospitalario, basado principalmente en el entrenamiento de la resistencia aeróbica, junto con ejercicios sencillos respiratorios, de flexibilidad y de fuerza muscular. Asimismo se pautarán suplementos nutricionales en forma de batidos hiperproteicos hipercalóricos que deberán tomar 7 días antes y 7 días después de la cirugía Y se proporcionarán ejercicios de relajación basados en Mindfulness, además de toda la información y apoyo que necesiten.

En la segunda consulta, dos semanas después, se valorará el cumplimiento del programa, se evaluará de nuevo el estado funcional, y se afianzarán las instrucciones a seguir hasta el día de la cirugía.

En la tercera consulta, al mes de la cirugía, se valorará el estado del paciente tras la misma, se evaluará el grado de recuperación funcional, y se le dará de alta de la unidad si no ha habido incidencias que precisen cuidados adicionales.

Una vez completado su paso por la unidad se registrarán en una base de datos los parámetros recogidos en las sucesivas consultas así como las siguientes variables: tipo de cirugía colorrectal, técnica quirúrgica, complicaciones postquirúrgicas según la escala de Clavien modificada, estancia en UCI y estancia hospitalaria total.

INDICADORES

- Capacidad funcional como la distancia recorrida en metros durante la realización del test de los seis minutos, tanto la distancia total como la distancia recorrida cada minuto.
- Complicaciones postoperatorias según la escala de Clavien modificada.
- Duración en días de estancia en una unidad de cuidados intensivos y de estancia hospitalaria total.

DURACIÓN

El proyecto se iniciará el 1 de Noviembre de 2016 y finalizará el 1 de Noviembre de 2017.

Durante este periodo los pacientes que vayan a ser intervenidos de cirugía colorrectal electiva y cumplan con criterios de inclusión al programa de prehabilitación trimodal, serán vistos en la Unidad de Prehabilitación en las tres visitas ideadas para ello. Una vez se completen las tres consultas, se procederá a registrar los datos recogidos en cada una de ellas así como aquellos referentes al ingreso y evolución postoperatoria en un programa estadístico para su análisis e interpretación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0937

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS. UNIDAD DEL DOLOR

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE OLGA GASCA ANDREU
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CIA GOMEZ PEDRO
YANGUAS LASHERAS PILAR
VAZQUEZ SANCHO MARIA JESUS
EZQUERRA FANLO MARIA CRUZ
MARTINEZ ABADIA MARIA ESPERANZA
CONDE ANDRES RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión bibliográfica
- Puesta en común
- Elección de procedimientos a realizar y reparto de trabajos
- Puesta en común

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
5 procedimientos completos elaborados y dos más en proceso de realización, que es aproximadamente el 50% del total de procedimientos que se realizan en la Unidad, standard marcado.
El proyecto ha ayudado en la formación de personal de nueva incorporación en la unidad y personal sustituto (8 personas). Además en la formación de MIR (6), alumnos de medicina (8), alumnos de enfermería (12), de Auxiliar de enfermería (2) y alumnos de Foccus ((6).
Total: (42 beneficiarios)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Las actividades realizadas han ayudado a trabajar en equipo.
- Revisión de los procedimientos que se realizan actualizándolos, según la evidencia científica.
- Ha facilitado la formación del personal de nueva incorporación, haciéndola más rápida y eficaz, además de dar seguridad.
- Ha mejorado la enseñanza con la documentación aportada a los alumnos que rotan por la Unidad.
Para que este proyecto quede completo sería necesario elaborar 7 procedimientos quedando de esta forma terminados todos los procedimientos de la Unidad, ayudando de una forma más eficaz en la mejora de la calidad que se da a los pacientes atendidos en la Unidad, aportando seguridad y evitando la variabilidad en las personas que se incorporan a la Unidad y mejoraría la formación de los alumnos que rotan por la Unidad. La sostenibilidad y replicación del proyecto es posible, ya que se ha podido realizar el 50% del mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/937 ===== ***

Nº de registro: 0937

Título
PROTOCOLIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE DOLOR DEL H.C.U. "LOZANO BLESIA"

Autores:
GASCA ANDREU OLGA, VAZQUEZ SANCHO MARIA JESUS, YANGUAS LASHERAS PILAR, CONDE ANDRES RAQUEL, BARCELONA ASENSIO PATRICIA, SAENZ-LOPEZ PASCUAL LIDIA CRISTINA, EZQUERRA FANLO MARIA CRUZ, MARTINEZ ABADIA ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0937

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS. UNIDAD DEL DOLOR

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Debido a la gran rotación de personal de enfermería en la U. del Dolor, motivada por sustituciones o incrementos de actividad asistencial, hemos visto necesario hacer una protocolización de las actividades más frecuentes de nuestro trabajo. Es necesario que éste trabajo esté basado en las mejores prácticas, sea consensuado y expresado en normas de tal manera que podamos atender a nuestros pacientes con la mejor calidad y seguridad posible, disminuyendo la variabilidad en la atención de los mismos

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar criterios y plasmarlos por escrito
- Racionalizar recursos disminuyendo el tiempo en la realización de los procedimientos*
- Normalizar la actividad profesional para incrementar la calidad y seguridad de los cuidados de enfermería

MÉTODO

- Revisión bibliográfica
- Reuniones periódicas para normalizar las actividades llevamos a cabo en la Unidad como son: Iontoforésis, TENS, Lidocaina IV, Propofol IV, Qutenza, Infiltraciones de rodilla y trigéminos, de Toxina botulínica guiada por TAC, puntos gatillo, músculos profundos guiados por ecografía, Radiofrecuencia convencional de facetas, ganglio dorsal, de la cadena simpática, Epidural Interlaminar, caudal y de nervios periféricos.

INDICADORES

- 70 % de procedimientos realizados en la Unidad protocolizados

DURACIÓN

- Tercer trimestre de 2016: Revisión bibliográfica
- Primer trimestre de 2017: puesta en común
- Segundo trimestre 2017: Elaboración y redacción de procedimientos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1643

1. TÍTULO

OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANALGESIA DEL PARTO: INFORMACION ADECUADA ANTES DE FINALIZAR LA GESTACION

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE JULIA GUILLEN ANTON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TEJERO SANCHO SUSANA
ESCRIBANO SANCHEZ IGNACIO
SOLA GARCIA JOSE LUIS
CHARLO BERNARDOS MARTA
DEL CAMPO DEL CAMPO FERNANDO
EZQUERRA GIMENEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Coordinación con Servicio de obstetricia
Elaboración del material necesario
Información a los 2 Servicios involucrados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Reuniones para elaboración del material necesario de las sesiones informativas
Material de video y consentimiento ya realizado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente de su puesta en marcha e implantación de 2018

7. OBSERVACIONES.
Debido a cambios en el Servicio de Obstetricia de la Responsable del Área objeto de este proyecto han pasado meses sin poder trabajar en el proyecto por lo que se implantará a lo largo de 2018

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1643 ===== ***

Nº de registro: 1643

Título
OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANALGESIA DEL PARTO: INFORMACION ADECUADA ANTES DE FINALIZAR LA GESTACION

Autores:
GUILLEN ANTON JULIA, TEJERO SANCHO SUSANA, ESCRIBANO SANCHEZ IGNACIO, SOLA GARCIA JOSE LUIS, CHARLO BERNARDOS MARTA, DEL CAMPO DEL CAMPO FERNANDO, EZQUERRA GIMENEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad el consentimiento informado de analgesia del parto vía epidural se obtiene de la paciente en el momento de su paso a la zona de dilatación y paritarios de la planta cuarta de nuestro hospital. En la mayoría de los casos la paciente ya presenta dinámica de parto y, por lo tanto dolor, por lo que dicho consentimiento se obtiene en condiciones de sufrimiento y escasa receptividad a las información que el anestesista le debe aportar en cuanto a en qué consiste la técnica, posibles complicaciones y dificultades que en cada caso pueda presentar su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1643

1. TÍTULO

OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANALGESIA DEL PARTO: INFORMACION ADECUADA ANTES DE FINALIZAR LA GESTACION

realización. Tampoco la paciente se encuentra en situación de exponer posibles dudas que pudiera tener sobre la analgesia epidural del parto. Atendiendo a todo lo anterior, se pueden plantear dudas en cuanto a la validez de ese consentimiento obtenido en circunstancias de precipitación y sufrimiento cuando la paciente lo único que desea es que le alivien el dolor que padece.

RESULTADOS ESPERADOS

Teniendo en cuenta el número de partos/año en nuestro hospital así como la limitación de recursos que hacen imposible la atención de todas las pacientes embarazadas en las consultas de anestesia disponibles vamos a elaborar un procedimiento que permita, a través de sesiones periódicas, reunir grupos de pacientes embarazadas que reciban información sobre el desarrollo del parto y la analgesia epidural en condiciones más favorables de recibir información, comprensión de la técnica y de sus posibles complicaciones, y que, a su vez, permita a las pacientes verbalizar, de forma colectiva o individual, las dudas o miedos que puedan tener de cara al momento de finalizar su gestación. Una vez recibida toda la información y resueltas las dudas, las gestantes se llevarán a su domicilio el consentimiento escrito de analgesia epidural, que firmarán una vez hayan reflexionado sobre toda la información recibida y lo aportarán junto con el resto de la documentación del seguimiento obstétrico de su embarazo en el momento de su ingreso hospitalario para el parto. En ese momento, el anestesista que va a realizar la técnica de analgesia epidural podrá resolver las dudas que a la gestan le hayan podido surgir desde que recibió toda la información en las sesiones programadas.

MÉTODO

- Realizar sesiones periódicas mensuales o quincenales conjuntas anestesia-obstetricia reuniendo a grupos de embarazadas.
- Presentación mediante vídeos y explicaciones por profesionales, anestesistas y obstetras, de la técnica de la analgesia epidural y del desarrollo del parto.
- Explicación de las posibles complicaciones.
- Resolución de dudas en común
- Resolución de dudas y/o temores a nivel individual al final de las sesiones con los profesionales para aquellas pacientes que así lo requieran.
- Todas las gestantes se llevarán a su domicilio el consentimiento escrito de analgesia epidural.

INDICADORES

- Elaboración del procedimiento
- Difusión del procedimiento a todos los miembros de los Servicios de Anestesia y Obstetricia.
- Difusión del procedimiento entre las pacientes embarazadas.
- Números de embarazadas que asisten a las sesiones programadas.

DURACIÓN

Años 2016-2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1663

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE NEUROQUIRURGICO INTERVENIDO DE COLUMNA

Fecha de entrada: 27/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE FELIX MARTINEZ JUSTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OLAGORTA GARCIA SILVIA
GARCIA RUIZ NURIA
BENITO NAVERAC HELENA
ALTEMIR TRALLERO JARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de un protocolo en el caso de pacientes neuroquirúrgicos intervenidos de columna para el uso intraoperatorio de técnicas y fármacos anestésicos que no interfieren en la monitorización neurofisiológica. Se intensificó la colaboración entre anestesiólogo, neurofisiólogo y neurocirujano con toma de decisiones conjuntas durante el periodo intraoperatorio.
Valoración postquirúrgica del paciente intervenido, tanto dentro del quirófano una vez finalizada la intervención como posteriormente en la sala de reanimación, para descartar lesiones neurológicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Disminución de las lesiones neurológicas derivadas de la manipulación quirúrgica en los pacientes intervenidos de columna.
Reconocimiento precoz de las lesiones o déficits neurológicas posibilitando su rápido tratamiento médico o neuroquirúrgico.
Se aumentó el número de intervenciones de columna realizadas con monitorización neurofisiológica, beneficiándose de este modo un mayor número de pacientes neuroquirúrgicos.
Ausencia de complicaciones anestésicas importantes con el uso de las técnicas y fármacos adaptados para no interferir en la monitorización neurofisiológica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos han sido favorables.
La protocolización de las técnicas y fármacos anestésicos ha servido para homogeneizar la actuación de los distintos anestesiólogos ante los pacientes intervenidos de columna y con monitorización neurofisiológica.
Los pacientes neuroquirúrgicos intervenidos de otras patologías no relativas a columna también podrían beneficiarse de la monitorización neurofisiológica y de la aplicación de proyectos similares al aquí descrito.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1663 ===== ***

Nº de registro: 1663

Título
MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE NEUROQUIRURGICO INTERVENIDO DE COLUMNA

Autores:
MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX, OLAGORTA GARCIA SILVIA, GARCIA RUIZ NURIA, BENITO NAVERAC HELENA, ALTEMIR TRALLERO JARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Evitar lesiones neurologicas en los pacientes intervenidos de columna mediante un manejo anestésico que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1663

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE NEUROQUIRURGICO INTERVENIDO DE COLUMNA

permita la monitorizacion neurofisiologica intraoperatoria

RESULTADOS ESPERADOS

Adecuación de las técnicas y fármacos anestésicos para realizar una correcta monitorizacion neurofisiologica intraoperatoria que permita guiar al neurocirujano durante la intervención y así evitar lesiones neurologicas. Elaboración de un protocolo

MÉTODO

Utilización de fármacos anestésicos que no interfieran en la monitorizacion neurofisiologica intraoperatoria. Estrecha colaboración entre anestesiólogo, neurofisiologo y neurocirujano

INDICADORES

Porcentaje de pacientes que se beneficien del manejo anestésico adecuado a la monitorizacion neurofisiologica intraoperatoria

DURACIÓN

Año 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1753

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPICO INFORMATIVO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE GEMA GRIMA LAENCINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHO GRACIA NOEMI
BUISAN BARDAJI JOSE MANUEL
MARTIN HERRERO EVA MARIA
CARRANZA NAVARRO PILAR
COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO
PILAR VIÑAS JAQUERO
VALDRES CARROQUINO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El paciente amputado de extremidad inferior tiene una baja calidad de vida en el campo físico y psicológico, mayores alteraciones posturales en las extremidades inferiores, alteración o pérdida de la sensibilidad y altas temperaturas en la extremidad del muñón de la amputación y sobrecarga durante la marcha. Se observa que tras la intervención quirúrgica del paciente, queda un largo trabajo posterior: información, curas, fisioterapia, búsqueda de prótesis, adecuación de viviendas o búsqueda de ayudas, además de necesidad de apoyo psicológico, que no se esta considerando totalmente a nivel hospitalario. Tras varias reuniones con el servicio de Angiología y Cirugía Vascular y bajo el asesoramiento de Rehabilitación, Psiquiatría y trabajadora social se realiza un tríptico con toda esta información necesaria para el paciente durante el ingreso y posteriormente al alta para ayudarle a afrontar de la mejor forma posible esta nueva etapa. El tríptico esta finalizado, quedando pendiente alguna variación desde el punto de vista foto digital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha finalizado el tríptico, en el que se ha desarrollado de forma sencilla y con apoyo de imágenes la información necesaria para continuar la nueva fase que deben afrontar al alta los pacientes. Se intenta así favorecer la previsión y solución de multitud de problemas a los que se va a afrontar en su domicilio. Se desarrolla la forma de realizar las curas, vendajes y protección el muñón así como los signos de alerta ante una mala evolución de la herida del muñón, medidas posturas recomendadas, ejercicios del muñón, control del dolor del miembro fantasma, ejercicios de tonificación, riesgo de sobrepeso, reeducación de la marcha, la necesidad de rehabilitación y los posibles resultados gracias a ella, los diferentes tipos de sillas de ruedas en el inicio y prótesis posteriormente así como la colocación de la prótesis y mantenimiento de esta, la necesidad de apoyo psicológico y la valoración de acondicionamiento de domicilio o búsquedas de alternativas y recomendaciones de las opciones disponibles por parte del servicio de trabajadores sociales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La meta a la cual está orientado este proyecto es permitir la máxima funcionalidad y el uso eficaz de los medios físicos de soporte como son su vida cotidiana, laboral, familiar y social. La adecuada rehabilitación del paciente amputado, que exige un enfoque multidisciplinario de su discapacidad, le permite a estas personas un reintegro social y laboral satisfactorio con una calidad de vida óptima para ser una independiente y funcional. Hemos observado la falta de información a los pacientes en toda la etapa posterior a la cirugía y el beneficio de ofrecer toda ella durante el ingreso, previamente a la amputación para que tanto el paciente como la familia se vayan preparando psicológicamente y realizando las acciones burocráticas pertinentes y planteándose las necesidades socioeconómicas que se derivan de este tipo de cirugía, sobre todo considerando que muchos pacientes vivían solos o incluso tenían familiares a su cargo, sumándole la carga económica necesaria.

7. OBSERVACIONES.

Una amputación constituye en un proceso traumático para el individuo que precisa buscar reencontrarse psicológica y socialmente y el proceso de rehabilitación del amputado puede transcurrir de forma rápida y eficaz, obteniendo el individuo gran funcionalidad e independencia en la utilización de sus prótesis, o, por el contrario, se pueden observar fallos en la rehabilitación que comprometen la progresión del individuo en grado variable. Creemos necesaria la información aportada al paciente y en una siguiente fase, queremos registrar en los controles posteriores de los pacientes en consultas externas de Cirugía Vascular si han recibido y comprendido correctamente el tríptico todos los pacientes y el beneficio que ha supuesto para el paciente y familias recibir esta información de forma clara, sencilla y precoz según la escala de Barthel.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1753 ===== ***

Nº de registro: 1753

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1753

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPICO INFORMATIVO

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPTICO INFORMATIVO

Autores:
GRIMA LAENCINA GEMA, YUNGE DEL POZO GONZALO JOSE, SANCHO GRACIA NOEMI, MARTIIN HERRERO EVA, CARRANZA NAVARRO PILAR, COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO, MONCHE PALACIN ANA MARIA, VALDRES CARROQUINO NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las amputaciones mayores son un tratamiento quirúrgico en pacientes con patología arterial periférica que, pese a los avances en material y técnica quirúrgica en las últimas décadas, todavía se utilizan de forma frecuente en la etapa crítica de la enfermedad.
En los principales estudios en pacientes con isquemia crónica crítica de EEII se observa que aproximadamente un 25-30% necesitará una amputación mayor durante el primer año y que aproximadamente un 30% de estos pacientes podrían necesitar una amputación contralateral o una reamputación en la misma extremidad.
Se han visto tasas de curación por primera intención en amputaciones infracondíleas de un 60% aproximadamente, observando un 15% estimado de conversión a amputación supracondílea al año. La tasa de curación primaria de la amputación supracondílea es mayor al 95% de los casos en la literatura. En los factores que pueden influir en la baja tasa de curación primaria de las amputaciones por debajo de la rodilla se observan, entre otros, los cuidados postoperatorios ambulatorios; fundamentales para evitar sobreinfecciones y dehiscencias de las heridas operatorias.
Pero no solamente hay que tener en cuenta los resultados respecto al éxito operatorio, sino que el hecho de haber sido sometido a una amputación mayor significa una carga social y psicológica para el paciente ya que hay un cambio tanto en la fisionomía como en el estilo de vida que puede tener consecuencias importantes si no son manejadas de forma adecuada.
La propuesta de este programa de educación en amputados responde a una necesidad socio-sanitaria para mejorar los cuidados postoperatorios del muñón de amputación y conseguir la mejor adaptación posible del paciente a este importante cambio de vida.
Se precisa una evaluación interdisciplinaria: el manejo del dolor, la rehabilitación física-psicológica y la adaptación protésica, preparando así al paciente en el proceso de reintegración familiar, social y laboral.
El objetivo es educar al paciente así evitando posibles complicaciones en el muñón de amputación para lograr rehabilitarse y recuperar al máximo nivel posible la funcionalidad e independencia y mejorar así su calidad de vida; tanto a nivel físico como psicológico y social. Todo ello se debe iniciar lo antes posible tras la amputación.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana del proyecto son los pacientes post operados de una amputación mayor de la extremidad inferior. El objetivo es poder brindar al paciente la información suficiente para poder realizar una recuperación integral y minimizar el riesgo de complicaciones. Se tratarán temas que se enumerarán en el apartado 6.

MÉTODO
Se llevará a cabo la confección de un tríptico informativo para pacientes post-amputados. Abarcará los siguientes items:
- Analgesia adecuada en su domicilio
- Medidas dietéticas, para mejorar la cicatrización y mejorar la fuerza muscular, necesaria para su rehabilitación.
- Cuidados e higiene del muñón de amputación:
- Mantener normas de asepsia durante las curas tópicas
- Mantener higiene corporal estricta
- Evitar traumatismo del muñón
- Educar en el cuidado de la piel
- Reconocer los signos de complicaciones
- Lograr la aceptación de su nueva imagen corporal
- Mejorar su estado de ánimo y afrontar la experiencia sufrida
- Lograr el máximo nivel de autonomía
- Acondicionamiento del hogar acorde a las necesidades requeridas
Se redactará el texto, el cual será presentado en reunión del comité de calidad de AYCV para revisión y corrección. Posteriormente, ya aprobado el texto, se presentará en formato tríptico (cuyo diseño será realizado por un profesional), para aprobarse en una segunda reunión. Ya realizadas las correcciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1753

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPICO INFORMATIVO

pertinentes se enviará a imprenta para tenerlo a disposición de los pacientes.

INDICADORES

Se evaluarán los siguientes indicadores:

- Entrega del material a > 90% de la población objetivo a partir de que éste se encuentre disponible
- Como se evaluará el indicador:
 - Se registrará en los controles en CCEE posteriores al alta si el paciente recibió el tríptico informativo al durante el ingreso o al alta hospitalaria.
 - Se realizará una revisión de este registro a los 6 meses y al año de haber implementado el programa para valorar el cumplimiento de la cobertura.

DURACIÓN

- Fecha prevista de inicio: Noviembre 2017
- Fecha prevista de finalización: Junio 2018
- Redacción del texto del tríptico:

Responsable: Gema Grima Laencina

Duración: 2 meses

- Realización del diseño gráfico del tríptico:

Responsable:

Duración: 2 meses

Se presentará el borrador con texto e imágenes en reunión del comité de calidad el . Se llevarán a cabo las modificaciones teniendo un plazo de 2 semanas para presentar el borrador final para su aprobación. Posterior a esto se llevará a imprenta para obtener las copias y poder utilizarlas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1753

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPTICO INFORMATIVO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE GEMA GRIMA LAENCINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

YUNGE DEL POZO GONZALO JOSE
SANCHO GRACIA NOEMI
MARTIIN HERRERO EVA
CARRANZA NAVARRO PILAR
COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO
VALDRES CARROQUINO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se inició en Noviembre de 2017 con la recopilación de información respecto a los temas que se tratarán en el tríptico informativo. Se ha reunido y elegido el material que se pondrá a disposición de los pacientes en el texto.
Actualmente nos encontramos realizando el diseño del tríptico, para presentarlo en la próxima reunión de la unidad de calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como el proyecto todavía no esta implementado (fecha de implementación sería en Junio de 2018 si no hay inconvenientes) no hemos logrado resultados hasta la fecha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo ha desempeñado las funciones asignadas dentro de los plazos estipulados, por lo que la valoración es positiva. Como ya se ha mencionado previamente el proyecto no ha finalizado todavía, por lo que quedan actividades por realizar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1753 ===== ***

Nº de registro: 1753

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPTICO INFORMATIVO

Autores:
GRIMA LAENCINA GEMA, YUNGE DEL POZO GONZALO JOSE, SANCHO GRACIA NOEMI, MARTIIN HERRERO EVA, CARRANZA NAVARRO PILAR, COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO, MONCHE PALACIN ANA MARIA, VALDRES CARROQUINO NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las amputaciones mayores son un tratamiento quirúrgico en pacientes con patología arterial periférica que, pese a los avances en material y técnica quirúrgica en las últimas décadas, todavía se utilizan de forma frecuente en la etapa crítica de la enfermedad.

En los principales estudios en pacientes con isquemia crónica crítica de EEII se observa que aproximadamente un 25-30% necesitará una amputación mayor durante el primer año y que aproximadamente un 30% de estos pacientes podrían necesitar una amputación contralateral o una reamputación en la misma extremidad.
Se han visto tasas de curación por primera intención en amputaciones infracondíleas de un 60%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1753

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPTICO INFORMATIVO

aproximadamente, observando un 15% estimado de conversión a amputación supracondílea al año. La tasa de curación primaria de la amputación supracondílea es mayor al 95% de los casos en la literatura. En los factores que pueden influir en la baja tasa de curación primaria de las amputaciones por debajo de la rodilla se observan, entre otros, los cuidados postoperatorios ambulatorios; fundamentales para evitar sobreinfecciones y dehiscencias de las heridas operatorias.

Pero no solamente hay que tener en cuenta los resultados respecto al éxito operatorio, sino que el hecho de haber sido sometido a una amputación mayor significa una carga social y psicológica para el paciente ya que hay un cambio tanto en la fisionomía como en el estilo de vida que puede tener consecuencias importantes si no son manejadas de forma adecuada.

La propuesta de este programa de educación en amputados responde a una necesidad socio-sanitaria para mejorar los cuidados postoperatorios del muñón de amputación y conseguir la mejor adaptación posible del paciente a este importante cambio de vida.

Se precisa una evaluación interdisciplinaria: el manejo del dolor, la rehabilitación física-psicológica y la adaptación protésica, preparando así al paciente en el proceso de reintegración familiar, social y laboral. El objetivo es educar al paciente así evitando posibles complicaciones en el muñón de amputación para lograr rehabilitarse y recuperar al máximo nivel posible la funcionalidad e independencia y mejorar así su calidad de vida; tanto a nivel físico como psicológico y social. Todo ello se debe iniciar lo antes posible tras la amputación.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana del proyecto son los pacientes post operados de una amputación mayor de la extremidad inferior. El objetivo es poder brindar al paciente la información suficiente para poder realizar una recuperación integral y minimizar el riesgo de complicaciones. Se tratarán temas que se enumerarán en el apartado 6.

MÉTODO

Se llevará a cabo la confección de un tríptico informativo para pacientes post-amputados. Abarcará los siguientes items:

- Analgesia adecuada en su domicilio
- Medidas dietéticas, para mejorar la cicatrización y mejorar la fuerza muscular, necesaria para su rehabilitación.
- Cuidados e higiene del muñón de amputación:
- Mantener normas de asepsia durante las curas tópicas
- Mantener higiene corporal estricta
- Evitar traumatismo del muñón
- Educar en el cuidado de la piel
- Reconocer los signos de complicaciones
- Lograr la aceptación de su nueva imagen corporal
- Mejorar su estado de ánimo y afrontar la experiencia sufrida
- Lograr el máximo nivel de autonomía
- Acondicionamiento del hogar acorde a las necesidades requeridas

Se redactará el texto, el cual será presentado en reunión del comité de calidad de AYCV para revisión y corrección. Posteriormente, ya aprobado el texto, se presentará en formato tríptico (cuyo diseño será realizado por un profesional), para aprobarse en una segunda reunión. Ya realizadas las correcciones pertinentes se enviará a imprenta para tenerlo a disposición de los pacientes.

INDICADORES

Se evaluarán los siguientes indicadores:

- Entrega del material a > 90% de la población objetivo a partir de que éste se encuentre disponible
- Como se evaluará el indicador:
- Se registrará en los controles en CCEE posteriores al alta si el paciente recibió el tríptico informativo al durante el ingreso o al alta hospitalaria.
 - Se realizará una revisión de este registro a los 6 meses y al año de haber implementado el programa para valorar el cumplimiento de la cobertura.

DURACIÓN

- Fecha prevista de inicio: Noviembre 2017
- Fecha prevista de finalización: Junio 2018
- Redacción del texto del tríptico:

Responsable: Gema Grima Laencina

Duración: 2 meses

- Realización del diseño gráfico del tríptico:

Responsable:

Duración: 2 meses

Se presentará el borrador con texto e imágenes en reunión del comité de calidad el . Se llevarán a cabo las modificaciones teniendo un plazo de 2 semanas para presentar el borrador final para su aprobación.

Posterior a esto se llevará a imprenta para obtener las copias y poder utilizarlas.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1753

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPTICO INFORMATIVO

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0200

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DE LAS INTERFERENCIAS POR MACROPROLACTINA EN PACIENTES CON HIPERPROLACTINEMIA

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA SANTAMARIA GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE
BARRA PARDOS MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se ha puesto a punto un nuevo método para discriminar desde el laboratorio la interferencia por macroprolactina en aquellos pacientes con hiperprolactinemia.

2. Se ha comparado con un método de referencia para comprobar si existen diferencias significativas.

3. Se ha estudiado la prevalencia de la macroprolactina en las muestras que llegan al laboratorio

4. Se ha evaluado la posibilidad de implantarlo en el laboratorio, determinado los criterios de inclusión, sensibilidad y especificidad de la técnica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Tras la puesta a punto del nuevo método para discriminar interferencias por macroprolactina. Se ha valorado el suero de 183 pacientes con resultados patológicos de prolactina y se ha detectado interferencia en el 16% de los casos estudiados.

-Se ha concluido que la prevalencia de la interferencia es elevada y por tanto un porcentaje de pacientes están siendo erróneamente clasificados de hiperprolactinemia

-Por tanto, se decide implantar este nuevo método en el laboratorio e incluir la determinación de macroprolactina a todos los sueros con resultados patológicos de prolactina, para en un único análisis informar al clínico de la interferencia y facilitar con ello la interpretación de los resultados.

-Con ello, se ha reducido el número de determinaciones innecesarias, se ha establecido un protocolo de trabajo y en conclusión ha mejorado la calidad de la información ofrecida desde el laboratorio tanto al clínico como al paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La información ofrecida por el laboratorio resulta muy importante a la hora de interpretar los resultados. Estableciendo un adecuado protocolo de trabajo se puede ofrecer un buen soporte y agilizar las decisiones clínicas, evitando repeticiones y análisis innecesarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/200 ===== ***

Nº de registro: 0200

Título
IDENTIFICACION DE LAS INTERFERENCIAS POR MACROPROLACTINA EN PACIENTES CON HIPERPROLACTINEMIA

Autores:
SANTAMARIA GONZALEZ MARIA, PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE, GARCIA GUTIERREZ ALMUDENA, BARRA PARDOS MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0200

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DE LAS INTERFERENCIAS POR MACROPROLACTINA EN PACIENTES CON HIPERPROLACTINEMIA

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .: Investigación, publicación, estudios
Otro Enfoque .:

PROBLEMA

Las causas más comunes de un aumento no fisiológico de la prolactina son el prolactinoma, lesiones en la región del hipotálamo-hipófisis y las hiperprolactinemias producidas por medicamentos. La prolactina se puede encontrar en circulación como un monómero de 23kDa, un dímero de 45 kDa o como macroprolactina, formada en la mayoría de los casos por una molécula monomérica y una inmunoglobulina G. En el procedimiento de medida pueden detectarse falsas hiperprolactinemias debidas a interferencias producidas por macroprolactinas, presentando los diferentes inmunoanálisis comerciales distinta susceptibilidad. La prevalencia y la repercusión clínica de la presencia de una macroprolactina no se conoce con exactitud, pero es un fenómeno frecuente, esto implica la necesidad de diferenciar la macroprolactina de las causas más relevantes de hiperprolactinemia.

RESULTADOS ESPERADOS

La MPRL tiene una actividad biológica limitada y menor biodisponibilidad que la monomérica, además es inmunorreactiva y produce resultados de PRL por encima del intervalo de referencia ya que se elimina más lentamente acumulándose en suero y produciendo hiperprolactinemia aparente.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de MPRL en pacientes con hiperprolactinemia mediante la precipitación con PEG de la MPRL.

MÉTODO

Todos los miembros del equipo de mejora participarán de forma activa en las diferentes etapas del proyecto que consistirá en lo siguiente: seleccionar pacientes con distintos niveles de prolactina en sangre y posteriormente establecer una población de referencia y otra con hiperprolactinemia. La cuantificación de prolactina se realizará por quimioluminiscencia. Como método para la detección de la macroprolactina se empleará precipitación con polietilenglicol 6000, posteriormente se calculará el porcentaje de recuperación de la prolactina y se determinará la prevalencia de las hiperprolactinemias consecuencia de una macroprolactina.

INDICADORES

Se comparará la población control, en la que se detecta una concentración de prolactina dentro del intervalo de referencia, con la población en la que se detecta hiperprolactinemia, para ello se realizará una estadística descriptiva

Se calculará el porcentaje de sueros hiperprolactinémicos para posteriormente

Se interpretarán las posibles interferencias, se establecerá el límite de corte y se calculará la prevalencia de macroprolactina, para ello se empleará como índice el porcentaje de recuperación de prolactina.

DURACIÓN

El proyecto tiene como fecha prevista de inicio noviembre-diciembre de 2016, periodo en el que se comenzará a seleccionar las muestras, cuantificar las prolactinas y recoger datos. A comienzos de año 2017, se procederá a realizar la precipitación con polietilenglicol a todas las muestras seleccionadas durante el periodo anterior y se calculará el porcentaje de recuperación de la prolactina. Finalizará el proyecto en abril-mayo de 2017 con el análisis estadístico y la evaluación sobre la posible inclusión de la detección de macroprolactina en sueros hiperprolactinémicos a fin de eliminar la interferencia por macroprolactina

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0611

1. TÍTULO

GESTION INFORMATICA DEL CONTROL DE REACTIVOS DE LABORATORIO. IMPLANTACION DEL MODULO DE GESTION DE STOCK A TODAS LAS SECCIONES DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE JOSE RUIZ BUDRIA
· Profesión BIOQUIMICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LETAMENDI VIÑAU MARIA TERESA

LARA NAVARRO EMMA

OTERO ANDRES MARIA JESUS

JULIAN ANSON MARIA ANGEL

LORENTE MARTIN SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han creado 18 almacenes en el módulo de Stock del SIL de laboratorio, correspondientes al servicio de Bioquímica. Estos son:

COBAS 8000

E 801

C 502

HB A1C

PROTEINOGRAMAS

SANGRE OCULTA HECES

CALIBRADORES Y CONTROLES

Controles BIO-RAD

URGENCIAS

GASOMETROS

PROTEINAS-NUTRICIÓN

LÍQUIDOS BIOLÓGICOS

SCREENING PRENATAL

FARMACOLOGIA

ORINAS

ESPERMIOGRAMAS

BIOLOGIA MOLECULAR

HORMONAS

Por necesidades de acreditación se amplió el módulo de stock a los servicios de Inmunología con 4 almacenes

ALERGIA

INMUNOPROTEÍNAS

CITOMETRIA (AQUIOS)

AUTOINMUNIDAD

y al final de año se incorporó el servicio de Microbiología con el almacén de la sección de serología

Mic-Serología

Así mismo se ha impartido formación dirigida al personal de cada sección, para la implantación del sistema de gestión de Stock.

Se ha generado un anexo al documento PTE-03_Z3(E)C_L_BQ Rev_C "PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE STOCKS. NORMA

UNE-EN-ISO 15189"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha logrado tener de forma informática un control de trazabilidad de los reactivos en cuanto al lote de reactivo como la caducidad del mismo, cumpliendo las exigencias de la NORMA UNE-EN-ISO 15189:2012.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De los 24 almacenes creados, 4 de ellos todavía no funcionan al 100 % de sus posibilidades, dejando estos para completar a lo largo del siguiente periodo. Se planifican nuevas sesiones recordatorias dirigidas a TEL y FEAs de las secciones implicadas a lo largo del primer trimestre de 2018.

Se continuará con la ampliación de la gestión de stock al resto de secciones del laboratorio de Microbiología.

Se ve la necesidad de un puesto de trabajo con impresora de etiquetas, en el Servicio de Bioquímica Clínica para un mejor control de los reactivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/611 ===== ***

Nº de registro: 0611

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0611

1. TÍTULO

GESTION INFORMATICA DEL CONTROL DE REACTIVOS DE LABORATORIO. IMPLANTACION DEL MODULO DE GESTION DE STOCK A TODAS LAS SECCIONES DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

Título
GESTION INFORMATICA DEL CONTROL DE REACTIVOS DE LABORATORIO. IMPLANTACION DEL MODULO DE GESTION DE STOCK A TODAS LAS SECCIONES DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

Autores:
RUIZ BUDRIA JOSE, LETAMENDI VIÑAU MARIA TERESA, JULIAN ANSON MARIA ANGEL, LARA NAVARRO EMMA, ANDRES OTERO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" se encuentra acreditado según norma UNE-EN-ISO 15189 desde el año 2007

El apartado 5.3.2.4 de la norma, trata de la gestión de inventario y expone la necesidad de establecer un control de inventario para los reactivos y materiales fungibles.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es informatizar todo el proceso de gestión de stock en el módulo propio que está disponible en el SIL de laboratorio (MODULAB GOLD).

MÉTODO
Sistematizar y mejorar el sistema de gestión de stock y realización de pedidos de los reactivos de las distintas secciones del laboratorio de Bioquímica, incluyendo al laboratorio de urgencias

Las actividades a realizar serán:
Recopilación de los datos identificativos de los reactivos (Nombre, proveedor, referencia proveedor, código serpa, etc...) Responsable: M^a Teresa Letamendi
Cálculo de stock mínimo y máximo necesario para cada reactivo, dependiente de la frecuencia de realización de pedidos. Responsables: José Ruiz Budría, Emma Lara Navarro, M^a Jesús Andrés Otero.
Introducción de los datos al programa de laboratorio. Responsable: José Ruiz Budría
Habilitación del módulo de stock a todo el personal de laboratorio: Responsable: M^a Ángel Julián Anson.
Formación del personal Técnico. Responsables: José Ruiz Budría, M^a Jesús Andrés Otero

INDICADORES
Nº de reactivos caducados
Se calculará trimestralmente por almacén indicando el número absoluto de reactivos caducados. Objetivo 0 reactivos caducados
% de reactivos en rotura de stock extrema (Falta de reactivos).

DURACIÓN
Recopilación de datos: Hasta final de 2016
Cálculo de stock e introducción de los datos al SIL: Primer trimestre 2017

-Formación del personal técnico en el uso del módulo de Gestión de Stock: Hasta fin primer trimestre 2017
Seguimiento durante un año de stock máximo y mínimo y modificaciones si son necesarias
Seguimiento del cumplimiento de entradas y salidas del módulo de Gestión de Stock

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0466

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA DE ALTA RESOLUCION Y DETECCION DE FUENTE DE CARDIOEMBOLISMO EN PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE JUAN FRANCISCO CUEVA RECALDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LACAMBRA BLASCO ISAAC
BIRSASTEANU BOERU DANIELA
TEJERO JUSTE CARLOS
PEREZ LAZARO CRISTINA
FERRER NAVARRO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El ictus isquémico es una enfermedad prevalente en nuestro medio y que requiere la implementación de estrategias eficaces de prevención secundaria. Para esto es indispensable determinar la causa etiológica del evento isquémico, proceso dentro del cual la detección de fuentes cardioembólicas tiene un papel fundamental. Las patologías cardiacas potencialmente implicadas son múltiples, las cuales requieren la participación de un cardiólogo en la toma de decisiones, tanto para definir las opciones diagnósticas como para indicar las terapéuticas.

En nuestro centro de trabajo se identificaron posibles necesidades de mejora en este ámbito, a raíz de lo cual se decidió diseñar un proceso asistencial específico adaptado a la realidad de nuestro entorno en términos de recursos humanos, tecnológicos y logísticos.

En lo referente al campo de mejora, y los aspectos específicos a cambiar, se pueden señalar:

- realización del ecocardiograma durante la fase aguda del ictus, en pacientes con secuelas neurológicas que dificultaban la correcta adquisición de imágenes, además del riesgo consiguiente de movilizar enfermos en esta situación clínica;
- en ocasiones la inadecuada selección de la modalidad ETT/ETE llevaba a movilizar al enfermo dos días distintos (ayuno no planificado para ETE);
- demora en la toma de decisiones terapéuticas (tiempo transcurrido entre ecografía y valoración);
- realización de estudios que no cambiarían el tratamiento del paciente, ya sea por contexto clínico, comorbilidades o por contar ya con diagnóstico establecido de cardiopatía; y
- prolongación de la estancia media en periodos de saturación asistencial de la Sección de Ecocardiografía.

Definición del Problema.

1. Misión: Proveer una valoración cardiológica adecuada, oportuna y suficiente de los pacientes con ictus isquémico agudo no lacunar hospitalizados en el Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

2. Objetivos

2.1. Valoración de posible causa cardiaca de embolismo.

2.2. Establecimiento precoz de un plan terapéutico y de seguimiento apropiados, en caso de diagnosticarse patología cardioembólica.

2.3. Identificación de pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse de pruebas diagnósticas adicionales (Ecocardiograma Transtorácico [ETT] con test salino, Ecocardiograma Transesofágico [ETE], monitorización ECG prolongada), cuando no se ha establecido un diagnóstico definitivo.

3. Límites

3.1. Límite de entrada. Los pacientes ingresados con diagnóstico de ictus isquémico agudo no lacunar en el Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. No podrán entrar en el proceso pacientes de otros servicios.

3.2. Límite de salida. Tras la valoración y elaboración del plan terapéutico los pacientes serán informados y derivados para seguimiento, si así fuese necesario, a su especialista de área; si precisasen estudio cardiológico hospitalario, serán trasladados al Servicio de Cardiología, en donde estarán a cargo de los facultativos del área de hospitalización.

4. Requisitos.

Se deberán cumplir todos los siguientes:

4.1. Paciente con estabilidad hemodinámica y neurológica, que no dificulte la valoración clínica y ecocardiográfica.

4.2. Paciente con pronóstico vital y funcional adecuado de al menos 1 año.

4.3. Paciente al que se ha realizado las pruebas complementarias pertinentes para confirmar diagnóstico de ictus isquémico agudo, así como para valoración de otras causas etiológicas (Doppler TSA).

4.4. Paciente en el que se ha descartado otras causas neurológicas de su clínica.

4.5. Paciente en el que se ha detectado causa cardiológica del ictus (FA, flutter auricular) para completar estudio e iniciar plan terapéutico.

5. Recursos.

5.1. Recursos Humanos. Para la puesta en marcha del proceso se contará con personal tanto del Servicio de Neurología como del Servicio de Cardiología - Sección de Pruebas Funcionales No Invasivas. A continuación, se detalla los miembros del equipo de Cardiología:

- Dr. Juan Francisco Cueva Recalde
- Dra. Daniela Birsasteanu Boreu
- Dr. Isaac Lacambra Blasco

6. Recursos Tecnológicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0466

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA DE ALTA RESOLUCION Y DETECCION DE FUENTE DE CARDIOEMBOLISMO EN PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS

- 6.1. Ecógrafo de bolsillo - Portátil: Vscan - GE®
- 6.2. Ecógrafos, instalaciones y recursos de la Sección de Ecocardiografía.
- 6.3. Recursos del Servicio de Neurología: electrocardiograma y telemetría ECG.
- 7. Procedimiento de la Valoración de Cardioembolismo.
 - 7.1. Componentes de la valoración.
 - Antecedentes: historia cardiológica
 - Exploración cardiovascular
 - Hallazgos de monitorización
 - ECG
 - Ecocardiografía: Descripción de las estructuras valoradas: tamaño de AI, estructura de VM, tamaño de VI, FEVI y contractilidad segmentaria, estructura de VAO, presencia de Valvulopatías, masas.
 - En caso de FA: escalas de riesgo (CHA2DS2-VASc - HASBLED)
 - Tratamiento
 - Seguimiento
 - Pruebas adicionales
- 8. Actividades

Seguendo el diseño señalado, desde marzo de 2016 hasta junio de 2017, se realizaron 132 valoraciones; con una frecuencia progresivamente ascendente, alcanzado las 15 valoraciones por mes. El resultado de la valoración se reflejaba en la hoja de colaboración enviada por el Servicio de Neurología, con cuyos facultativos se ha mantenido relación directa y frecuente. El paciente era informado el mismo día de la valoración acerca del resultado de la misma, así como de las acciones terapéuticas disponibles, según cada caso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los pacientes incluidos presentaron una edad media de 73,9 +/- 12,4 años, con una alta prevalencia de HTA (71,2%) y dislipemia (48,5%). El 18,8% tenían diagnóstico previo de FA, estando anticoagulados el 14,4%, de estos últimos el 72% recibía acenocumarol, y el restante 28% anticoagulantes de acción directa (ACOD). La duración del ingreso fue de 9,8 +/- 6,5 días. La demora de la valoración cardiológica fue de 1,9 +/- 0,2 días. Un 9,8% de los pacientes valorados presentaron diagnóstico final de ictus lacunar, siendo este un criterio de exclusión del proceso. El 100% de los pacientes fueron valorados con ecocardiografía o ecocardiograma transtorácico. Se encontró fuente cardioembólica en el 30,3% de los pacientes, casi en su totalidad por FA, se realizó ajuste en el tratamiento cardiológico en el 27% de todas los pacientes. Al alta prácticamente el 100% de los pacientes recibieron antiagregación y el 91% estatina. Los pacientes anticoagulados al alta fueron el 36,2%, y de estos el 81% con ACOD. La mortalidad total fue del 3,2%, por ictus 0,8% y de causa CV 1,6%. La tasa de reingreso por ictus fue del 3,2%, de causa CV 4% y por otras causas 9,6%.

Los resultados fueron obtenidos de las hojas de colaboración realizadas. El seguimiento se realizó a través de la historia clínica electrónica.

El impacto del proceso se puede dividir en dos apartados:

- logístico
- clínico

En cuanto a las ventajas logísticas, la implementación del proceso ha permitido que el 100% de los pacientes reciban una adecuada valoración cardiológica, que no únicamente ecocardiográfica. Además realizándose esta en menos de 2 días tras la solicitud, siendo un factor fundamental para obtener estancias medias bajas. Pero principalmente, se ha establecido una vía de trabajo en equipo con comunicación directa y rápida, a través de los mismos facultativos, mejorando así la colaboración.

Desde el punto de clínico, el proceso ha permitido que los pacientes con diagnósticos cardiológicos sean dados de alta con un tratamiento y esquema de seguimiento específico de su patología y diseñado por un especialista y consensado con su neurólogo, ya que se encuentra en la fase aguda de un ictus.

De esta manera se ha conseguido los objetivos propuestos de este proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proceso diseñado ha permitido ofrecer una valoración cardiológica completa y precoz a los pacientes con ictus. En las diferentes reuniones de seguimiento del proyecto se ha evidenciado la satisfacción de todos los componentes del equipo, pero sobre todo se ha observado el beneficio del paciente, cuyo cuidado se nutre de un abordaje multidisciplinar y eficiente.

Como necesidades de mejora se ha planteado la necesidad de afinar la selección de los pacientes (según criterios de inclusión). Además dada la ocasional participación de otros facultativos y residentes en la solicitud de colaboración, se ha mencionado la posibilidad de diseñar una hoja específica de solicitud.

El proyecto se ha planteado como una actividad continuada y se viene realizando de manera ininterrumpida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/466 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0466

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA DE ALTA RESOLUCION Y DETECCION DE FUENTE DE CARDIOEMBOLISMO EN PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS

Nº de registro: 0466

Título
VALORACION CARDIOLOGICA DE ALTA RESOLUCION Y DETECCION DE FUENTE DE CARDIOEMBOLISMO EN PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS

Autores:
CUEVA RECALDE JUAN FRANCISCO, LACAMBRA BLASCO ISAAC, BIRSASTEANU BOERU DANIELA, TEJERO JUSTE CARLOS, PEREZ LAZARO CRISTINA, ANDRES SANCHEZ ARTURO, GARRIDO FERNANDEZ ALBERTO, FERRER NAVARRO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes que han sufrido un evento cerebrovascular isquémico, ictus o AIT, requieren una evaluación etiológica que permita una adecuada prevención secundaria precoz, sobre todo los casos de perfil embólico. Una parte fundamental es la valoración cardiológica, se ha estimado que el 15-20% de los ictus isquémicos se deben a embolia cardiaca. Los casos de ictus criptogénicos incluyen fibrilación auricular paroxística. Finalmente, se ha demostrado alta incidencia de patología cardiovascular en este subgrupo. La valoración cardiológica hospitalaria tiene como objetivos: (1) detección de posible fuente cardioembólica y (2) valoración y tratamiento de las patologías cardiacas identificadas. La detección de fuente cardioembólica se basa en tres pilares: valoración clínica cardiológica, monitorización de ECG y ecocardiograma. La monitorización ECG (48-72h) se realiza de rutina en el Servicio de Neurología. En lo referente a la ecocardiografía, la realización misma del estudio y modalidad a utilizar (transtorácico o transesofágico) no ha sido uniforme. Adicionalmente la selección de pacientes en los cuales la prueba tendría un impacto directo en el tratamiento tampoco se ha consensuado. La valoración clínica cardiológica es indispensable para superar estos inconvenientes. Todo lo anterior se traduce en problemas de organización y logísticos como: (1) realización del ecocardiograma durante la fase aguda del ictus, en pacientes con secuelas neurológicas que dificultan la correcta adquisición de imágenes, además del riesgo consiguiente de movilizar enfermos en esta situación clínica; (2) en ocasiones la inadecuada selección de la modalidad ETT/ETE lleva a movilizar al enfermo dos días distintos (ayuno no planificado para ETE); (3) demora en la toma de decisiones terapéuticas (tiempo transcurrido entre ecografía y valoración); (4) realización de estudios que no cambiarían el tratamiento del paciente, ya sea por contexto clínico, comorbilidades o por contar ya con diagnóstico establecido de cardiopatía; y (5) prolongación de la estancia media en periodos de saturación asistencial de la Sección de Ecocardiografía.

RESULTADOS ESPERADOS

Así nace la necesidad de implementar la valoración cardiológica de alta resolución con los siguientes objetivos:

- Optimización de la valoración cardiológica a los pacientes con ictus isquémico.
- Reducir el tiempo de espera para la valoración cardiológica, ecocardiografía y decisiones terapéuticas (reducción de estancia media).
- Aumentar los pacientes con plan terapéutico y de seguimiento cardiológico al alta.
- Reducción de morbimortalidad y reingresos hospitalarios.

MÉTODO

Los pacientes que ingresen en la Unidad de Ictus del Servicio de Neurología con diagnóstico de ictus isquémico de perfil embólico serán valorado por los facultativos de ese servicio, quienes solicitarán mediante Hoja de Colaboración: Valoración de Cardioembolismo. Esta valoración será realizada por los facultativos de la Sección de Pruebas Funcionales No Invasivas del Servicio de Cardiología.

• Dr. Juan Francisco Cueva R.

• Dra. Daniela Birsasteanu

La colaboración constará de los siguientes elementos:

- Valoración cardiológica, comorbilidades cardiacas y pruebas complementarias.
- Definición de la estrategia diagnóstico-terapéutica: modalidad de ecocardiografía, Holter ECG, ajuste de tratamiento cardiológico, valoración de contraindicación para anticoagulación y recomendación de la mejor opción farmacológica.
- Realización de ecocardiografía como técnica de screening de cardiopatía estructural y de selección de casos que requieran valoración más completa.
- Planificar la realización de ETE en los pacientes seleccionados para esta modalidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0466

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA DE ALTA RESOLUCION Y DETECCION DE FUENTE DE CARDIOEMBOLISMO EN PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS

- Implementación de un plan terapéutico y de seguimiento cardiológico de los pacientes.

INDICADORES

Se han planificado monitorizar dos tipos de resultados: cobertura y eficiencia:

- Tiempo desde el ingreso hasta la valoración cardiológica/realización de ecocardiograma.
- Tiempo desde ingreso hasta el inicio de anticoagulación.
- Proporción de ictus definidos como cardioembólicos en los que se demuestra fuente cardiaca/fibrilación auricular.
- Proporción de pacientes con Anticoagulantes de Acción Directa.
- Proporción de pacientes con ecocardiograma/ecocardioscopia al alta.
- Proporción de pacientes con valoración cardiológica al alta.
- Proporción de pacientes con plan terapéutico cardiológico al alta.
- Estancia media de los pacientes ingresados por ictus isquémicos.
- Mortalidad e ingresos hospitalarios en los 6 meses después del evento índice.

DURACIÓN

Se ha comprobado la factibilidad de la actividad. En adelante se plantea como una actividad continuada. A partir del mes de octubre de 2016 se iniciará el registro de casos en la base de datos. El análisis de resultados se realizará a los 6 y 12 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0790

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL MANEJO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN CENTRO SIN CIRUGIA CARDIACA

Fecha de entrada: 29/11/2017

2. RESPONSABLE PABLO REVILLA MARTI
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARMONA AYNAT AMALIO
CECILIO IRAZOLA ALVARO
LACAMBRA BLASCO ISAAC
BURILLO GIL MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La endocarditis infecciosa es una enfermedad relativamente poco frecuente, pero con un fuerte impacto en la comunidad por su morbimortalidad y el consumo de recursos que conlleva. En los hospitales sin servicio acreditado de cirugía cardiaca, la atención a los pacientes con endocarditis infecciosa es compleja y requiere igualmente de la colaboración de facultativos de distintas especialidades. El diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad con un abordaje multidisciplinar, que puede llegar a necesitar de cirugía en el 40-50% de los pacientes, ha demostrado reducir la mortalidad

Con el objetivo de mejorar y uniformar la asistencia a esta patología en nuestro centro, a finales del año 2015 se creó el grupo de apoyo al manejo diagnóstico-terapéutico de la endocarditis infecciosa (fase 1). Inicialmente se incluyó en el grupo a dos especialistas en enfermedades infecciosas, un médico internista y tres cardiólogos (uno experto en imagen cardiaca y dos cardiólogos clínicos), al que con posterioridad se incorporó una especialista en medicina intensiva.

Durante los meses de diciembre de 2015 y febrero de 2016 (fase 2) se elaboraron los documentos de uso interno, adaptados a las características del centro para la aproximación diagnóstica en pacientes con sospecha de endocarditis infecciosa, incluyendo aspectos de la valoración clínica, así como la solicitud de pruebas complementarias de laboratorio, microbiológicas o de imagen. Conforme a las guías de práctica clínica de Sociedad Europea de Cardiología (ESC) sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa publicadas en 2015 se establecieron los tiempos y criterios para contactar con el servicio de Cirugía Cardiaca de referencia cuando existe indicación quirúrgica.

Una vez establecido el grupo se comenzó a colaborar con los facultativos responsables de pacientes con sospecha de endocarditis infecciosa (fase 3) con asesoramiento en cuanto al estudio diagnóstico, programación de las pruebas imagen cardiológicas y tratamiento antimicrobiano. La forma de contactar con el grupo pudo ser bien por contacto directo del facultativo responsable, alerta por bacteriemia por microorganismos típicos o compatibles o hallazgo ecocardiográfico considerado criterio diagnóstico de endocarditis infecciosa. Se realizaron reuniones con una periodicidad aproximada semanal en las que se pusieron en común los casos sospechosos e incidentes para el mejor abordaje de los mismos. La revisión de los casos incidentes durante el año 2017 (fase 4) se describen en el apartado de resultados alcanzados.

Tras la publicación de la guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa, se actualizó el protocolo hospitalario de "Recomendaciones para la prevención de la endocarditis infecciosa" con el objetivo de adecuar la profilaxis de la endocarditis infecciosa a las recomendaciones más actuales, manteniendo la limitación de la profilaxis a pacientes de alto riesgo en situaciones de alto riesgo e incorporando además una serie de recomendaciones para disminuir la incidencia de endocarditis relacionada con la atención sanitaria que no se incluían en el protocolo anterior. El protocolo vigente se puede consultar en la intranet del hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" en la siguiente dirección:

http://10.35.208.91:16080/documents/10180/9356147/RPC-69_Rev.B_Recomendaciones%20para%20la%20prevencion%20de%20de%20la%20endocarditis%20infecciosa_aprob.13062017.pdf

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2017 se ha presentado asesoramiento en los casos sospechosos de endocarditis infecciosa realizándose 230 ecocardiografías incluyendo transotorácicas y transesofágicas. Se confirmó el diagnóstico según los criterios modificados de Duke publicados en las guías de la ESC de 2015 en 18 pacientes con una edad media de 62.4 ± 12.5 años y siendo el 64.7% varones.

La distribución de los factores predisponentes para endocarditis infecciosa fue la siguiente: hipertensión arterial (47.1%), anemia (41.2%), diabetes mellitus (23.5%), enolismo (17.6%), tabaquismo (17.6%), enfermedad renal crónica (11.8%), inmunodepresión (11.8%), cirrosis (11.8%), sondaje vesical (11.8%) y neoplasia activa (5.9%).

El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la obtención de hemocultivos fue de 19 días. Respecto a la etiología, los microorganismos más frecuentemente aislados fueron el *Streptococcus viridans* (29.4%) y el *Staphylococcus aureus* (23.5%) con un 17.6% de endocarditis con cultivos negativos.

En cuanto a los hallazgos ecocardiográficos la válvula aórtica fue la más frecuentemente afectada (52.9%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0790

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL MANEJO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN CENTRO SIN CIRUGIA CARDIACA

seguida de la válvula mitral (29.4%), con un 23.5% de endocarditis sobre válvula protésica. Se realizó ecocardiografía transtorácica en el 100% de los pacientes, hallando datos compatibles con endocarditis infecciosa en el 88.2% de las exploraciones. El ecocardiograma transesofágico se realizó en el 70.8% de los pacientes. Se detectaron complicaciones perianulares en el 29.4% de los pacientes y disfunción valvular en grado III-IV en el 41.2%

Otras pruebas diagnósticas de imagen realizadas fueron: tomografía computadorizada toracoabdominal 41.2%, tomografía por emisión de positrones y tomografía computadorizada cerebral en el 23.5% y resonancia magnética cerebral en el 5.9%.

Las complicaciones más frecuentes durante el ingreso fueron el desarrollo de insuficiencia cardiaca (53%), insuficiencia renal (23.5%) y el embolismo en el sistema nervioso central (11.8%) Presentaron indicación quirúrgica el 64.7% (11) de los pacientes. De esos 11 pacientes, 9 fueron presentados para cirugía cardiaca siendo aceptados 5 de ellos. La razón para no recibir tratamiento quirúrgico fue el alto riesgo de la intervención. La mortalidad intrahospitalaria global fue del 47.1%. La estancia varió entre 1 y 42 días influido por la necesidad con estancias más cortas en pacientes con necesidad de traslado para cirugía en el centro de referencia o fallecimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El manejo de los pacientes con diagnóstico de sospecha de endocarditis infecciosa sigue siendo un reto en la práctica clínica diaria que requiere de la colaboración de especialistas de múltiples especialidades. Mantiene una elevada mortalidad intrahospitalaria generalmente relacionada con la infección por *Staphylococcus aureus* así como el desarrollo de complicaciones locales, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal o embolismo periférico durante el ingreso.

Durante el desarrollo del proyecto se ha conseguido:

- Establecer protocolos de evaluación diagnostica uniforme en el paciente con sospecha de endocarditis infecciosa y apoyo en el seguimiento clínico-terapéutico.
- Revisar los casos incidentes en nuestro centro.
- Actualizar el protocolo hospitalario de "Recomendaciones para la prevención de la endocarditis infecciosa" siendo aprobado por la dirección del hospital.

Queda pendiente establecer una línea de contacto rápida con el servicio de Cirugía Cardiaca de referencia para comentar las opciones de tratamiento quirúrgica en casos determinados.

La actividad de este grupo multidisciplinar continuará ofreciendo asesoramiento y perseguirá seguir contribuyendo a mejorar el pronóstico de los pacientes con endocarditis infecciosa ingresados en el hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/790 ===== ***

Nº de registro: 0790

Título
GRUPO DE APOYO AL MANEJO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN CENTRO SIN CIRUGIA CARDIACA

Autores:
REVILLA MARTI PABLO, CARMONA AYNAT AMALIO, CECILIO IRAZOLA ALVARO, LACAMBRA BLASCO ISAAC, BURILLO GIL MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Enfermedad infecciosa
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0790

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL MANEJO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN CENTRO SIN CIRUGIA CARDIACA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La endocarditis infecciosa es una enfermedad relativamente poco frecuente, pero con un fuerte impacto en la comunidad por su morbilidad y el consumo de recursos que conlleva. En los hospitales sin servicio acreditado de cirugía cardiaca, la atención a los pacientes con endocarditis infecciosa es compleja y requiere igualmente de la colaboración de facultativos de distintas especialidades. El diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad con un abordaje multidisciplinar, que puede llegar a necesitar de cirugía en el 40-50% de los pacientes, ha demostrado reducir la mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- *Establecer protocolos de evaluación diagnóstica precoz del paciente con sospecha de endocarditis infecciosa.
- *Seguimiento clínico-terapéutico de los pacientes con endocarditis infecciosa.
- *Revisión y análisis de los casos incidentes en nuestro centro.
- *Actualización del documento de prevención de endocarditis.

MÉTODO

Fase 1. Constitución del equipo de trabajo: Integrado por dos expertos en enfermedades infecciosas, un médico internista y tres cardiólogos (1 imagen cardiaca y dos clínicos).

Fase 2. Puesta a punto de las herramientas y dinámica de trabajo: Elaboración de un documento de evaluación diagnóstica ante la sospecha de endocarditis infecciosa, seguimiento y criterios de derivación.

Fase 3. Oferta de soporte especializado para la asistencia a pacientes con endocarditis infecciosa.

Fase 4. Revisión de resultados.

INDICADORES

Indicadores de proceso:

- Tiempo desde inicio de síntomas hasta obtención de hemocultivos
- Tratamiento antibiótico antes de la obtención de hemocultivos
- Tiempo hasta identificación del microorganismo
- Porcentaje de ecocardiograma transesofágico

Indicadores de resultado:

- Mortalidad (intra-hospitalaria).
- Necesidad de cirugía cardiaca.
- Estancia hospitalaria.

DURACIÓN

Se pretende que esta acción sea mantenida en el tiempo.

Cronograma

Fase 1: 11/2015

Fase 2: 12/2015 - 2/2016

Fase 3: 3/2016

Fase 4: 2016/17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0140

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS PARA SEGUIMIENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE PABLO ROYO DACHARY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALMEIDA PONCE HELEN
MARTINEZ GUILLEN JOSE
PALACIOS GASOS PILAR
FERNANDEZ PERA DIEGO
POLA BANDRES GUILLERMO
NAVARRO BARLES ANA
ALLUE CABAÑUZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Se ha creado una base de datos por cada una de las 4 unidades que forman el Servicio.
- 2.- Estas bases de datos se han alojado en un ordenador del Hospital, quedando accesibles desde cualquier ordenador del hospital a través de la intranet.
- 3.- estas bases de datos están protegidas por contraseña para que solo los facultativos del Servicio de Cirugía General puedan acceder a ellas.
- 4.- En Junio de 2016 se empezaron a recoger pacientes de las cuatro unidades. En la sección de HBP se empezó en Enero de 2016 por estar disponible antes.
- 5.- Desde Junio de 2016 se han realizado sesiones de morbi-mortalidad trimestrales empleando los datos recogidos en las bases

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.- En la actualidad hay recogidos 3015 pacientes en las bases de datos.
- 2.- La realización de sesiones de morbimortalidad ha permitido llevar un mejor control de la actividad del Servicio, permitiendo conocer una estadística básica de qué actividad se realiza y que resultados tenemos.
- 3.- La base de datos de HBP y trasplantes, que está actualizada hasta el día de hoy, incluye ya 1141 pacientes. Contiene casi dos años completos de actividad registrada y nos va a permitir poner en marcha nuevos proyectos de mejora. En este sentido el cumplimiento ha sido del 100% de pacientes registrados.
- 4.- Las bases de datos del resto de las unidades están actualizadas hasta el verano de 2017, momento en que se ha replanteado cambiar el formato de las sesiones de morbi-mortalidad. Su actualización está pendiente de programar nuevas sesiones. En estas el cumplimiento desde Junio de 2016 hasta Junio de 2017 ha sido aproximadamente del 90%.
- 5.- Las bases de datos permiten también una comparación de la actividad del Servicio globalmente, permitiendo saber el peso que cada patología tiene en la actividad diaria del Servicio

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1.- El registro de la actividad diaria del Servicio es básico para poder tener conciencia, no solo de la actividad que se realiza, sino también de los resultados de esta. En este sentido, el disponer de una base de datos que permita un análisis en tiempo real de la situación del Servicio es esencial.
- 2.- La elaboración y mantenimiento de una base de datos básica es factible cuando existe un responsable, como ha ocurrido en el caso de la sección de HBP.
- 3.- En caso de no existir un responsable de la base de datos, la realización de sesiones de morbi-mortalidad es clave para generar una motivación y tener la base de datos actualizada. En nuestro caso, la ausencia de realización de sesiones de morbi-mortalidad tras el verano de 2017, ha hecho que las bases no se actualicen.
- 4.- Queda pendiente de definir un nuevo formato de sesiones de morbi-mortalidad que sirva como motivación para seguir manteniendo las bases de datos actualizadas.
- 5.- El disponer de una base de datos actualizada en la sección de HBP nos va a permitir poner en marcha diferentes programas de mejora, así como proyectos de investigación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/140 ===== ***

Nº de registro: 0140

Título
ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS PARA SEGUIMIENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

Autores:
ROYO DACHARY PABLO, ALMEIDA PONCE HELEN, MARTINEZ GUILLEN JOSE, PALACIOS GASOS PILAR, FERNANDEZ PERA DIEGO,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0140

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS PARA SEGUIMIENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

POLA BANDRES GUILLERMO, NAVARRO BARLES ANA, ALLUE CABAÑUZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Investigación, publicación, estudios
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las tasas de mortalidad y de complicaciones postoperatorias de muchos procedimientos quirúrgicos varían significativamente entre centros. Esta no siempre es atribuida a la cirugía en sí, sino que la causa puede ser multifactorial, y en algunos casos evitable. El registro y el análisis de la mortalidad y las complicaciones perioperatorias han demostrado ser uno de los instrumentos más efectivos para reducirlas y para mejorar la calidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera tener un registro fiable y continuo de la actividad del Servicio, que nos permita saber cuales son nuestros resultados actuales y poder analizar la evolución temporal. Esta base de datos se empleará para realizar sesiones de morbi-mortalidad trimestrales.

MÉTODO

Se elaborará una base de datos que permita la recogida de los datos y el análisis y comparación de los datos a tiempo real. La base de datos se elaborará en una tabla Excel que cumplirá con la actual ley de protección de datos, alojándose en un ordenador del hospital, bajo clave y sin contener datos personales de los pacientes. La base de datos se registrará en el hospital.
Esta base incluirá tablas para analizar en el momento los resultados según periodos de tiempo concretos, cirujano, patología, etc.

INDICADORES

Se realizarán sesiones de morbi-mortalidad trimestrales empleando la base de datos que incluya el 100% de los pacientes que ingresan en el servicio de Cirugía General.

DURACIÓN

Existe ya un boceto de la base de datos, que se adaptará para poder incluir pacientes de las cuatro secciones del Servicio. La base de datos debe estar completa para empezar en 2017 a registrar el 100% de los pacientes

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0198

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE MARTINEZ GUILLEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROYO DACHARY PABLO
SOLANAS GRACIA JOSE ANTONIO
ALMEIDA PONCE HELEN
MILLAN GALLIZO GUILLERMO
SANCHEZ BLASCO LAURA
HERNAEZ ARZOZ ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Diseño, desarrollo e implantación junto con el Servicio de Informática de una planilla configurada como protocolo quirúrgico, desde el programa informático Hp-Doctor.
2. Difusión y manejo de la planilla informatizada a todo el Servicio de Cirugía General.
3. Evaluación retrospectiva del número de protocolos quirúrgicos realizados mediante la planilla informatizada en el Hp-Doctor, durante el periodo comprendido desde el mes de Enero del 2017 hasta el mes de Noviembre de 2017.
4. Evaluación de la cumplimentación por parte del Servicio de Cirugía del número de protocolos quirúrgicos mediante el programa Hp-Doctor, en relación al número total de intervenciones quirúrgicas realizadas en el Servicio de Cirugía General durante el año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS:

Enero 2017:

-Total intervenciones: 258
-Protocolos cumplimentados: 110
-Porcentaje sobre el total: 42,6 %

Febrero 2017:

-Total intervenciones: 268
-Protocolos cumplimentados: 109
-Porcentaje sobre el total: 40,7 %

Marzo 2017:

-Total intervenciones: 282
-Protocolos cumplimentados: 119
-Porcentaje sobre el total: 42,2 %

Abril 2017:

-Total intervenciones: 231
-Protocolos cumplimentados: 108
-Porcentaje sobre el total: 46,8 %

Mayo 2017:

-Total intervenciones: 265
-Protocolos cumplimentados: 126
-Porcentaje sobre el total: 47,5 %

Junio 2017:

-Total intervenciones: 268
-Protocolos cumplimentados: 106
-Porcentaje sobre el total: 39,6 %

Julio 2017:

-Total intervenciones: 207
-Protocolos cumplimentados: 106
-Porcentaje sobre el total: 51,2 %

Agosto 2017:

-Total intervenciones: 220
-Protocolos cumplimentados: 138
-Porcentaje sobre el total: 62,7 %

Septiembre 2017:

-Total intervenciones: 242
-Protocolos cumplimentados: 141
-Porcentaje sobre el total: 58,3 %

Octubre 2017:

-Total intervenciones: 322
-Protocolos cumplimentados: 178
-Porcentaje sobre el total: 55,3 %

Noviembre 2017:

-Total intervenciones: 330
-Protocolos cumplimentados: 185

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0198

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

-Porcentaje sobre el total: 56,1 %

Observamos una clara línea ascendente en cuanto al porcentaje de protocolos cumplimentados en el Hp-Doctor, relacionado con un proceso de adaptación del personal al manejo de la plataforma digital. No conseguimos alcanzar el objetivo que nos habíamos marcado de un 70% de protocolos quirúrgicos cumplimentados en Hp-Doctor sobre el total de intervenciones realizadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es muy positiva ya que en tan solo 11 meses se ha conseguido una cumplimentación media mediante este método del 49,36 % sobre el total de intervenciones realizadas. La retroalimentación obtenida con otros servicios también es positiva ya que ha mejorado la inteligibilidad de los protocolos así como la facilidad de la búsqueda de los mismos a nivel de Intranet. Recomendamos la implementación de más ordenadores con el sistema Hp-Doctor instalado en el antequirófono (zona sucia), para conseguir una mejora en los parámetros de cumplimentación obtenidos hasta la fecha por parte del Servicio de Cirugía General.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/198 ===== ***

Nº de registro: 0198

Título
INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

Autores:
MARTINEZ GUILLEN JOSE, ROYO DACHARY PABLO, SOLANAS GRACIA JOSE ANTONIO, PALACIOS FANLO MARIA JOSE, ALMEIDA PONCE HELEN, MILLAN GALLIZO GUILLERMO, SANCHEZ BLASCO LAURA, HERNAEZ ARZOZ ALBA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El protocolo quirúrgico es un documento con información fundamental de todos los aspectos clínicos acontecidos durante el acto quirúrgico. La cumplimentación en historia clínica informatizada (HCI) de este documento permite la integración de la información y su posterior explotación además de mejorar la legibilidad y la accesibilidad de la información allí contenida. Según estudios publicados (Amarasinghama R. et al., 2009) los hospitales que utilizan la historia clínica informatizada (notas, registros, prescripción electrónica y sistemas de apoyo a la decisión) tienen menos complicaciones y una menor mortalidad con menor coste que los que no la utilizan. Aunque en nuestro centro, algunos servicios cumplimentan el protocolo quirúrgico en historia clínica informatizada, su práctica no está generalizada.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el grado de utilización del protocolo quirúrgico informatizado, lo que permitirá:
- Mejorar la legibilidad de los protocolos quirúrgicos.
- Facilitar el acceso a los profesionales a un importante documento de la historia clínica.
- Evitar la pérdida o extravío de este documento
- Facilitar la búsqueda y análisis de datos del Servicio.

MÉTODO

Una realización de protocolo quirúrgico superior a un 70% en 2017.

INDICADORES

Metodología de evaluación: Evaluación retrospectiva de fichas de protocolo quirúrgico realizados a través de la HCI. Número estimado de intervenciones quirúrgicas a evaluar: 4400. La comprobación se realizará a partir de la explotación de la HCI y se comparará el periodo enero-abril de 2009 con el periodo enero-abril de 2010.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0198

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

DURACIÓN

Octubre 2016 formar grupo trabajo, contacto con el Servicio de Informática.

Noviembre 2016 creación de las plantillas base de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en nuestro Servicio.

Noviembre - Diciembre 2016: Integración del protocolo quirúrgico informatizado en el programa HpDoctor.

Enero 2017: Valoración de los primeros protocolos quirúrgicos informatizados con el fin de detección de problemas y resolución.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0341

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUAL PARA IMPARTICION DE SEMINARIOS/CURSOS SOBRE EL PACIENTE OSTOMIZADO, DIRIGIDOS A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO SOLER LANZUELA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ PLUMED ANA VICTORIA
BUENO FENERO SARA
SANCHEZ BUEY MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una línea de tiempo para no exceder la fecha prevista de grabación y edición.
-Se llevó a cabo la petición de autorización a los diferentes servicios de dirección del Hospital Clínico.
- Desde la consulta de estomaterapia se localizó a los posibles participantes. Tras varias puestas en contacto con ellos, se eligió al candidato idóneo para realizar el vídeo.
- Grabación del vídeo.
- Edición de vídeo. Tras la grabación, se editó la imagen y se añadió voz en off con la explicación de cómo realizar el aseo de la ostomía y el uso de los diferentes dispositivos, para dar un refuerzo a las imágenes grabadas.
- Presentación a dirección del Hospital.
Los medios utilizados fueron: Ipad de la consulta de estomaterapia, PINNACLE VÍDEO par la edición y otro hardware. El calendario se cumplió con respecto a lo establecido al comienzo del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Grabación y edición del vídeo formativo-explicativo para su proyección en los talleres a pacientes ostomizados. Pendiente de presentar en dirección del Hospital Clínico.
- Indicadores utilizados:
Pacientes localizados desde la consulta de estomaterapia. Se llevó a cabo una búsqueda de los pacientes que más se podrían ajustar al perfil deseado para poder llevar a cabo la grabación.
Pre selección de dos candidatos.
Selección final del paciente que aparecería en el vídeo.
- Impacto del proyecto.
Tras varios años de realización del taller a paciente y familiares ostomizados, hemos recibido varias demandas por parte de los asistentes a estos talleres, y una de ellas era la falta de un medio audiovisual donde se pudiera observar de forma práctica y no sólo teórica, el manejo de la ostomía y sus múltiples dispositivos y accesorios. Desde el grupo de trabajo creímos que la proyección de un vídeo explicativo sería una buena forma de completar la información que se les entrega a través de los talleres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se observó una importante motivación en los pacientes ostomizados para colaborar en la creación de un vídeo que ampliara las necesidades informativas de los nuevos ostomizados, tanto cuidados físicos como apoyo psicológico. Refuerzo visual a la educación sanitaria ofrecida por el personal de enfermería.
Método de consulta y apoyo en domicilio, ya que si lo desean, se les enviará el vídeo a través del correo electrónico corporativo del grupo de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/341 ===== ***

Nº de registro: 0341

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0341

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUAL PARA IMPARTICION DE SEMINARIOS/CURSOS SOBRE EL PACIENTE OSTOMIZADO, DIRIGIDOS A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Título
CREACION DE AUDIOVISUAL PARA IMPARTICION DE SEMINARIOS/CURSOS SOBRE EL PACIENTE OSTOMIZADO, DIRIGIDOS A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Autores:
SOLER LANZUELA FRANCISCO, BUENO FENERO SARA, SANZ PLUMED ANA VICTORIA, SANCHEZ BUEY MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras los proyectos de mejora de años anteriores en los que se creo un taller para pacientes ostomizados y familiares, se detecto que el formato power point no cubre todas las necesidades explicativas de como realizar la higiene del estoma que esperaban los asistentes a los talleres.
Con la oportunidad que se le ha brindado al grupo de ostomias, aun pendiente de creación, por parte de la Dirección de Enfermería del Hospital Clinico de impartir cursos/sesiones clínicas a lo profesionales sanitarios, se observó que seria recomendable ampliar el soporte informático de estas mismas sesiones. Así pues se decidió a pedir este proyecto de mejora con el objeto de crear un vídeo en el que aparezca un paciente/persona portadora de una ostomía realizando el aseo de esta misma y llevando a cabo un cambio de bolsa, en el que este mismo participante haga un testimonio sobre todo su proceso hasta su situación actual.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de un vídeo explicativo y testimonial sobre cómo llevar acabo la higiene y cambio de bolsa.

MÉTODO
Los integrantes del grupo se pondrán en contacto con la estomaterapeuta del Hospital Clínico, ya conocedora del proyecto, para localizar un posible participante del vídeo.

Se pedirá autorización a la dirección del Hospital para poder llevar a cabo la grabación del vídeo.

Se pedirá autorización al participante del vídeo para poder usar su imagen y proyectar este vídeo en las diferentes sesiones que se lleven a cabo.

Creación del vídeo por parte de los integrantes del grupo de ostomías.

INDICADORES
- Número de posibles participantes.
Se obtendrán a través de la consulta de estomaterapia.
Se monitorizaran mediante una hoja de excel de recogida de datos.

- Creación del vídeo.
Fases de grabación y edición del vídeo.
Se realizará una linea de tiempo para no exceder la fecha prevista de grabación y edición.

DURACIÓN
- Inicio: tan pronto como se resuelva la resolución de los proyectos de mejora 2016.
- Petición de autorización a los diferentes servicios de dirección del Hospital Clinico.
- Localización de participantes.
- Grabación del vídeo.
- Edición de vídeo.
- Presentación a dirección del Hospital.
- Fin de proyecto Septiembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0341

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUAL PARA IMPARTICION DE SEMINARIOS/CURSOS SOBRE EL PACIENTE OSTOMIZADO, DIRIGIDOS A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0597

1. TÍTULO

PROCESO DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL (PROA-Q)

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA AZUCENA GONZALO RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CECILIO IRAZOLA ALVARO
NAVARRO GONZALO ANA
CORDOBA DIAZ DE LASPRA MARIA ELENA
ELIA GUEDEA MANUELA
ALGARATE CAJO SONIA
BONAGA SERRANO BEATRIZ
MOZOTA DUARTE JULIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para mejorar la calidad de uso de antimicrobianos en un Servicio de Cirugía General, como objetivo principal del proyecto, implicando para ello a los cirujanos generales en un proceso continuo de mejora en el uso de antibióticos (acorde a los principios de equipos PROA ya utilizados en otros servicios) se planificó un calendario, con una serie de actividades cuyo cumplimiento ha sido globalmente satisfactorio.

FASE 1. CONSTITUCIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

De Octubre a Diciembre de 2016 se realiza la constitución del equipo de trabajo. Notificar que aunque inicialmente se incluyó Soledad Salvo en el proyecto, fue finalmente Sonia Algarate la microbióloga que nos acompañó en el proyecto. María Ángeles Allende Bandrés, José Ramón Paño Pardo y Blanca Obón Azuara participaron desinteresadamente y de forma activa en el proyecto.

FASE 2. EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE USO DE ANTIMICROBIANOS, PRIORIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES.

1. Encuesta de percepciones del servicio en Diciembre de 2016 que sirvió para valorar las debilidades y fortalezas de los cirujanos en el uso de antimicrobianos en nuestro servicio, para conocer el punto de partida y determinar qué acciones se pueden desarrollar para lograr el compromiso con el programa. Así se identificaron los puntos más problemáticos para los cirujanos a la hora de utilizar antibióticos. De los 42 cirujanos del servicio (adjuntos y residentes) se obtuvo una respuesta del 65%. Los cirujanos encontraron los principales problemas en el sobrediagnóstico, -y por tanto sobretratamiento-, el empleo de antibióticos de espectro y duración excesivos, el ajuste de tratamiento según la función renal, la terapia secuencial..

2. Evaluación de calidad de uso (corte): Se analizaron 8 situaciones en 2 días diferentes. 1/12/2016 y 12/12/2016, con unas plantillas guía para cada paciente. Para identificar de esta forma tratamientos optimizables. Estas plantillas habían sido utilizadas por el equipo PROA del hospital previamente en otros servicios.

Tras el análisis minucioso por el equipo PROA-Q de estas 2 actividades se decide priorizar y planificar una serie de actividades.

Las actividades a desarrollar fueron:

-implementación de protocolos antibióticos según la guía hospitalaria
-desarrollo de la prescripción electrónica

- actividades docentes presenciales/online. Las perlas de información. Son sesiones de fundamentos teóricos con una duración media unos 20 minutos, para mejorar el conocimiento y uso de antibióticos de los puntos más problemáticos, previamente identificados.: tratamiento empírico, fiebre nosocomial, ajuste a función renal, alérgicos, toma de muestras e identificación de antibiograma, duración y terapia secuencial. Estas sesiones fueron realizadas por miembros del equipo PROA fundamentalmente como se podrá comprobar en párrafos subsiguientes.
-coaching antibiótico a demanda y coaching antibiótico mediante sistema de alertas.

Constituyéndose estas 3 últimos como los puntos fuertes del proyecto.

FASE 3. IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES. De Enero a Junio 2017.

El 20 de enero de 2017 se comunica al Servicio de Cirugía General en sesión general la existencia del proyecto, las actividades planificadas y las personas clave del proyecto.

?DESARROLLO DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA exclusivamente en las camas desde 218 a 234 (por imposibilidad técnica de dotar a todas las camas del servicio), con un grado de aceptación excelente por todo el personal, tanto médicos como enfermería. Se realizaron diversos cursos para el correcto aprendizaje del personal médico y de enfermería. La prescripción electrónica supone una mejora considerable en la calidad y seguridad de la prescripción y administración de medicamentos, en concreto de antibióticos. A su vez permite seguimiento y ajustes, por parte del servicio de Farmacia, que pueden identificar errores de prescripción, sobre o infra-dosificación, exceso de duración..

?Implementación de las ACTIVIDADES DOCENTES conforme a un cronograma previamente acordado, ajustando alguna de las fechas que finalmente fueron éstas.

ACTIVIDADES DOCENTES (perlas)

3 FEBRERO - TRATAMIENTO EMPÍRICO - 20 MINUTOS Impartido por el Dr. Cecilio

17 FEBRERO - FIEBRE NOSOCOMIAL - 30 MINUTOS (finalmente no fue impartida, coincidió con el cese del Dr.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0597

1. TÍTULO

PROCESO DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL (PROA-Q)

Alvaro Cecilio).

3 MARZO - INTERACCIONES AJUSTE INSUFICIENCIA RENAL - 30 MINUTOS por la Dra. Bonaga

24 MARZO - ALERGICOS Y RECORDATORIO TTO EMPÍRICO - 20 MINUTOS por la Dra. Gonzalo

31 MARZO - TOMA DE MUESTRAS 20 - 30 MINUTOS por la Dra. Algarate

5 MAYO - SESIÓN SOBRE DURACIÓN - 20 MINUTOS por el Dr. Paño

19 MAYO - INTERPRETACIÓN ANTIBIOGRAMA Y TTO DIRIGIDO - 30 MINUTOS por la Dra. Algarate

30 JUNIO - TERAPIA SECUENCIAL - 20 MINUTOS

coaching antibiótico (a demanda) y coaching antibiótico (sistema de alertas).

De esta forma se acompaña y entrena al cirujano en el manejo correcto de los antibióticos en casos concretos. De esta forma el cirujano podrá alcanzar una autonomía y no una dependencia de otros profesionales en la prescripción adecuada de los antibióticos que les compete, para así incorporarlo en la práctica diaria

Independientemente de necesidades concretas, se planifican una evaluación de uso de antibióticos el último jueves de cada mes, ampliable en función de necesidad. En estas evaluaciones no sólo se toman pacientes al azar, elegidos desde el servicio de Farmacia, sino que también se aprovechan para discutir los casos especialmente controvertidos.

Estas reuniones se llevaron a cabo los días:

23 de febrero, 27 de abril, 16 de mayo, 1 de junio.

En ellas se utilizó la tabla de evaluación de corte de uso de antibióticos, en las que se evaluaron numerosos ítems tanto de la infección, del paciente y sus comorbilidades, del diagnóstico microbiológico, los antibióticos prescritos y finalmente una evaluación global.

FASE 4: EVALUACIÓN DE RESULTADOS Julio-septiembre 2017

Las evaluaciones de corte de uso de antibióticos realizadas a lo largo de la fase 3, finalmente han servido para una evaluación de nuestros resultados. Porque incluyen la mayoría de indicadores de van den Bosch que se indicaban en el proyecto inicial, medidos como proporción de pacientes

1. con síntomas sistémicos en los que se han obtenido 2 hemocultivos
2. en los que se han obtenido muestras del foco de infección
3. con tratamiento empírico en los que se han seguido las guías locales
4. en los que se ha ajustado el tratamiento al resultado microbiológico
5. en los que se ha ajustado la posología a la insuficiencia renal
6. en los que, siendo factible, se utiliza antibioterapia oral
7. con duración excesiva de tratamiento
8. en los que se ha documentado el plan antibiótico (este parámetro no estaba recogida en la tabla de evaluación).

Según la complejidad de los casos analizados (cuya elección se realizaba al azar desde el servicio de farmacia), la cumplimentación de estos indicadores por caso analizado podía ser próxima al 100% o muy deficiente.

A partir de junio de 2017 no se ha realizado ninguna reunión más para finalizar la evaluación del impacto de la intervención. Si bien se plantea retomar la actividad, aunque ya fuera del proyecto de mejora a partir de febrero de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Teniendo en cuenta las dificultades de coordinar un proyecto interdisciplinar, valoramos muy positivamente la realización de la mayor parte de las actividades propuestas en el proyecto inicial. Los programas PROA incorporan una variedad de estrategias para optimizar el uso de agentes antimicrobianos.

1. Se ha conseguido un uso correcto y juicioso de la prescripción electrónica por el personal médico y de enfermería. Dicho personal incluso reclama la prescripción electrónica en la totalidad de las camas.
2. La asistencia a las actividades docentes (perlas de información) por parte de los miembros del servicio ha sido numerosa y participativa. Esto ha podido fomentar el interés creciente de los cirujanos en la prescripción correcta de antibióticos.
3. La evaluación de resultados, quizás ha sido el ítem que no se ha realizado exactamente según fechas y orden previsto.

Se realizaron 4 evaluaciones de calidad de uso de antibióticos en las fechas descritas (23 de febrero, 27 de abril, 16 de mayo, 1 de junio), en aquellos pacientes que al azar habían sido elegidos por el servicio de Farmacia. Estas evaluaciones se realizaron con unas tablas proporcionadas por el equipo PROA que incluyen algunos de los indicadores inicialmente previstos. Sin embargo con las características de estas tablas y las evaluaciones realizadas no es posible emitir unos resultados en términos numéricos estadísticos. No se han realizado ninguna evaluación de calidad de uso más allá de Junio de 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las pautas de manejo de las infecciones se encuentran muy arraigadas, la implementación de actividades PROA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0597

1. TÍTULO

PROCESO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL (PROA-Q)

se valora como muy positiva para mejorar una prescripción antibiótica adecuada y responsable por parte de los cirujanos.

Las sesiones de evaluación de corte en las que se discute el manejo y tratamiento, por un grupo interdisciplinar de facultativos (cirugía, farmacia, infecciosos, medicina intensiva) son muy positivas para en el aprendizaje y adquisición de buenos hábitos en el manejo de infecciones del paciente quirúrgico.

Ya se ha reclamado por diferentes miembros del equipo PROA-Q y del servicio volver a poner en marcha estas sesiones que probablemente se lleve a cabo en 2018, independientemente del proyecto que ahora se presenta.

No se desestima repetir alguna sesión recordatorio de las perlas realizadas. Asimismo el equipo PROA-Q colabora activamente con el equipo PROA hospitalario y sus actividades (día de uso prudente de antibióticos, evaluaciones de calidad...).

7. OBSERVACIONES.

Reiterar la participación activa de María Ángeles Allende Bandrés, José Ramón Paño Pardo y Blanca Obón Azuara, a pesar de no estar incluidos por necesidad en el proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/597 ===== ***

Nº de registro: 0597

Título
PROCESO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL (PROA-Q)

Autores:
GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA, CECILIO IRAZOLA ALVARO, NAVARRO GONZALO ANA CRISTINA, CORDOBA DIAZ DE LASPRA MARIA ELENA, ELIA GUEDEA MANUELA, BONAGA SERRANO BEATRIZ, MOZOTA DUARTE JULIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los microorganismos pierden con el tiempo su sensibilidad natural a los antimicrobianos debido a la transmisión de resistencias y a la influencia del uso de los antimicrobianos. El incremento de las resistencias y la escasez de nuevos antibióticos nos presenta un futuro poco esperanzador que preocupa a diversas instituciones sanitarias internacionales.

La prescripción de antimicrobianos está interferida por múltiples circunstancias. Estas limitaciones pueden ser tanto de conocimiento de la realidad epidemiológica del centro como logísticas o de actitud ante la incertidumbre clínica.

El hecho es que cuando se ha evaluado, el 35-50% de los tratamientos antibióticos son mejorables. La mejora de la calidad de uso de antibióticos pasa por que los prescriptores adquieran y se adhieran a buenas prácticas, lo que precisa de un cambio en los hábitos de prescripción. Debe incluir la identificación de los principales problemas y su priorización, planificación de diferentes medidas y evaluación de su impacto.

Debido a la complejidad actual de los pacientes quirúrgicos, se ha planteado la posibilidad de iniciar un proceso de mejora de uso de antimicrobianos (PROA) en el servicio de Cirugía General del HCUZ. Estos pacientes pueden presentar enfermedades infecciosas que requieran tratamiento quirúrgico y antimicrobiano asociado; y a su vez distintas infecciones nosocomiales se pueden añadir en estos pacientes. La gravedad, las comorbilidades y la procedencia de estos pacientes pueden influir tanto en el tratamiento antimicrobiano apropiado, como en la profilaxis adecuada.

Por el posible impacto en el tratamiento de estos pacientes y la mejora en la calidad asistencial del HCUZ, el servicio de Cirugía General del HCUZ se presenta como una oportunidad excepcional para la puesta en marcha de un proceso de mejora de la calidad de uso de antimicrobianos.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo primario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0597

1. TÍTULO

PROCESO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL (PROA-Q)

Mejorar la calidad de uso de antimicrobianos en un Servicio de Cirugía General.

Objetivos secundarios

-Disminuir presión antibiótica.

-Implicar a los profesionales en un proceso continuo de mejora de la calidad de uso de antibióticos

-Certificar la validez de PROA ya utilizado en otros servicios médicos (urgencias, medicina interna) en un Servicio Quirúrgico.

MÉTODO

Fase 1. Constitución del equipo de trabajo

-Inclusión (PROA) como objetivo del Servicio de Cirugía.

-Designación de responsable PROA del Servicio así como otras personas clave del Servicio (PCS)

-Incorporación de Microbiología y Farmacia al grupo para la constitución del

Grupo de Trabajo (GdT) PROA. Trabajo de forma coordinada y multidisciplinar. Se acordará la periodicidad de las reuniones y la estructura de los resúmenes de las reuniones, responsabilidad de la PCS.

Fase 2. Evaluación de los problemas de uso de antimicrobianos, priorización y planificación de actividades

-Realización de un corte de uso de antimicrobianos (point-prevalence survey) y

de una encuesta a los miembros del Servicio

-Priorización de los problemas observados por parte del GdT PROA

-Planificación de Actividades. La cartera de actividades a desarrollar son:

implementación de protocolos antibióticos, desarrollo de la prescripción electrónica, actividades docentes presenciales/online, coaching antibiótico (a demanda) y coaching antibiótico (sistema de alertas)

Fase 3. Implementación de las actividades

Comunicación al Servicio de las actividades planificadas y de las PCS

-Implementación de las actividades conforme a un cronograma previamente acordado

Fase 4. Evaluación del impacto de la intervención

INDICADORES

-Análisis de los indicadores seleccionados.

Se utilizarán los indicadores de calidad de uso de antibióticos propuestos por van den Bosch et al en 2014 (PMID 25266285), medidos como proporción de pacientes:

1. con síntomas sistémicos en los que se han obtenido 2 hemocultivos

2. en los que se han obtenido muestras del foco de infección

3. con tratamiento empírico en los que se han seguido las guías locales

4. en los que se ha ajustado el tratamiento al resultado microbiológico

5. en los que se ha ajustado la posología a la insuficiencia renal

6. en los que, siendo factible, se utiliza antibioterapia oral

7. con duración excesiva de tratamiento

8. en los que se ha documentado el plan antibiótico

Los indicadores se medirán a través de cortes de uso de antibióticos que se realizarán mensualmente durante la intervención.

Se medirá también la utilidad de la actividad percibida por los miembros del Servicio así como el impacto sobre el consumo de antimicrobianos.

DURACIÓN

Calendario previsto:

Fase 1 Evaluación de la situación basal, priorización de problemas y diseño de las actividades de mejora, implantación de la prescripción electrónica: Octubre-Diciembre 2016

Fase 2: Ciclo 1 Enero-Marzo 2017

Fase 3: Ciclo 2 Abril-Junio 2017

Fase 4: Evaluación de resultados: Julio-Septiembre 2017

Cada uno de los dos ciclos consistirá en la implementación de las actividades de mejora. Entre el primer y el segundo ciclo se procederá a medir el impacto de las actividades para considerar la adaptación de las mismas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0728

1. TÍTULO

OPTIMIZACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA QUE VAN A SER SOMETIDOS A BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO

Fecha de entrada: 28/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE PALACIOS FANLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GASCON DOMINGUEZ MARIA DE LOS ANGELES
CALVO CATALA BEATRIZ
CANDEAL HARO JOSE MIGUEL
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ
BIELSA RODRIGO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Selección de pacientes

Se seleccionaron los pacientes obesos mórbidos que iban a ser intervenidos durante el año 2017 respetando la antigüedad en lista de espera y atendiendo a criterios de priorización: comorbilidad mayor invalidante (Diabetes mellitus tipo 2 con mal control metabólico, artropatía invalidante) y edad avanzada.

La indicación de bypass gástrico se estableció por la existencia de obesidad mórbida con comorbilidades asociadas con especial indicación en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico, reflujo gastroesofágico (RGE) y trastornos de la alimentación en los que las técnicas restrictivas no son las más adecuadas.

El bypass gástrico conlleva una importante dificultad técnica. El riesgo de complicaciones está relacionado con la experiencia del cirujano. La optimización preoperatoria es fundamental para minimizar los riesgos quirúrgicos y favorecer el cambio del estilo de vida.

2- Optimización preoperatoria

El objetivo es conseguir una pérdida de peso del 10% con respecto al peso máximo. Esto se consigue sustituyendo las comidas principales por una dieta VLCD (very low calorie diet) mediante un preparado comercial apoyado en el ejercicio físico principalmente caminar. Esta dieta cubre los requerimientos nutricionales con pocas calorías. En una serie analizada desde enero de 2014 a junio de 2016 se intervinieron 69 pacientes de bypass gástrico en el Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza. Solo se consiguió optimizar mediante dieta VLCD al 30% de los pacientes y el objetivo de este plan de mejora consistía en aumentar el porcentaje de pacientes optimizados.

3- Preparación quirúrgica.

Se inició la preparación entre 5-6 semanas antes de la cirugía mientras se actualizaba el preoperatorio y se programó la cirugía después de evaluar la pérdida de peso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2017 se intervinieron un total de 66 pacientes de obesidad mórbida siendo 31 sometidos a bypass gástrico laparoscópico. A 3 pacientes se les realizó una reconversión a bypass gástrico desde una gastrectomía vertical fallida (2 pacientes por desarrollo de reflujo gastroesofágico de novo y un paciente con pérdida insuficiente de peso).

De los 31 pacientes intervenidos de bypass gástrico laparoscópico, 6 fueron varones y 25 mujeres de edad media 48,26 años (rango 22-67).

El peso máximo medio fue de 130,7 kg (rango 85- 157,7 kg) con desviación estándar (DS) de 22,53 kg. El IMC máximo medio fue de 49,78 kg/m² (rango 40,77-66,8 kg/m²). El 45% eran pacientes superobesos.

El peso medio preoperatorio fue de 115,62 kg (rango 80-148 kg). El IMC medio preoperatorio fue de 43,99 kg/m² (rango 36- 56,29 kg/m²).

La pérdida de peso preoperatoria media fue de 15,54 kg (DS de 16,5 kg). Como el peso medio máximo era 130,7 kg, globalmente se ha conseguido la pérdida de peso deseada del 10%.

Analizando los datos de forma individual todos los pacientes excepto uno consiguieron perder peso de forma preoperatoria y el 58% consiguieron el objetivo planteado con la optimización (pérdida de peso preoperatorio en un 10%).

Aunque en la serie de pacientes previa (2014-2016) sólo se consiguió la optimización en un 30%, se consiguieron unos resultados muy favorables en cuanto a pérdida de peso, curación de comorbilidades y calidad de vida. El índice de complicaciones estuvo dentro de los estándares recomendados por la SECO (Sociedad Española de Cirugía de la obesidad). No hubo mortalidad.

En los pacientes intervenidos en 2017 se ha conseguido disminuir la estancia media de 6,4 ± 4,7 días (serie 2014-2016) a 5,6 ± 3,8 días y el tiempo quirúrgico en 15±3,5 minutos.

No ha habido diferencias estadísticamente significativas en cuanto a morbilidad. Nuevamente no ha habido mortalidad en 2017.

En cuanto a la pérdida ponderal de peso a los 6 meses de seguimiento el PEIMCP (porcentaje de exceso de IMC perdido) es del 66,76 % y el PSP (porcentaje de sobrepeso perdido) es del 62,23 %. A los 9 meses de la intervención quirúrgica el PEIMCP es del 78,11% y el PSP del 75,58% resultados considerados excelentes según los criterios de Larrad y Baltasar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0728

1. TÍTULO

OPTIMIZACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA QUE VAN A SER SOMETIDOS A BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

- 1- Se consiguió aumentar del 30% al 58% el porcentaje de pacientes obesos mórbidos optimizados antes de la intervención quirúrgica de bypass gástrico laparoscópico.
- 2- Se ha conseguido disminuir la estancia media que ha pasado de $6,4 \pm 4,7$ días a $5,6 \pm 3,8$ días.
- 3- Se ha reducido el tiempo quirúrgico para la realización del bypass gástrico en $15 \pm 3,5$ minutos.

RECOMENDACIONES: Sería muy interesante aplicar esta optimización preoperatoria a todos los pacientes obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica independientemente de la técnica a realizar. Técnicas más sencillas como la gastrectomía vertical se benefician también de esa pérdida de peso preoperatoria del 10%, aunque presentan baja tasa de complicaciones estas pueden ser muy graves y difíciles de solucionar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/728 ===== ***

Nº de registro: 0728

Título
OPTIMIZACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA QUE VAN A SER SOMETIDOS A BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO

Autores:
PALACIOS FANLO MARIA JOSE, GASCON DOMINGUEZ MARIA DE LOS ANGELES, CALVO CATALA BEATRIZ, CANDEAL HARO JOSE MIGUEL, ECHAZARRETA GALLEGU ESTIBALIZ, BIELSA RODRIGO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: CIRUGIA METABOLICA

PROBLEMA

En la actualidad, el tratamiento de la obesidad se ha convertido en uno de los principales retos de los sistemas sanitarios. El objetivo de este tratamiento es conseguir una pérdida ponderal adecuada y mantenida en el tiempo que resuelva o mejore las comorbilidades asociadas, evite el riesgo de muerte prematura y mejore la calidad de vida de los pacientes. De ahí la importancia de monitorizar el resultado del tratamiento quirúrgico mediante métodos validados y reconocidos por las sociedades científicas. El bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico (BGYRL) continúa siendo el gold estándar en cirugía bariátrica, sobre todo en pacientes con $IMC > 45$ kg/m² y especialmente en Cirugía Metabólica. En la actualidad supone más del 50% de las intervenciones que se realizan en el Hospital Clínico de Zaragoza (HCU) (datos de 2015-2016). Se trata de una técnica mixta, con un grado alto de complejidad. La morbimortalidad disminuye drásticamente con la experiencia del cirujano y con la optimización preoperatoria de los pacientes. El objetivo de esta optimización es conseguir la pérdida de un 10% del peso previo a la intervención quirúrgica. Existe evidencia científica que esta pérdida de peso produce una disminución del tamaño hepático y de la grasa intraabdominal, lo que mejora la visión intraoperatoria de la unión gastroesofágica y facilita el acto quirúrgico proporcionando una serie de ventajas como el acortamiento del tiempo quirúrgico, reducción del número de complicaciones postoperatorias, menor estancia hospitalaria y finalmente mayor adherencia del paciente a los cambios en el estilo de vida tras cirugía. (Martínez -Ramos D et al. Cir Esp 2012, White MA. J Clin 2010).

La optimización preoperatoria se consigue mediante dietas VLCD (muy bajas en calorías), pautas de ejercicio físico (principalmente caminar, bicicleta y ejercicios en piscina en aquellos pacientes con dificultades locomotoras) y modificación de hábitos alimenticios y estilo de vida. Las dietas VLCD son productos alimenticios presentados en distintos formatos (batidos, barritas, purés...), aceptados por la SECO y la SEEDO y de fácil adquisición en farmacias y supermercados. Sustituyen una comida y son más económicos que la comida habitual. De enero de 2014 a junio de 2016 se intervinieron en el HCU 69 pacientes con OM realizándose BGYRL, con una estancia media postoperatoria de $6,4 \pm 4,7$ días. La duración de la intervención quirúrgica fue de 168 ± 77

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0728

1. TÍTULO

OPTIMIZACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA QUE VAN A SER SOMETIDOS A BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO

minutos.
En cuanto a la morbilidad nuestras cifras están situadas por debajo de los estándares (7,23%). No hubo mortalidad. Pero tan sólo 21 pacientes (30,4%) fueron preparados para la cirugía mediante una dieta VLCD.
A pesar de que los resultados obtenidos por nuestros pacientes son muy buenos, consideramos que la implementación de la optimización en los pacientes obesos previo a la cirugía bariátrica puede mejorar los resultados quirúrgicos y ahorrar costes económicos mediante la reducción del tiempo quirúrgico y la estancia media.

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir optimizar el 70% de los pacientes que van a ser sometidos a BGYRL en el HCU durante el año 2017 supondrá:

- A. Disminuir el tiempo quirúrgico (menor 150 minutos)
- B. Disminuir la estancia hospitalaria en 2 días (tiempo de estancia: 4 días)
- C. Disminuir el índice de complicaciones
- D. Aumentar la satisfacción del paciente
- E. Mejoría en la calidad de vida

MÉTODO

En primer lugar se determinarán los pacientes obesos mórbidos candidatos a BGYRL. Se establecerá un orden de acuerdo a la antigüedad en lista de espera y criterios de priorización (superobesidad y comorbilidades mayores asociadas).

El paciente se citará en consultas externas con 2 meses de antelación a la fecha probable de quirófano para comenzar la optimización, coincidiendo con la actualización del preoperatorio y preanestesia.
Se le pautará la dieta VLCD para sustituir la comida, cuyo gasto económico será sufragado por el propio paciente (estimado entre 60 euros a un máximo de 150 euros dependiendo del producto elegido). Este coste económico es menor que la alimentación habitual del paciente.
Al mismo tiempo se le marcarán unas pautas de ejercicio físico dependiendo de sus características y se aconsejará el abandono del hábito tabaquero (apoyado puntualmente por la Unidad de deshabituación tabáquica) y cambios en el estilo de vida.

INDICADORES

Se evaluará a principios de 2018 el porcentaje de pacientes obesos operados optimizados de forma preoperatoria, el grado de cumplimiento, el porcentaje de peso perdido de forma preoperatoria, la morbimortalidad postoperatoria, tiempo quirúrgico y estancia media.

DURACIÓN

OCTUBRE-NOVIEMBRE 2016

- Determinar los pacientes que van a ser sometidos a BGYRL durante el año 2017 (se estima un mínimo de 50 BGYRL anuales) y establecer un orden.

NOVIEMBRE 2016-DICIEMBRE 2017

- Se comenzará la optimización preoperatoria. El tiempo estimado para conseguir el objetivo de disminuir un 10% el peso es entre 4-6 semanas.

ENERO 2018

- Evaluación de los resultados obtenidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0838

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MATINAL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL MEDIANTE LA ASIGNACION DE UN MEDICO RESPONSABLE DE UNIDAD

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA LAMATA DE LA ORDEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ

LAGUARTA BLAS TERESA

BELANCHE ANA

VILELA MIRAMON IRMA

LAFUENTE FINA

GARE PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2 meses en el servicio de Cirugía se ha colocado una plantilla rellenable por cada unidad asignando un responsable de cada unidad por día, así como la manera de ponerse en contacto con él. De tal manera que se mejora la asistencia sanitaria disminuyendo el tiempo que el equipo de enfermería dedica para contactar con el médico responsable.

Así mismo, en dicha plantilla se incluyen anotaciones por parte de el equipo de enfermería en cuanto a las incidencias acontecidas durante el tiempo en el que han estado localizando al responsable, reflejando la hora. Los indicadores propuestos han sido:

A. Indicador de control de respuesta a las demandas de enfermería

1. ¿Se ha localizado al responsable asignado ("mañanero")?: SI/NO

2. Horario en que se solicita al responsable asignado.

3. Horario en que se responde el responsable asignado.

B. Indicador de atención continuada por parte del equipo de guardia:

El equipo de guardia reflejará en una hoja de control las necesidades de reevaluación de un paciente (horario) y la ejecución de medidas en dicho sentido (horario), así como las de demandas no atendidas y razones (ocupación en quirófano, demandas asistenciales con mayor prioridad...)

En caso de no poder atender la demanda, quedará reflejado al terminar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como análisis inicial del período de prueba de esta mejora de la calidad asistencial en pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía General del HCU, hemos de reconocer el bajo grado tanto de recogida de las planificaciones (no se han recogido 10 de los 22 calendarios semanales que tendría que haber, gran parte de ellos arrojados a la basura por parte del equipo de enfermería al desconocer la evaluación de los mismos a pesar de transmitir, en reiteradas ocasiones, por cirugía y supervisora de enfermería la importancia de archivar dicho papel.

Se ha constatado, en los 12 registros restantes un escaso cumplimiento tan sólo en la asignación y localización del responsable de cada Unidad, por lo que se ha realizado el análisis descriptivo basándonos en esos 12 registros semanales entregados, calculando sobre 56 días, excluyendo los festivos.

Siendo para cada Unidad las siguientes cifras:

• Unidad 1- Endocrino- Mama: R: 19,6% (11 de 56 días informados) con un 8,9% de asignación de la localización del responsable (5 de 56 días).

• Unidad 2- Esófago-gástrica y pared: R: 21,4% (12 de 56 días informados) con un 10,7% de asignación de la localización del responsable.(6 de 56 días).

• Unidad 3- Colon: R: 64,2% (36 de 56 días informados) con un 33,9% de asignación de la localización del responsable. (19 de 56 días).

• Unidad 4- Hepato-bilio-pancreática: 62,5% (35 de 56 días informados) con un 55,3% de asignación de la localización del responsable. (19 de 56 días).

A continuación se muestran las notaciones de enfermería reflejados por escrito en las planificaciones semanales:

• "Esto es pura ficción"

• El día 7 de Noviembre del 2016, paciente intervenido el 4/11 en turno de tarde no es pasado, por lo que se llama a busca de guardia y se informa que el paciente ha de ser seguido por el que le operó por la tarde y lo acaba viendo también.

• El día 8 de Noviembre del 2016: 3 pacientes asignados a la Unidad de Endocrino-Mama quedan sin visitar a las 15:00h, por lo que se llama al busca de guardia con el consiguiente enfado.

• El día 8 de Noviembre del 2016 hay problemas con paciente de la Unidad de Esófago-gástrica al no haber responsable de actividad matinal.

• Días 14 y 15 de Noviembre 2016: Paciente sin ver a las 15:00h: 226-2. Se avisa a busca de guardia.

• Día 15 de Noviembre 2016: responsable en quirófano. Motivo de llamada: no hay validación del tratamiento.

• Durante la semana del 14-18 de Noviembre el paciente de la habitación 215, adscrita a la Unidad de Colon queda sin ver, por lo que se llama al busca de guardia a las 14h.

Para el indicador de control de respuesta a las demandas de enfermería es necesaria la constatación de la hora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0838

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MATINAL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL MEDIANTE LA ASIGNACION DE UN MEDICO RESPONSABLE DE UNIDAD

de solicitud de asistencia y la hora en que se responde a la llamada, valorando así la prontitud o demora asistencial. Dado que en los comentarios de enfermería ambos datos de cada episodio no es posible confeccionar el indicador.
En cuanto al indicador de atención continuada por parte del equipo de guardia: indicador no ha sido plasmado por los médicos cirujanos del equipo de guardia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como análisis de los datos descriptivos arrojados por casi la mitad de la información requerida hay una baja concienciación del proyecto de mejora, tanto a nivel del equipo de enfermería como de médicos cirujanos. Como propuesta de mejora se debería escribir en el papel: NO TIRAR, GUARDAR Y ENTREGAR A SUPERVISORA DE ENFERMERÍA DE LA PLANTA

7. OBSERVACIONES.

Pese a la baja participación de ambos equipos asistenciales (médico y de enfermería), vemos necesario replantear la utilidad y puesta en marcha de este proyecto en sesión conjunta con equipo de enfermería y médicos cirujanos, para perfilar mejor las necesidades y el grado de implicación exigido.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/838 ===== ***

Nº de registro: 0838

Título
MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MATINAL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL MEDIANTE LA ASIGNACION DE UN MEDICO RESPONSABLE DE UNIDAD

Autores:
LAMATA DE LA ORDEN LAURA, ELIA GUEDEA MANUELA, ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ, LAGUARTA BLAS TERESA, BELANCHE MANCEBON ANA ISABEL, VILELA MIRAMON IRMA, LAFUENTE JUAN JOSEFINA, GARDE SABALZA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes hospitalizados a cargo de Cirugía General
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora en la calidad asistencial hospitalaria

PROBLEMA

Los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria son inherentes a la misma. Las prácticas seguras son aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la seguridad del paciente. A nivel nacional, la incidencia de eventos adversos relacionados con la cirugía está en torno al 10,5%, de los que una tercera parte serían evitables. Tras la creación de las Unidades parece haberse incrementado en el Servicio de Cirugía General-Hospitalización diversos errores que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente y reducir la calidad asistencial.

Ante este problema se creó un grupo de mejora para analizar en profundidad la problemática desde todos los puntos de vista de los integrantes del Servicio. Los componentes del grupo son: el Jefe de Servicio, la supervisora de Enfermería, un FEA representante de cada Unidad (Coloproctología, Esofagogástrica y Pared, Cirugía de Mama y Endocrina, Hepatobiliopancreática), dos residentes, tres enfermeras, tres auxiliares de enfermería, un celador y una administrativa.

El análisis de la problemática en seguridad se llevó a cabo siguiendo la metodología del grupo nominal. Los principales puntos sobre los que se objetivaron problemas fueron: prescripción médica, deficiente comunicación entre los diferentes estamentos, personal deficiente / inadecuado, ausencia/no cumplimiento de los protocolos clínicos, organización del pase de visita, problemas relacionados con información al paciente y derecho a la intimidad.

Este proyecto de mejora se centra en establecer unos indicadores objetivos que midan la respuesta rápida del servicio ante una duda de enfermería o un problema agudo del paciente ingresado en turno de mañana a través de la designación de un médico responsable por Unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0838

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MATINAL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CIRUGIAGENERAL MEDIANTE LA ASIGNACION DE UN MEDICO RESPONSABLE DE UNIDAD

El objetivo del proyecto es mejorar la calidad asistencial hospitalaria en los pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía, a través de una asistencia precoz, específica (por parte de un miembro de cada unidad) y continuada a la vez que se mejora la relación médico-enfermera (demanda del personal de enfermería) con un mejor empleo del tiempo de trabajo por parte del equipo de enfermería, a la par que se minimizan las situación de stress, cuando se demanda atención médica preferente en jornada habitual.

MÉTODO

La comisión de mejora de calidad asistencial del servicio ha propuesto (reunión del 7/10/2016) que los coordinadores de cada Unidad deberán asignar un responsable de planta de jornada matinal diario con programación semanal así como determinar el lugar o forma para localizarlo por parte de enfermería. Se imprimirá un documento para cada control de enfermería (3: antigua Cirugía A, antigua Cirugía B y Trauma-Cirugía).

El cirujano asignado como responsable de planta deberá de responder en la mayor brevedad posible a las dudas suscitadas por el personal de enfermería que asiste a los pacientes de su Unidad correspondiente así como atender los nuevos eventos médicos acontecidos en el paciente tras el pase de visita.

INDICADORES

- a. ¿Se ha localizado al médico responsable de Unidad?: SI/NO
- b. Hora en que se solicita al responsable asignado.
- c. Hora en que se responde el responsable asignado.

DURACIÓN

La puesta en marcha de estas medidas se inició el día 10/10/2016.

Durante dos meses se recogerán datos relativos a su cumplimiento.

En Diciembre se llevará a cabo una nueva reunión en la que se expondrán y analizarán los resultados. A partir de estos se continuarán las medidas y/o se implementarán nuevas.

OBSERVACIONES

Este es un proyecto de mejora de la calidad asistencial atendiendo a la organización del pase de visita, propuesta dentro de las medidas consensuadas por el grupo de mejora que se transmitieron al resto del integrantes del servicio de cirugía en una reunión llevada a cabo el día 07/10/2016.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0895

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE HOJA INFORMATIVA Y RECOMENDACIONES PARA PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL H. CLINICO UNIVESITARIO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE MARTA ALLUE CABAÑUZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ SORIANO BLANCA
GIL ROMEA ISMAEL
CALVO CATALA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Redacción de una hoja informativa que se entrega al paciente tras la realización del procedimiento quirúrgico.
Difusión del proyecto entre los profesionales que participan en el procedimiento (cirujanos, auxiliares y enfermeras).
Análisis de mejora mediante una encuesta de satisfacción a los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No es posible cuantificar el impacto del proyecto con la información de las que disponemos, ya que no ha sido registrado el grado de satisfacción de los pacientes en relación a la propuesta de mejora de manera objetiva mediante la realización de encuestas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para la consecución completa del proyecto queda pendiente la realización del análisis del grado de satisfacción de los pacientes mediante encuestas telefónicas al mes de la intervención quirúrgica, como se estableció en el plan inicial.
Si bien, los pacientes pueden ser consultados en la entrevista personal a la que acuden para revisión de resultados al mes de la cirugía, no se ha establecido un registro de la información. Este punto debería ser mejorado para continuar con la sostenibilidad del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/895 ===== ***

Nº de registro: 0895

Título
ESTANDARIZACION DE HOJA INFORMATIVA Y RECOMENDACIONES PARA PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL H. CLINICO UNIVESITARIO LOZANO BLESA

Autores:
PALACIOS GASOS PILAR, ALLUE CABAÑUZ MARTA, MARTINEZ SORIANO BLANCA, GIL ROMEA ISMAEL, LAMATA DE LA ORDEN LAURA, CALVO CATALA BEATRIZ, FERNANDEZ PERA DIEGO, ECHAZARRETA GALLEG0 ESTIBALIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente, el servicio de Cirugía General realiza un importante número de procedimientos quirúrgicos ambulatorios al mes. Informar a los pacientes de los procedimientos realizados y de las recomendaciones de tratamiento postoperatorias es un de las tareas de los profesionales que los realizan; sin embargo, existe

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0895

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE HOJA INFORMATIVA Y RECOMENDACIONES PARA PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL H. CLINICO UNIVESITARIO LOZANO BLESÁ

una carencia de la información aportada probablemente debido a la falta de tiempo. Los pacientes son remitidos a su domicilio tras la intervención quirúrgica con una herida que requiere cuidados y supervisión de las posibles complicaciones. El seguimiento en la mayor parte de las ocasiones se realiza por los médicos de atención primaria (MAP). La colaboración entre los distintos niveles asistenciales de nuestro sistema sanitario es una herramienta que facilita la accesibilidad al sistema y la continuidad en los cuidados. En este sentido, proponemos la creación de un documento informativo dirigido a los pacientes y a los MAP que incluya la información del procedimiento realizado así como de los cuidados postoperatorios necesarios.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora de la calidad de la asistencia a través de documentos informativos.
Detectar complicaciones de forma precoz y proporcionar el tratamiento correspondiente.
Facilitar la asistencia a los profesionales de Servicio de Cirugía General y médicos de atención primaria.

MÉTODO

Redacción de una hoja informativa que se entregará al paciente tras la realización del procedimiento quirúrgico.

Difusión del proyecto entre los profesionales que participan en el procedimiento (cirujanos, auxiliares y enfermeras).

Análisis de mejora mediante una encuesta de satisfacción a los pacientes.

INDICADORES

Se realizará el control de la entrega del documento al alta del paciente.

Encuesta de satisfacción telefónica al mes de la intervención quirúrgica una vez entregado el resultado de anatomía patológica.

DURACIÓN

Octubre- Noviembre 2016: presentación del proyecto y del documento informativo en sesión clínica del servicio.

Enero 2017: inicio del proyecto, entrega de documentación a los pacientes.

Abril 2017: análisis de mejora mediante encuesta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1085

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA Y/O ESOFAGUECTOMIA ONCOLOGICA. PREVENCION Y TRATAMIENTO DE CARENCIAS NUTRICIONALES Y ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA POSTOPERATORIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ANA NAVARRO GONZALO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BIELSA RODRIGO MIGUEL ANGEL
MARTINEZ SORIANO BLANCA
CALVO GRACIA FERNANDO
HERNAEZ ARZOZ ALBA
NAVARRO BARLES ANA
POLA BANDRES GUILLERMO
SAENZ CUSI ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diseño y consenso del material informativo preoperatorio para pacientes que van a ser intervenidos de gastrectomía y de esofaguetomía oncológicas.
Desarrollo de un plan de detección precoz de carencias de Vit D, Vit B12 y Hierro. pre y postoperatorio
Desarrollo de un plan de suplementación de Vit D, Calcio, Vit B12 y Hierro.
Desarrollo de un plan de valoración dl estad nutricional pre y postoperatorio asi como en el seguimiento al mes 3, 6, 12 meses y posteriormente de forma anual.
Consenso de encuestas de calidad de vida a utilizar.
Elaboración y consenso de las pautas nutricionales postoperatorias.
Elaboración de documento informativo sobre prevención, detección y manejo de Sdr. de Dimping y esteatorrea.
Consenso para valoración de estado nutricional en la consulta de cirugía y asesoramiento básico al respecto y posibilidad de remitir al Servicio de Nutrición ante casos de manejo complejo.

Presentación del proyecto en el Servicio de Cirugía y del material elaborado y el plan en la Unidad recientemente modificada en su composición.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Disponer de una información uniforme y por escrito para los pacientes así como de un plan de prevención, detección precoz y manejo de déficits vitamínicos, anemia, déficits nutricionales, bajo peso, esteatorrea y síndrome de dumping.
Realización de encuestas de calidad de vida a 12 de los pacientes intervenidos en el año 2017 de gastrectomía y 3 de esofaguetomía. Sigue en marcha durante 2018 y se mantendrá en el futuro según evaluemos resultados con las modificaciones que se estimen oportunas.
No hemos realizado aún ningún análisis estadístico de los datos ya que el seguimiento es breve y de pocos pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es subjetivamente útil y bien recibido por los pacientes la información recibida y el mayor seguimiento y consejo en el postoperatorio. La información escrita ha sido bien valorada por facultativos de cirugía, personal de enfermería y pacientes. Se ha aumentado el grado de comunicación con el Servicio de Nutrición y Oncología

7. OBSERVACIONES.

El Dr. Bielsa Rodrigo Miguel Angel se jubiló en Noviembre de 2017 por lo que propongo sea sustituido en el proyecto por el Dr. Lamata Hernande Felix, actual jefe de la Unidad de Cirugía Esofagogastrica

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1085 ===== ***

Nº de registro: 1085

Título
PLAN DE MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA Y/O ESOFAGUECTOMIA ONCOLOGICA. PREVENCION Y TRATAMIENTO DE CARENCIAS NUTRICIONALES Y ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA POSTOPERATORIA

Autores:
NAVARRO GONZALO ANA CRISTINA, BIELSA RODRIGO MIGUEL ANGEL, MARTINEZ SORIANO BLANCA, CALVO GRACIA FERNANDO, HERNAEZ ARZOZ ALBA, NAVARRO BARLES ANA, POLA BANDRES GUILLERMO, SAENZ CUSI ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1085

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA Y/O ESOFAGUECTOMIA ONCOLOGICA. PREVENCION Y TRATAMIENTO DE CARENCIAS NUTRICIONALES Y ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA POSTOPERATORIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras la formación en 2013 de la Unidad de Cirugía esófago-gástrica de Servicio de Cirugía General del HCU Lozano Blesa, que interviene todas las neoplasias esófagogástricas del hospital se realizó un estudio retrospectivo para valorar: situación nutricional, peso, carencias vitamínicas y calidad de vida de los pacientes intervenidos entre Nov. de 2011 y Mayo de 2015. Los resultados obtenidos muestran:

- Anemia: 45% de los pacientes
- Déficit de hierro: 22,73%
- Deficit de Vit B12: 9%
- Deficit de Vit D: 100% de los pacientes
- Buena Calidad de vida (encuestas EORTC- QLQ 30 y EORTC-QLQ 22)
- El 13% presentaban Síndrome de Dumping
- El 18% de pacientes con IMC insuficiente

En la mayoría de los casos los déficits no estaban siendo suplementados a pesar de ser conocidos por analíticas realizadas previamente.

Teniendo en cuenta lo previsible de los déficits, la facilidad de detección y de suplementación precoz, así como sus importantes repercusiones para la salud del paciente, se trata de una clara oportunidad de mejora unificando criterios conjuntamente con el Servicio de Endocrino y Nutrición para la prevención, tratamiento y seguimiento. La mayoría desconocían las pautas nutricionales para lograr una nutrición eficaz así como a evitar el síndrome de Dumping, esto se puede optimizar mediante una información pre y postoperatoria a los pacientes que actualmente no se realiza de una forma estandarizada.

El estudio de la calidad de vida es de máximo interés en la atención sanitaria, de reciente estudio a nivel internacional y no así en nuestro medio, supone un indicador de la calidad asistencial y una oportunidad de mejora en la actividad al alcance de los medios disponibles.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Mejorar la atención perioperatoria de los pacientes intervenidos de gastrectomía y/o esofaguectomía oncológica, priorizando la mejora de su calidad de vida, estado y soporte nutricional.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Obj. 1: Uniformizar la información a los pacientes intervenidos de gastrectomía y/o esofaguectomía oncológica, en cuanto a:

- técnica quirúrgica, postoperatorio en el hospital y al alta.
- dieta recomendada y consejos enfocados a evitar síndrome de Dumping y otras molestias propias de las modificaciones anatómicas secundarias a la intervención quirúrgica
- posibles complicaciones o sintomatología tras la intervención quirúrgica

-Obj. 2: Consensuar con Endocrino y poner en práctica unas pautas de suplementación y de detección precoces de déficits nutricionales.

-Obj. 3: Estudio de la Calidad de Vida de los pacientes intervenidos de gastrectomía y/o esofaguectomía oncológica al mes, los 3, 6 y 12 meses de la intervención.

MÉTODO

. Elaboración de información para entregar a los pacientes en consulta preoperatoria con explicación de la intervención prevista, el postoperatorio y la recuperación previsible. (A Navarro G., M. A. Bielsa, A. Hernández, A. Navarro B., G. Pola)

. Consensuar una pauta de suplementación, seguimiento y tratamiento de las carencias nutricionales en el postoperatorio con el Servicio de Nutrición. (A. Navarro G, F. Calvo).

. Entrega de la información preoperatoria y de las pautas nutricionales postoperatorias, suplementación vitamínica postoperatoria. Realización de encuestas de calidad de vida (A. Navarro G, M. A. Bielsa, A. Hernández, A. Navarro B., G. Pola).

- Detección y suplementación de posibles déficits nutricionales. (F Calvo, A. Navarro G., M. A. Bielsa, A. Saenz).

. Evaluación y análisis de resultados: peso, IMC, parámetros nutricionales, déficits vitamínicos y calidad de vida. (A Navarro G., A. Hernández, A. Navarro B., G Pola)

INDICADORES

- N° de carencias nutricionales detectadas/N° de pacientes intervenidos
- N° de pacientes suplementados/N° de déficits vitamínicos detectados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1085

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA Y/O ESOFAGUECTOMIA ONCOLOGICA. PREVENCION Y TRATAMIENTO DE CARENCIAS NUTRICIONALES Y ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA POSTOPERATORIA

- N° de pacientes con un IMC insuficiente al año de la intervención
- N° de pacientes que realizan las 4 encuestas de calidad de vida/Número de pacientes intervenidos

DURACIÓN

- Inicio: Nov. 2016
- Fin: Dic. 2018

- o Fase 1: Nov. y Dic. 2016: Diseño y consenso del material informativo y del plan de suplementación, detección y tratamiento de carencias nutricionales. Consenso de encuestas de calidad de vida a utilizar.
- o Fase 2: Enero 2017: Presentación del proyecto a la Unidad, MIR de Cirugía y Facultativos y personal auxiliar implicado de Consultas de Cirugía, Oncología y Nutrición.
- o Fase 3: Desarrollo del plan de información, pauta de suplementos, detección de carencias, tratamiento de las mismas y encuestas de calidad de vida. Recogida prospectiva de datos.
- o Fase 4: Recopilación de los datos, análisis estadístico de los mismos y nueva propuesta aportando las modificaciones que se estimen oportunas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0168

1. TÍTULO

PLANIFICACION INFORMATICA DEL PROGRAMA QUIRURGICO

Fecha de entrada: 12/12/2017

2. RESPONSABLE JORGE ALBAREDA ALBAREDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANCO RUBIO NIEVES
EZQUERRA HERRANDO LAURA
GOMEZ VALLEJO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Cuantificación en minutos de la duración de las intervenciones programadas mas habituales en nuestra especialidad
2- Cuantificación en minutos del tiempo en el que permanece vacío el quirófano entre intervenciones quirúrgicas programadas
3- Hora de comienzo de quirófanos
4-Hora de finalización
5-Rendimiento quirúrgico del Servicio
6- intervenciones suspendidas
7 Elaboración de un programa informático de programación quirúrgica
8- creación de una lista de espera virtual
9- Programación virtual de la lista de espera mediante el programa informático hasta encontrar el rendimiento idóneo con garantía de terminar antes de las 15 horas de la tarde

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos encontrado en rendimiento quirúrgico idóneo virtual.
Esta herramienta nos permite conocer con antelación los quirófanos que son necesarios para intervenir la lista de espera quirúrgica pudiendo definir incluso el día de intervención con gran antelación
Igualmente nos permite conocer donde han surgido los problemas cuando el programa quirúrgico termina mas tarde de lo programado
Los resultados han sido publicados en revista científica indexada recientemente habiendo recibido solicitudes del sistema de programación de diversas consejerías de sanidad de varias comunidades autónomas.
J.Albareda et all. Do we perform surgical programming well? How can we improve it? Rev Esp Cir Ortop Traumatol 2017, 61: 375-82
Aplicando este sistema de programación quirúrgica. nos encontramos actualmente según los datos que nos ha aportado nuestro hospital, en el rendimiento quirúrgico ideal

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados virtuales del programa han sido lo suficientemente fiables como para comenzar su aplicación con pacientes reales
es necesario ampliar el estudio de datos para redondear todavía mas la duración de intervenciones quirúrgicas disminuyendo al máximo la variabilidad entre los profesionales que participan.
Se trata de una línea de investigación sobre gestión sanitaria que pensamos es verdaderamente interesante, habiendo comenzado en la actualidad la modelación de otras herramientas informáticas sobre vías clínicas de las patologías mas relevantes de nuestra especialidad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/168 ===== ***

Nº de registro: 0168

Título
PROGRAMACION QUIRURGICA INFORMATIZADA DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CIRUGIA ORTOPEDICA

Autores:
ALBAREDA ALBAREDA JORGE, GOMEZ VALLEJO JESUS, BLANCO RUBIO NIEVES, RUIZ FRONTERA MIGUEL, GRAN UBEIRA NESTOR, MAHULEA CRISTIAN, SILVA SUAREZ MANUEL, CLAVEL VILLAGRASA DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0168

1. TÍTULO

PLANIFICACION INFORMATICA DEL PROGRAMA QUIRURGICO

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Existencia de listas de espera quirúrgica en cirugía ortopédica y traumatología. Sus causas son lo extremadamente limitado de los recursos quirúrgicos disponibles debiendo obtener el máximo rendimiento quirúrgico de dichos recursos. Actualmente la programación quirúrgica se realiza de forme intuitiva por experiencias anteriores siendo difícil o muy complejo el obtener un rendimiento máximo de cada quirófano disponible pues se desconoce la duración media de cada proceso quirúrgico, al igual que se desconoce los tiempos muertos intermedios o al menos están sin definir. Igualmente se desconoce cual es el rendimiento óptimo de cada quirófano disponible ya que la ocupación del 100% no es posible por dichos tiempos muertos.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Conocer los tiempos medios de duración de cada técnica quirúrgica empleada incluyendo desde la entrada del paciente al quirófano hasta su salida
2- Incluir el lista de espera cada paciente con su tiempo de duración
3- Crear un programa informático patentable y aplicable a todos los Servicios quirúrgicos y a todos los hospitales, que programe cada quirófano disponible teniendo en cuenta la duración de cada proceso, su antigüedad en lista de espera y su prioridad
4- Definir cual es el rendimiento quirúrgico óptimo de cada quirófano
5- Programar informáticamente cada quirófano disponible con un rendimiento previo conocido y óptimo
6- Conocer en cada jornada cual ha sido la causa de alteración de la programación de cada quirófano
7- Conocer cual debe ser la duración de cada tiempo muerto entre operaciones para tratar de minimizarlo al máximo

MÉTODO
El bloque médico, basándonos en los datos existentes en el departamento de estadística de nuestro hospital, revisará la duración de todas las cirugías necesarias, que serán varios miles de ellas para conocer el tiempo medio de cada proceso quirúrgico de nuestra especialidad (5 médicos del equipo incluido el responsable del proyecto).
Los 3 ingenieros informáticos realizarán un programa informático en el que se incluiría los pacientes en lista de espera con su diagnóstico, técnica quirúrgica que precisan y duración de la misma, así como fecha de inclusión y prioridad. este programa realizará la programación quirúrgica con rendimiento que podrá ser variable al principio para encontrar el rendimiento óptimo de cada quirófano para que no se prolongue mas tarde de la hora de finalización pero para que se aproxime lo máximo posible. Ya hemos realizado un ensayo con un programa informático que ya hemos elaborado programando con un error máximo del 1%, trabajo presentado y publicado en Septiembre de este año en el Congreso europeo de ingeniería informática
Este programa se retroalimentará con las duraciones de cada técnica cada día de forma que podamos saber en el futuro la duración de cada técnica quirúrgica en dependencia del cirujano y anestesiólogo que la realice.

INDICADORES
Rendimiento quirúrgico de los quirófanos programados de esta forma. Información que recibiremos de los controles del hospital que actualmente realizan
% de quirófanos que terminan mas tarde de la hora oficial de finalización del quirófano
Conocimiento de los tiempos planteados en los objetivos

DURACIÓN
El inicio será de inmediato, pensando que dentro de un año tendremos el programa informático no solamente terminado sino que habremos comenzado ya a programar con él. No obstante los objetivos previstos pensamos deberán desarrollarse en 3 años, teniendo en cuenta que el avance de este programa hará, sin duda, definir otros objetivos mas ambiciosos

OBSERVACIONES
Pensamos que se trata de un excelente objetivo que vamos a desarrollar de cualquier forma. Nuestro rendimiento actual quirúrgico es excelente pues supera el 78%, pensando que es difícilmente superable, pero este programa será, como es nuestro objetivo, de aplicación a todos los Servicios quirúrgicos de todos los hospitales, desapareciendo la subjetividad en la programación, garantizando el máximo rendimiento de los recursos disponibles y pudiendo, desde su inclusión en lista de espera, aproximar una fecha de realización de la cirugía, si conocemos previamente los recursos quirúrgicos disponibles

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0170

1. TÍTULO

MEJORA Y AMPLIACION DE LA INFORMACION A LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION, A TRAVES DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS QUE OFRECE EL H.C.U. LOZANO Blesa

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE ANA ISABEL HERRERA SERRANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LABORDA RUIZ MARIA PILAR
MONCHE PALACIN ANA MARIA
CELMA MORALEJO ROCIO
GASPAR CALVO ELENA MARIA
GARCIA BARRECHEGUREN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una revisión bibliografica y se realizó un Documento Power Point por los miembros del equipo durante el primer trimestre del año 2017
Se contacto con el servicio de comunicación para su inclusión en la pag. Web y en la INTRANET del HCU
Pendiente de realizar dicha inclusión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al no poder incluir el power en la pag.Web ni en la Intranet del Hospital no podemos medir los indicadores de resultado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo de Taller de Cuidadores ha adquirido y ampliado los conocimientos necesarios para poder asesorar con eficacia a los cuidadores que asisten a los Talleres.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/170 ===== ***

Nº de registro: 0170

Título
MEJORA Y AMPLIACION DE LA INFORMACION A LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION, A TRAVES DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS QUE OFRECE EL H.C.U LOZANO Blesa

Autores:
HERRERA SERRANO ANA ISABEL, LABORDA RUIZ MARIA PILAR, MONCHE PALACIN ANA MARIA, CELMA MORALEJO ROCIO, GASPAR CALVO ELENA, GARCIA BARRECHEGUREN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente crónico dependiente
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Con la finalidad de facilitar las tareas de cuidados y enseñar a los cuidadores/as el correcto manejo del enfermo y el autocuidado de ellos mismos, desde el año 2009 se imparten talleres para Cuidadores no profesionales en el HCU Lozano Blesa. Durante este tiempo se ha detectado que una de las principales preocupaciones expresadas por los asistentes a los talleres, es el manejo de los pacientes con dificultad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0170

1. TÍTULO

MEJORA Y AMPLIACION DE LA INFORMACION A LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION, A TRAVES DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS QUE OFRECE EL H.C.U. LOZANO BLESA

la deglución.

Continuando en la misma línea de dar la mayor información posible, consideramos necesario elaborar un documento que pueda añadirse a las Recomendaciones a Pacientes y Familiares, para que este disponible en la INTRANET y Pagina Web del HCU Lozano Blesa

RESULTADOS ESPERADOS

- Ampliar la información proporcionada a familiares y cuidadores de pacientes crónicodependiente del Sector III a través de las herramientas informaticas que proporciona el HCU Lozano Blesa
- Mejorar el conocimiento sobre dificultades en la deglución de los cuidadores de pacientes del Sector III

MÉTODO

- Revisión bibliografica (Todo el equipo)
- Consensuar el contenido del Documento Power Point por parte de todos los miembros del equipo (Ana I. Herrera)
- Elaboración de un documento Power Point de recomendaciones a pacientes con dificultades en la deglución (M.P. Laborda y A. Monche)
- Contactar con el servicio de comunicación del hospital para su inclusión en la pag. Web y en la INTRANET del HCU Lozano Blesa (A. Garcia)

INDICADORES

- Inclusión del documento Power Point en la pag. Web del HCU Lozano Blesa, en el apartado para Apoyo a los Cuidadores
- Inclusión del documento Power Point en la INTRANET del HCU Lozano Blesa, en el apartado para Apoyo a los Cuidadores
- Nº Cuidadores asistentes al taller que demandan información sobre disfagia /Nº TOTAL de asistentes al taller de Cuidadores

DURACIÓN

- Octubre-Diciembre 2016: Revisión bibliográfica y realización del Power Point
 - Enero-Marzo 2017: Revisión y consenso del contenido y forma del Power Point
 - Abril-Junio 2017: Presentación a la Comisión de Cuidados y Unidad de Calidad del documento Power Point
- Contacto con el servicio de Comunicación del Hospital
Una vez obtenidos todos los permisos: inclusión del documento en INTRANET y pag. Web del hospital

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0218

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE BELEN SERAL GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NICOLAU ABADIA FRANCISCO JAVIER
GROS ASPIROZ SARA
COLLADO HERNANDEZ PILAR
JIMENEZ SALAS BERTA
DEL CAMPO DEL CAMPO FERNANDO
LANAU ARILLA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Me he reunido con el responsable de la organización de la unidad de CMA para plantear la necesidad que había de protocolizar la analgesia en dicha planta, siguiendo unas pautas consensuadas entre traumatólogos y anestesiólogos involucrados en el tratamiento del paciente.

Me he reunido con el jefe de sección del dolor (S. de Anestesiología y Reanimación) elaborando un esquema de trabajo muy amplio en vías de desarrollo, que sirva también para un futuro trabajo de residentes en Congreso de Traumatología, CMA, Anestesia, Calidad...

Hemos valorado factores importantes de los pacientes a intervenir como edad, peso, patología previa asociada y tipo de cirugía.

Hemos recogido las encuestas telefónicas de los niños intervenidos en CMA en este periodo de tiempo y los que no se han intervenido en programa de CMA, para valorar satisfacción de los padres y del niño.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha planteado entre los distintos equipos que participan en la CMA (traumatólogos, anestesiólogos y pediatras, enfermeras de URPA y CMA) la necesidad de innovar con la analgesia multimodal, es decir no tratar el dolor en el postoperatorio con un único fármaco, sino con asociaciones de analgésicos y/o técnicas que actúen tanto en el origen del dolor postoperatorio (anestésicos locales y AINEs) como en las vías de transmisión del estímulo (bloques nerviosos), así como en la percepción del dolor (opiáceos y analgésicos centrales), consiguiendo así una mayor efectividad analgésica con menores efectos secundarios derivados del empleo de un solo fármaco.

Se ha protocolizado la utilización del analgésico en función del peso del paciente, dentro del postoperatorio de la cirugía infantil, para así facilitar el manejo de enfermería, disminuyendo los efectos secundarios de los mismos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para la organización de este esquema de trabajo creemos fundamental la información de los padres en la valoración preanestésica, la formación del personal en cuanto a la evaluación del dolor mediante escalas subjetivas aplicables según edad y desarrollo del paciente (Escala Visual Analógica, Escala de caras de Wong-Baker) y su registro durante su ingreso hasta el alta, así como la elaboración de protocolos de vigilancia y tratamiento de los efectos secundarios derivados de la analgesia.

Este proceso debe realizarse por etapas, dentro de un enfoque de mejora de la calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/218 ===== ***

Nº de registro: 0218

Título
PROTOCOLO DE ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0218

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL

Autores:
SERAL GARCIA BELEN, NICOLAU ABADIA FRANCISCO JAVIER, GROS ASPIROZ SARA, COLLADO HERNANDEZ PILAR, JIMENEZ SALAS BERTA, DEL CAMPO DEL CAMPO FERNANDO, LANAU ARILLA PILAR, GUILLEN ANTON JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las Unidades de Cirugía Ambulatoria ó Cirugía Sin Ingreso, son aquellas intervenciones quirúrgicas que, independientemente del tipo de anestesia empleada, permiten dar de alta al paciente el mismo día de la operación. Ofreciendo siempre la misma seguridad y calidad en la asistencia que la cirugía tradicional con ingreso hospitalario.

En el caso de los niños, estos programas suponen una enorme ventaja, ya que el niño puede regresar a dormir a su domicilio, evitando varios días de estancia hospitalaria y facilitando su recuperación al encontrarse en un entorno familiar y conocido, lo que le tranquiliza y reconforta.

Tras la instauración del programa de cirugía infantil ambulatoria en nuestra especialidad desde hace dos años y tras la experiencia de 25 intervenciones quirúrgicas en 8 sesiones, se plantea la necesidad de mejora en el postoperatorio inmediato como es la realización de un protocolo de analgesia, en coordinación con el Servicio de Anestesia y Reanimación y el Servicio de Pediatría.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los pacientes que ingresan y se intervienen en Cirugía Ambulatoria de este Hospital son adultos, y tanto los niños como los adultos ingresan en la misma unidad, con la misma enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende regularizar la analgesia en función del peso del paciente, dentro del postoperatorio de la cirugía infantil, para así facilitar el manejo de enfermería.

MÉTODO

La coordinadora del proyecto (DRA SERAL) unificará criterios, en colaboración con la jefa del Servicio de Anestesia y Reanimación (DRA. GUILLEN) y la pediatra de la planta de Escolares (DRA: COLLADO), para elaborar un protocolo de analgesia que servirá y ayudará al manejo de este tipo de pacientes.

INDICADORES

La evaluación se realizará mediante una revisión retrospectiva de la base de datos Statview elaborada desde la misma unidad de cirugía ambulatoria, en la que se recogen los criterios clínicos al alta, así como una encuesta de satisfacción que realiza enfermería por teléfono a las 24 horas.

1. NUMERO DE PACIENTES ADOLESCENTES OPERADOS EN CMA SATISFECHOS CON EL PROGRAMA : NUMERO DE PACIENTES ADOLESCENTES OPERADOS EN CMA EN UN AÑO. para monitorizar el índice de satisfacción.
2. NUMERO DE PACIENTES ADOLESCENTES OPERADOS EN CMA CON CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO: NUMERO DE PACIENTES ADOLESCENTES OPERADOS EN CMA EN UN AÑO. para medir el grado de cumplimiento del protocolo.

DURACIÓN

La tendencia va a ser a aumentar las sesiones de cirugía ambulatoria, dada la ventaja que ofrecen para el niño y su familia. Por tanto se realizará un protocolo que salvo actualizaciones, mantendremos de manera indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0237

1. TÍTULO

HOJA INFORMATIVA POSTOPERATORIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA DE LA SECCION DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER NICOLAU ABADIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SERAL GARCIA BELEN
BARTOLOME BURILLO ANTONIO
GROS ASPIROZ SARA
JIMENEZ SALAS BERTA
PAUMARD OLIVAN DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado una hoja informativa dirigida al paciente pediátrico y su familia, donde se incluyen las instrucciones a seguir en el domicilio después de una intervención quirúrgica dentro del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) infantil. La hoja tiene un formato comic en A5, lo que le permite transformarse en un díptico tamaño bolsillo que se puede adjuntar cómodamente al sobre del informe de alta. En el diseño hemos contado con la ayuda, totalmente desinteresada, del estudio gráfico Factor de comunicación, quien realizó las ilustraciones y el maquetado del documento. Mediante estas ilustraciones de colores vivos y dibujos atractivos para el niño, se pretende que éste pueda sentirse identificado con los personajes, y así hacerle fácilmente entendibles las recomendaciones al alta. Se trata, además, de que el niño participe en el proceso del postoperatorio y le ayude a entender la experiencia, ya de por sí estresante o potencialmente traumática para él. Hemos querido condensar en cuatro viñetas todo lo relativo al género de vida que debe seguir el niño desde la salida del hospital, la importancia de tomar la medicación indicada (sobre todo los analgésicos), las posibles complicaciones que pueden surgir y que suponen un motivo justificado para acudir al Servicio de Urgencias y la información necesaria para contactar con el hospital vía telefónica en caso de duda. Una vez realizado nos pusimos en contacto con la sección de Comunicación del Hospital y la Unidad de Calidad para ajustar el documento a la normativa correspondiente. Tras ser aprobado por la Comisión de Dirección se envió a Impresión encontrándose listo para su difusión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que el proceso de elaboración del díptico ha durado más de lo pensado todavía no ha podido utilizarse y por lo tanto no ha comenzado el proceso de evaluación. Está previsto difundirlo en breves en cuanto pueda programarse la próxima sesión de CMA infantil de cirugía ortopédica. La evaluación consistirá en una encuesta telefónica a las 24 horas de la intervención, para poder recoger las impresiones causadas por el díptico así como los posibles aspectos a mejorar. Tenemos confianza en conseguir una clara mejoría en la información aportada al paciente tras una intervención de cirugía ortopédica infantil en CMA. Pensamos que la valoración por parte del niño y su familia va a ser positiva y va a cumplir con los objetivos propuestos en cuanto a satisfacción del usuario, disminución de los riesgos derivados de la atención (como por ejemplo el adecuado cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas) y mejora de la utilización de recursos, disminuyendo el número de visitas evitables a Urgencias o posibles reingresos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración de un documento de estas características supone un lento y trabajado proceso que implica colaboración de múltiples profesionales. Creemos que esta idea es perfectamente aplicable a nuevos proyectos de mejora pensando en los niños como población diana y en colaboración con otros Servicios del hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/237 ===== ***

Nº de registro: 0237

Título
HOJA INFORMATIVA POSTOPERATORIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA DE LA SECCION DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL

Autores:
NICOLAU ABADIA FRANCISCO JAVIER, SERAL GARCIA BELEN, BARTOLOME BURILLO ANTONIO, GROS ASPIROZ SARA, EZQUERRA HERRANDO LAURA, JIMENEZ SALAS BERTA, PAUMARD OLIVAN DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0237

1. TÍTULO

HOJA INFORMATIVA POSTOPERATORIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA DE LA SECCION DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Postoperatorio de cirugía ortopédica infantil
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestro Servicio de Traumatología hemos observado un incremento sustancial en el número de intervenciones quirúrgicas realizadas bajo el programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en la población infantil. Creemos que este incremento irá a más, dados los beneficios que dicho programa aporta al paciente y su familia. Entre los procesos quirúrgicos realizados se encuentran retiradas de material de osteosíntesis, exéresis de tumores, tratamiento del genu valgo, tratamiento de patología del pie como el hallux valgus interfalángico, el pie plano valgo, los dedos en garra y secuelas del pie zambo. Si el paciente cumple criterios de alta se le entrega un informe donde se hace constar las recomendaciones terapéuticas tales como el género de vida y la medicación, así como la cita para revisión en consultas. Consideramos que dadas las características de estos pacientes se puede mejorar dicha información al alta

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende un mejor entendimiento y cumplimiento de las indicaciones terapéuticas al alta de los niños operados en la unidad de CMA de nuestro Servicio, con la consiguiente mejora en el nivel de satisfacción

MÉTODO
Se elaborará una hoja informativa para el paciente y sus padres donde se incluirán las instrucciones a seguir en su domicilio después de la intervención. Dichas instrucciones se referirán sobre todo al género de vida y al tratamiento médico analgésico (según protocolo de analgesia en colaboración con los Servicios de Anestesiología y Pediatría). La hoja tendrá un formato comic para que el niño pueda leerlo a modo de cuento y facilitar así la comprensión de las instrucciones a seguir. En su elaboración participarán todos los médicos del equipo, quienes resumirán las órdenes de tratamiento que serán plasmadas en un comic diseñado por un ilustrador

INDICADORES
La evaluación se realizará mediante una encuesta telefónica que se realizará por teléfono a las 24 horas del alta, donde se recogerá información relativa al nivel de satisfacción del usuario y el grado de cumplimiento del tratamiento

DURACIÓN
La hoja se entregará a los pacientes operados partir de Enero de 2017 y según los resultados de la encuesta de satisfacción se podrá modificar en caso de que algún aspecto no resulte claro. Si cumple con su función se mantendrá de manera definitiva

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0239

1. TÍTULO

LA ADMINISTRACION DE VITAMINA K PREOPERATORIA COMO ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE Y DISMINUCION DE DEMORA QUIRURGICA EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA Y CONSUMIDORES DE DICUMARINICOS

Fecha de entrada: 12/12/2017

2. RESPONSABLE NIEVES BLANCO RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURILLO FUERTES PILAR
REDONDO TRASOBARES BEATRIZ
CALVO TAPIES JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha procedido a la administración de una ampolla de vitamina K en pacientes ancianos con fractura de cadera que toman dicumarínicos y que presentan una coagulación alterada al ingreso. Esta administración se realizará de forma preoperatoria el día de ingreso, solicitando analíticas posteriores para observar la regulación de parámetros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con esta medida se ha conseguido una regulación de su coagulación de una forma más rápida, esto implica una menor demora quirúrgica y una menor necesidad de transfusión, en comparación con pacientes con la misma patología donde no se administra dicha terapia el día del ingreso. Por lo tanto con esta medida se ha obtenido una mayor eficacia y efectividad en el tratamiento de estos pacientes ya que la disminución de la demora quirúrgica y una menor necesidad de transfusión suponen una menor morbilidad postoperatoria y una menor estancia hospitalaria. Los indicadores empleados son la necesidad o no de transfusión, el número de concentrados de hematíes necesarios, los días de demora quirúrgica y los días de hospitalización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos de una forma positiva este proyecto ya que se han logrado los objetivos pertinentes de una forma efectiva y eficiente. Por este motivo el proyecto se instaurará en los siguientes años consecutivos formando parte de una guía clínica en fractura de cadera.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/239 ===== ***

Nº de registro: 0239

Título
LA ADMINISTRACION DE VITAMINA K PREOPERATORIA COMO ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE Y DISMINUCION DE DEMORA QUIRURGICA EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA Y CONSUMIDORES DE DICUMARINICOS

Autores:
BLANCO RUBIO NIEVES, BURILLO FUERTES PILAR, GOMEZ VALLEJO JESUS, REDONDO TRASOBARES BEATRIZ, CALVO TAPIES JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes que ingresan con fractura de cadera en nuestro Servicio son pacientes pluripatológicos y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0239

1. TÍTULO

LA ADMINISTRACION DE VITAMINA K PREOPERATORIA COMO ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE Y DISMINUCION DE DEMORA QUIRURGICA EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA Y CONSUMIDORES DE DICUMARINICOS

polimedicados. Un porcentaje elevado de estos pacientes toman fármacos anticoagulantes como los dicumarínicos. Está demostrado que los pacientes consumidores de tratamientos anticoagulantes presentan volúmenes superiores de hemorragias y necesidades transfusionales más elevadas. A todo esto se le añade que son pacientes que presentan anemia crónica al ingreso, y que ésta se agrava por la pérdida hemática que se produce y por la necesaria intervención quirúrgica. Por estas razones, la mitad de estos pacientes con fractura de cadera que ingresan en nuestro Servicio precisan de transfusión de sangre, siendo la transfusión un proceso no exento de riesgos. La fractura de cadera y los dicumarínicos es una asociación cada vez más frecuente en nuestros pacientes con fractura de cadera. Esto condiciona un manejo perioperatorio diferente por los teóricos riesgos asociados al sangrado quirúrgico y por demoras quirúrgicas más elevadas debido a problemas de coagulación que precisan de más días prequirúrgicos para estabilizarla. Esta mayor necesidad de transfusión y de demora quirúrgica implica un riesgo elevado para estos pacientes ancianos suponiendo un mayor número de complicaciones, una mayor estancia hospitalaria y un aumento en su mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS

La administración de una ampolla de Vitamina K al ingreso en pacientes ancianos con fractura de cadera que toman dicumarínicos permitirá mejorar su coagulación, lo que supondrá una disminución de su demora quirúrgica y una menor necesidad de transfusión. Con todo ello se minimizará el número de complicaciones postoperatorias, la estancia hospitalaria, y con ello la mortalidad de estos pacientes.

MÉTODO

Se plantea la realización de un protocolo de tratamiento consistente en la administración de una ampolla de vitamina K a los pacientes que ingresan desde urgencias con fractura de cadera, que además son tomadores de dicumarínicos y que presentan coagulaciones alteradas.

INDICADORES

Todos los pacientes incluidos en dicho protocolo serán evaluados inicialmente con una analítica observando su coagulación y su estado de anemia. Tras la administración del tratamiento se recogerán los siguientes indicadores en el momento del alta hospitalaria:
Hemoglobina al ingreso, hemoglobina en el momento de la intervención quirúrgica, hemoglobina al alta, necesidad de transfusión, número de concentrados transfundidos, demora quirúrgica, aparición de complicaciones y estancia hospitalaria.

DURACIÓN

Se pretende valorar los pacientes incluidos en este protocolo a lo largo de 12 meses y plantear una comparación con los resultados de los pacientes atendidos en nuestro hospital durante un periodo similar de tiempo donde no se administra dicha terapéutica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0568

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL CENTRO SANITARIO DE ALTA RESOLUCION DE LAS CINCO VILLAS

Fecha de entrada: 27/03/2018

2. RESPONSABLE CARLA JERUSALEN GARGALLO PUYUELO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MILLASTRE BOCOS JUDITH
ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER
DOMPER ARNAL MARIA JOSE
SOSTRES HOMEDES CARLOS
MUÑOZ IRIARTE PATRICIA
DOMINGO PEREDA SILVIA
LANAS ARBELOA ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se ha difundido entre los diversos médicos solicitantes de exploraciones endoscópicas dos folletos explicativos con las directrices a seguir por el paciente para realizar una adecuada preparación previa a la colonoscopia. Se han utilizado los 2 nuevos folletos usados en la Unidad de Endoscopias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa que han sido recientemente modificados y que tras evaluarlos consideramos que eran totalmente adecuados. Dichos nuevos folletos tienen 2 objetivos y cambios fundamentales respecto a los previos:

a) Adaptar al máximo el horario de tomas de la preparación laxante utilizada al horario en que se realiza la colonoscopia. Esto conlleva que los pacientes que se realizan las pruebas a partir de las 11:30 realizaran una preparación denominada "partida o split" para que el tiempo transcurrido entre la última toma de la preparación y la realización de la colonoscopia sea siempre inferior a 6 horas y superior a 2 horas.
b) Utilizar la preparación más adecuada en función de las características del paciente. Así, se ha instaurado el posible uso de Moviprep® cuando esté indicado (por ejemplo: pacientes con insuficiencia renal, embarazo, edad avanzada...). Previamente a este proyecto en la Consulta de Digestivo del CASAR únicamente se recomendaba Citrafleet® que no está indicado en pacientes con ciertas comorbilidades o características.

2. Por parte del personal de Enfermería asignado a la Unidad de Endoscopias del Centro de Alta Resolución de las Cinco Villas, se ha realizado una revisión de la Historia Clínica de todos los pacientes citados para realización de endoscopias en la semana previa a dicha exploración. El objetivo de dicha revisión era detectar aquellos pacientes con alto riesgo anestésico y que por tanto precisarían sedación controlada por Anestesiista y que dicho dato no hubiera sido indicado por el médico solicitante de la exploración. En caso de encontrar a un paciente con alto riesgo anestésico según la clasificación ASA, dicho personal de enfermería informaba al médico endoscopista para confirmación y remisión en caso necesario al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para realización de colonoscopia con sedación por Anestesiista. De esta forma, dicho paciente no se sometía a una preparación innecesaria y además se podía citar a otro paciente de la lista de espera en su lugar.

3. Todos los días en los que se ha realizado Endoscopias en el CASAR (generalmente 1 vez a la semana, en ocasiones 2 veces por semana) el endoscopista desplazado a dicho centro ha realizado evaluación de todos los volantes de petición de endoscopias con las siguientes actuaciones.

a) Denegación de aquellas peticiones de endoscopias no adecuadas.
b) Realización de un informe escrito con el motivo de la denegación de la endoscopia que ha sido remitido al paciente y al médico solicitante.
c) En el caso de que la denegación fuera debida a un incorrecto periodo de seguimiento de esófago de Barrett, cribado de cáncer colorrectal familiar o postpolipectomía, en el informe con el motivo de denegación se indican los periodos de seguimiento correctos y la fecha en que se debía solicitar la siguiente exploración. En el caso de no tener suficiente información en la historia clínica o en el volante de petición para realizar una recomendación adecuada, se llamaba al paciente para completar dicha información y explicarle su situación. Todas las recomendaciones han sido basadas en las Guías Clínicas más recientes de la Sociedad Europea de Endoscopia Digestiva (ESGE).
d) Realización por parte de los endoscopistas de todos los partes de endoscopias para adecuar de forma correcta los tiempos de espera. Evitando que las pruebas endoscópicas con carácter preferente superaran un tiempo de espera de 4 semanas.

4. Modificación de la infraestructura utilizada para la realización de las Endoscopias Digestivas en el CASAR. Previamente se realizaban las pruebas en una consulta con baño en la que se había instaurado una lavadora para la limpieza de los endoscopios utilizados. Tras realizar la endoscopia, se trasladaba al paciente a otra consulta, todavía bajo los efectos de la sedación, para que pudiera despertarse en una camilla acompañado por su familiar correspondiente. Esto conllevaba:

- Mala vigilancia del paciente en el periodo post-sedación.
- Lugar de trabajo inadecuado, con alto nivel de contaminación auditiva y excesivo calor, secundario al uso de lavadora e instrumentos de limpieza de los endoscopios.
- Monitorización del paciente durante la sedación con pulsioxímetro inadecuada.

Tras el proyecto se ha trasladado la Unidad de Endoscopias Digestiva a los Quirófanos del CASAR, que no estaban siendo utilizados. Esto conlleva:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0568

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL CENTRO SANITARIO DE ALTA RESOLUCION DE LAS CINCO VILLAS

- Vigilancia del paciente postsedación por personal adecuado (un/a enfermero/a)
- Lugar de trabajo adecuado: quirófono.
- Monitorización del paciente durante la sedación adecuado, con la infraestructura disponible para la sedación o anestesia utilizada en intervenciones quirúrgicas. Conlleva monitorización de saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca y tensión arterial, como se recomienda en la Guía de Sedación por no anestesiadas de la Sociedad Europea de Endoscopia Digestiva.

5. El día de la endoscopia, y en función de los resultados de la misma y la terapéutica realizada, se ha dado al paciente por parte del endoscopista las recomendaciones pertinentes en cuanto al momento que deben reintroducir los fármacos antiagregantes y/o antiacoagulantes que llevara como tratamiento habitual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Mejora en la limpieza colónica de los pacientes que se han realizado colonoscopia en la Unidad de Endoscopias del CASAR. El porcentaje de repetición/acortamiento de periodo de realización de endoscopias por mala o regular preparación ha sido inferior al 5%. Se ha utilizado la escala de Boston para evaluar la limpieza colónica, considerando preparación mala o regular si la puntuación era inferior a 6.
2. Se ha reducido de forma considerable el tiempo de espera de las endoscopias preferentes. Siendo el tiempo de espera para la realización de endoscopias catalogadas como preferentes por el endoscopista que ha revisado los volantes de petición inferior a 4 semanas en > 95% de los casos.
3. El número de pacientes que han acudido a la realización de una endoscopia en la Unidad de Endoscopias del CASAR y que no han podido realizarse la exploración (gastroscoopia o colonoscopia) por un alto riesgo anestésico para la sedación realizada por endoscopista por no estar indicado en el volante de petición o por no haber sido detectado tras la revisión de la Historia clínica por el personal de enfermería ha sido del 0% en el periodo evaluado (Enero 2016- Diciembre 2017).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Una buena difusión de los folletos sobre preparación para colonoscopia entre los médicos solicitantes es importante para mejorar la calidad de la limpieza colónica. Creemos que para lograr una mejoría mayor sería interesante poder dar charlas informativas a los Médicos de Atención Primaria de la zona, insistiendo en la importancia de una buena preparación para una endoscopia de calidad y para reducir los costes económicos que conlleva la repetición de exploraciones.
2. La evaluación de los volantes de petición de endoscopia por un médico especialista en Aparato Digestivo es eficaz para reducir o minimizar la realización de exploraciones no indicadas. Ello conlleva: a) una disminución de riesgos para el paciente, que no se somete a una prueba invasiva no indicada, b) reducción de costes, al disminuir el número de exploraciones endoscópicas realizadas, c) disminución de los tiempos de espera, pudiendo realizar de forma más precoz las pruebas indicadas.
3. La realización de informes de denegación adjuntando recomendaciones sobre los periodos de seguimiento adecuados, además de las ventajas enumeradas en el punto anterior, tiene un valor formativo para los médicos peticionarios que cada vez adecuan mejor la petición de pruebas a la evidencia clínica disponible.
4. La evaluación del riesgo anestésico de los pacientes de una forma no presencial (revisión de historia clínica) y previo al día de la prueba endoscópica permite que todos los pacientes que realizan la preparación con laxantes para la colonoscopia puedan realizarse la exploración. De esta forma se evita la duplicación de citaciones y los riesgos que conlleva la toma de preparación de forma innecesaria.
5. Como aspecto pendiente queda la difusión de un protocolo para el manejo de antiacoagulantes y antiagregantes pre-prueba. Por otra parte, no se ha evaluado si el hecho de dar las recomendaciones sobre cuando reintroducir los fármacos antiagregantes y/o anticoagulantes por el endoscopista el día de la prueba ha modificado el riesgo hemorrágico o tromboembólico post-prueba de los pacientes, aunque no era uno de los objetivos de nuestro proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/568 ===== ***

Nº de registro: 0568

Título
OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL CENTRO SANITARIO DE ALTA RESOLUCION DE LAS CINCO VILLAS

Autores:
GARGALLO PUYUELO CARLA JERUSALEN, MILLASTRE BOCOS JUDITH, ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER, DOMPER ARNAL MARIA JOSE, SOSTRES HOMEDES CARLOS, MUÑOZ IRIARTE PATRICIA, DOMINGO PEREDA SILVIA, LANAS ARBELOA ANGEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0568

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL CENTRO SANITARIO DE ALTA RESOLUCION DE LAS CINCO VILLAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Las endoscopias digestivas solicitadas en el CASAR de Cinco Villas y en sus centros de salud correspondientes se realizan en un único día semanal por un endoscopista que se desplaza desde el HCU Lozano Blesa. Esta circunstancia limita la oferta de "endoscopias realizables" semanalmente y dificulta la capacidad de control sobre la lista de espera derivada de una demanda superior a dicha oferta. Esto hace relativamente frecuente la necesidad de remitir exploraciones al HCU Lozano Blesa lo que conlleva; por una parte, que el paciente deba desplazarse a un Centro hospitalario lejano a su domicilio y por otra, una sobrecarga de trabajo en la Unidad de Endoscopia del HCU Lozano Blesa. Por ello, creemos que es imprescindible la optimización del rendimiento de la Unidad de Endoscopias del CASAR Cinco Villas promoviendo una correcta indicación de las exploraciones solicitadas, así como una adecuada preparación (limpieza cólica y manejo de antiagregación /anticoagulación) de los pacientes, que minimice la repetición de pruebas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Minimizar el número de exploraciones solicitadas con "indicación incorrecta" por el médico de atención primaria o los especialistas correspondientes.
2. Mejorar la preparación de los pacientes mediante una adecuada información sobre las pautas a seguir para alcanzar una correcta limpieza cólica previa a la exploración.
3. Evitar la repetición de exploraciones terapéuticas por un inadecuado manejo de la antiagregación y/o anticoagulación prescrita a los pacientes, mediante información adecuada a los facultativos solicitantes.
4. Valoración adecuada por el facultativo solicitante del riesgo anestésico de los pacientes que van a ser sometidos a una exploración endoscópica para la identificación de los pacientes de alto riesgo que deberán ser remitidos de forma directa al Centro Sanitario de tercer nivel de referencia (HCU Lozano Blesa).
5. Valoración adecuada por el facultativo solicitante de la necesidad de terapéutica endoscópica avanzada que precisará remisión directa al Centro Sanitario de tercer nivel de referencia (HCU Lozano Blesa).
6. Adecuar las solicitudes de seguimiento de pólipos a los intervalos de tiempo definidos por las Guías de práctica clínica vigentes.
7. Adecuar las solicitudes de endoscopia de control en los pacientes de alto riesgo de cáncer colorrectal a los protocolos establecidos.

MÉTODO

1. Elaboración y difusión de un folleto explicativo con las directrices a seguir por el paciente para una adecuada preparación previa a la exploración.
2. Elaboración y difusión de un protocolo para el correcto manejo de la medicación antiagregante y anticoagulante previo a la exploración por parte del facultativo solicitante.
3. Elaboración y difusión de un protocolo para la correcta derivación directa de pacientes al HCU Lozano Blesa, cuando exista un elevado riesgo anestésico o sea necesaria la realización de endoscopia terapéutica avanzada.
4. Revisión y cribado de todas las solicitudes de endoscopia digestiva y desestimación de aquellas no indicadas.
5. Realización de informe de denegación de la endoscopia que será remitido a médico solicitante y al paciente.
6. En el caso de que el motivo de denegación sea una incorrecta adecuación a los periodos de seguimiento establecidos se realizará un informe con las pautas a seguir. Dicho informe se remitirá al facultativo solicitante y al paciente.

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes a los que se les realiza gastroscopia y/o colonoscopia preferente en > 4 semanas.
2. Porcentaje de pacientes a los que se les realiza gastroscopia y/o colonoscopia normal en > 6 semanas.
3. Porcentaje de exploraciones que precisan repetirse por:
 - Mala preparación
 - Manejo incorrecto de antiagregación/anticoagulación
 - Paciente de alto riesgo que debe remitirse al Centro de referencia

DURACIÓN

1. Elaboración de protocolos (Noviembre 2016-Enero 2017)
2. Difusión protocolos (Enero 2017- Marzo 2017)
3. Cribado de solicitudes (Noviembre 2016- Indefinido)
4. Registro de exploraciones duplicadas/mal remitidas a Ejea (Noviembre 2016-Noviembre 2017)

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0568

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL CENTRO SANITARIO DE ALTA RESOLUCION DE LAS CINCO VILLAS

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0783

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA PANCREATICA EN EL SECTOR III, HOSPITAL CLINICO LOZANO Blesa, ZARAGOZA

Fecha de entrada: 16/05/2018

2. RESPONSABLE JUDITH MILLASTRE BOCOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GIL AGUSTIN
BORREGO ESTELLA VICENTE
GARCIA RAYADO GUILLERMO
ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER
SOSTRES HOMEDES CARLOS
BENGOECHEA MARTINEZ LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Constitución del grupo multidisciplinar. PRIMERA REUNIÓN 08/06/2017
2. Elaboración de un Procedimiento Normalizado de Trabajo para la revisión de los casos clínicos y decisión diagnóstico-terapéutica
3. Creación de una Consulta Específica dedicada a la Pancreatología en el seno del Servicio de Digestivo.
4. Registro de los casos presentados y la decisión del Comité en una tabla Excel específica elaborada a tal efecto
5. Creación de una plantilla en HP-Doctor para la introducción de la información clínica de cada paciente sometido a evaluación (en fase de desarrollo)
6. Elaboración de un informe específico de la decisión diagnóstico-terapéutica del Comité que quede registrada en el archivo informático del hospital
7. Registro informatizado de la asistencia a la reunión semanal

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los 4 primeros objetivos descritos y el objetivo 7 han sido conseguidos a lo largo de este primer año de existencia del comité

Los objetivos 5 y 6 se encuentran pendientes de resolución por parte del equipo de Informática del centro.

Se han elaborado una serie de indicadores:

- INDICADORES DE PROCESO

Nº de sesiones realizadas. Objetivo: 1 reunión semanal

Nº de sesiones a las que asiste al menos un miembro de cada equipo participante.

Nº de informes registrados en HP-Doctor

- INDICADORES DE RESULTADO

Nº de pacientes con patología pancreática grave evaluados en el comité.

Nº de pacientes con Cáncer de páncreas evaluados en el comité. Objetivo > 90%

Nº de pacientes con lesión quística pancreática evaluados en el comité,

% de pacientes con estadificación completa a la presentación en el comité

Cáncer de páncreas: tiempo de demora entre la decisión terapéutica y el inicio del tratamiento. Objetivo: 15 días máx

Se propone una evaluación de los indicadores a fecha 30 de Junio y 31 de Diciembre del año 2018, con la elaboración de un informe anual de la actividad del comité.

Tras la evaluación se analizarán de nuevo los indicadores y se efectuará propuesta de mejora del proceso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

PROBLEMAS DETECTADOS

- Ausencia de Secretaría para la elaboración de informes y registro de asistencia oficial.

- Necesidad de incorporación de nuevos Servicios: Anestesia, Nutrición, Radiología Intervencionista, Oncología radioterápica

- Asistencia irregular de miembros de servicios imprescindibles como Radiología

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/783 ===== ***

Nº de registro: 0783

Título

CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR PARA EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES PANCREATICOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0783

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA PANCREATICA EN EL SECTOR III, HOSPITAL CLINICO LOZANO Blesa, ZARAGOZA

Autores:

MILLASTRE BOCOS JUDITH, GARCIA RAYADO GUILLERMO, SOSTRES HOMEDES CARLOS, LANAS ARBELOA ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Enero de 2016 se crea en el Servicio de Digestivo del HCU la primera consulta monográfica de patología pancreática, y en sus 10 primeros meses de desarrollo llama la atención del escaso volumen de pacientes remitidos con tumores pancreáticos (AdenoCa, Neuroendocrinos o Lesiones Quísticas).

Existe amplia evidencia bibliográfica que avala el beneficio del seguimiento de estos pacientes por un gastroenterólogo, para el manejo adecuado de la IPE (Insuficiencia Pancreática Exocrina), así como para el seguimiento de lesiones sin indicación quirúrgica al diagnóstico, pero con potencial de malignización en su evolución natural. Del mismo modo, en la atención de estos pacientes con patología pancreática, y muy especialmente con patología oncológica, la toma de decisiones por un equipo multidisciplinar debe ser la norma. Sin embargo, en la actualidad, muchos de estos pacientes son remitidos a las CCEE de Cirugía/Oncología e incluso derivados a Atención primaria, sin existir directrices uniformes dada la falta de protocolos adaptados a nuestro centro.

La Ausencia de un Comité de Tumores específico/Unidad Multidisciplinar, impide la toma de decisiones consensuadas entre los distintos especialistas implicados en la atención de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer criterios uniformes para la atención de estos pacientes mediante la elaboración de protocolos
- Traslación a la práctica clínica de los avances científicos de la forma mas rápida y eficiente posible.
- Evaluación continua de los resultados mediante el establecimiento de los indicadores adecuados.
- Establecer criterios para screening de pacientes de alto riesgo
- Mejorar el diagnóstico de IPE, así como el tratamiento paliativo y nutricional de estos pacientes.
- Creación de un entorno multidisciplinar que facilite la mejora y genere oportunidades para la investigación, como:
 - Integración en los grupos de trabajo internacionales, como el Club Pancreático Europeo.
 - Participar en ensayos multicéntricos relacionados con esta patología, como nuevas líneas de quimioterapia dirigidas frente a los constituyentes del estroma tumoral.
 - Mejorar las técnicas diagnósticas y terapéuticas endoscópicas e incorporar técnicas de tratamiento endoscópico de proximidad.
 - Creación de un biobanco de sueros y muestras patológicas para estudios posteriores.
 - Desarrollar líneas propias de investigación como las que se está llevando a cabo por el S. de Digestivo o de nuevos biomarcadores para la discriminación de los tumores quísticos de Páncreas.
 - Obtener fondos para investigación de organismos oficiales o privados

MÉTODO

- Creación de Unidad Multidisciplinar que integre a los distintos especialistas implicados en el manejo de los tumores pancreáticos: Gastroenterólogos, Cirujanos, Radiólogos, Anatomopatólogos, Oncólogos Médicos y Radioterápicos.
- Uniformización de los criterios en el manejo de estos pacientes mediante la Elaboración de Protocolos Clínicos específicos en colaboración con otros centros de nivel terciario de nuestra comunidad.
- Establecimiento de indicadores de calidad que permitan monitorizar los resultados con frecuencia anual/bianual.

INDICADORES

- Porcentaje de AdenoCa Pancreáticos diagnosticados, evaluados en Comité de Tumores específico:
 - o Registro sistemático de hallazgos radiológicos y ultrasonográficos preoperatorios según la plantilla recomendada por la Guía de Cáncer de Páncreas de la NCCN, versión 1-2016.
 - o Registro sistemático de su concordancia con los hallazgos en pieza operatoria en caso que se indique intervención quirúrgica.
- o Evaluación de resecabilidad. Pre y Post tratamiento neoadyuvante en Cáncer de Páncreas.
- Porcentaje de Lesiones Quísticas pancreáticas diagnosticadas, evaluadas en Comité de Tumores:
 - o Eventos sospechosos de malignización.
 - o Correlación del diagnóstico de sospecha prequirúrgico y el análisis de la pieza operatoria
 - o Seguimiento postquirúrgico.
 - Porcentaje de casos en los que se estudia el desarrollo de IPE, como consecuencia de la propia enfermedad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0783

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA PANCREATICA EN EL SECTOR III, HOSPITAL CLINICO LOZANO Blesa, ZARAGOZA

o bien de la resección quirúrgica.
o Monitorización de la respuesta al tratamiento y repercusión en la supervivencia y calidad de vida.

DURACIÓN

1. Noviembre-diciembre 2016: Creación del Equipo Multidisciplinar y designación de facultativo responsable en cada especialidad.
2. Enero-Junio 2016: Decisión de los protocolos a elaborar y cronograma de su desarrollo: AdenoCa pancreático, Lesiones Quísticas, Neuroendocrinos. Contacto y líneas de colaboración con la Unidad de Pancreatología de Hospital Universitario Miguel Servet.
3. Enero-Junio 2016: Creación de un Registro informático de casos y seguimiento. Diseño de los Indicadores de Calidad.
4. Junio 2016- Junio 2017. Elaboración de protocolos y aprobación por Comité de Calidad Asistencial y Tecnología.
5. Junio- Diciembre 2017. Publicación protocolos en Intranet del Salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0783

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA PANCREATICA EN EL SECTOR III, HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA, ZARAGOZA)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE JUDITH MILLASTRE BOCOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA RAYADO GUILLERMO
ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER
SOSTRES HOMEDES CARLOS
GONZALES SEJAS ARIEL GONZALO
BENGOECHEA MARTINEZ LOURDES
GARCIA GIL AGUSTIN
BORREGO ESTELLA VICENTE
TORRES RAMON IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Grupo Multidisciplinar Establecido.

2. Procedimiento Normalizado de Trabajo para la revisión de los casos clínicos y decisión diagnóstico-terapéutica: Reunión semanal con un primer tiempo en el que se presentan casos nuevos, y un segundo tiempo de revisión de casos "pendientes", resultados AP, seguimiento...

3. Consulta Específica establecida para el manejo de la Patología Pancreática en el seno del Servicio de Digestivo. Actualmente abierta media consulta semanal (media 10 pac/sem).

4. Registro de los casos presentados y la decisión del Comité en una tabla excel específica elaborada a tal efecto (a desaparecer una vez resuelto el registro en Intranet)

5. Incorporación del Comité de Patología Pancreática en Intranet para registrar la información clínica de cada paciente que se somete a evaluación (a finalizar por Sº Informática)

6. Elaboración de un Informe Específico de la decisión diagnóstico-terapéutica del Comité para su registro en el archivo informático del hospital (a finalizar por Sº Informática)

7. Registro informatizado de la asistencia a la reunión semanal.

8. Elaboración de los Indicadores de Proceso y Resultado (más adelante):

- INDICADORES DE PROCESO:
 - a) Nº sesiones multidisciplinarias realizadas (Obj: 1 reunión semanal, >90% semanas): 77/82 (93%) Todas las semanas excluyendo puentes y festivos.
 - b) Nº sesiones con, al menos, un miembro por Servicio participante (Obj: >90%): 73/77 (95%) (excluyendo al Sº de Radiología que no suele acudir)
 - c) Nº informes registrados en Intranet (Obj: 100%): 0 (en proceso por parte del Sº de Informática)
 - d) Nº informes registrados en tabla excel (Obj: 100%): 154 pacientes registrados, 100% casos presentados

9. Calendario de evaluación de indicadores:

- Se realiza una primera evaluación de los indicadores desde el comienzo del comité (Junio 2017) hasta finales del año 2018 (31 Diciembre).
 - A partir de 2019 la evaluación se realizará con cadencia anual.
- Tras la evaluación: Análisis de indicadores y propuestas de mejora del proceso.

10. Creación de una BASE DE DATOS ESPECÍFICA DE LESIONES QUÍSTICAS PANCREÁTICAS. Pendiente de desarrollar

11. Informe anual de la actividad del Comité. REALIZADO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES DE RESULTADO:

- a) Nº pacientes con patología pancreática grave (no neoplásica) evaluados (Nº absoluto): 13/154 (8%)
- b) Nº pacientes con Neoplasia Pancreática evaluados (Adenocarcinoma y Tumor neuroendocrino) (Nº absoluto) ADC 71/154 (46%)
12 TNE/154 (8%)
- c) Nº pacientes con Lesión Quística Pancreática evaluados (Nº absoluto) 15/154 (10%)
- d) Patología biliar neoplásica (incluye ampuloma) (Nº absoluto) 31/154 (20%)
- e) Patología biliar no neoplásica (Nº absoluto): 4/154 (2,5%)
- f) Otros (Nº absoluto): 8/154 (5%)
- g) Cáncer de Páncreas: Demora entre decisión terapéutica - inicio tratamiento (Quirúrgico, Oncológico)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0783

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA PANCREATICA EN EL SECTOR III, HOSPITAL CLINICO LOZANO Blesa, ZARAGOZA)

(Objetivo: 15 días)
Demora Quirúrgica: 7-10 días
Demora Oncológica: 7-10 días (primera consulta)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El comité de Patología Pancreática se ha convertido en una herramienta hospitalaria imprescindible para el manejo de la misma. Permite la comunicación directa de los especialistas implicados, con cadencia semanal, la evaluación detallada de cada paciente, y la decisión multidisciplinar de las maniobras diagnóstico-terapéuticas indicadas. En el mismo se han evaluado pacientes del HCU y de otros centros de nuestra misma área como el Hospital Ernest Lluch. Los objetivos imprescindibles han sido conseguidos, tal y como queda reflejado en los Indicadores descritos previamente. Así mismo hemos encontrado dificultades (la mayoría no únicamente dependientes del buen hacer del comité), que enumeramos a continuación, y sobre las que seguiremos trabajando en el próximo año.

1. El Sº de Informática no ha incorporado nuestro comité a la Intranet del sector hospitalaria, por lo que no se han podido realizar informes oficiales de la decisión diagnóstico-terapéutica. Este nos parece uno de los mayores problemas, por la importancia no sólo asistencial, sino también legal de la ausencia de estos informes.
2. Ausencia de Secretaría (elaboración de informes, registro de asistencia...)
3. Necesidad de incorporar Servicios como ANESTESIA, NUTRICIÓN, RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.
4. Falta de asistencia de miembros de servicios imprescindibles como RADIOLOGÍA
5. Necesidad de Protocolos de manejo de las distintas patologías pancreáticas adaptados a nuestro centro, para uniformizar su manejo.
6. Frecuente valoración añadida de pacientes afectados por patología biliar, ya que su manejo suele recaer sobre los mismos especialistas que componen este comité.
7. Falta de recursos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/783 ===== ***

Nº de registro: 0783

Título
CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR PARA EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES PANCREATICOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Autores:
MILLASTRE BOCOS JUDITH, GARCIA RAYADO GUILLERMO, SOSTRES HOMEDES CARLOS, LANAS ARBELOA ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Enero de 2016 se crea en el Servicio de Digestivo del HCU la primera consulta monográfica de patología pancreática, y en sus 10 primeros meses de desarrollo llama la atención del escaso volumen de pacientes remitidos con tumores pancreáticos (AdenoCa, Neuroendocrinos o Lesiones Quísticas). Existe amplia evidencia bibliográfica que avala el beneficio del seguimiento de estos pacientes por un gastroenterólogo, para el manejo adecuado de la IPE (Insuficiencia Pancreática Exocrina), así como para el seguimiento de lesiones sin indicación quirúrgica al diagnóstico, pero con potencial de malignización en su evolución natural. Del mismo modo, en la atención del estos pacientes con patología pancreática, y muy especialmente con patología oncológica, la toma de decisiones por un equipo multidisciplinar debe ser la norma. Sin embargo, en la actualidad, muchos de estos pacientes son remitidos a las CCEE de Cirugía/Oncología e incluso derivados a Atención primaria, sin existir directrices uniformes dada la falta de protocolos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0783

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA PANCREATICA EN EL SECTOR III, HOSPITAL CLINICO LOZANO Blesa, ZARAGOZA)

adaptados a nuestro centro.

La Ausencia de un Comité de Tumores específico/Unidad Multidisciplinar, impide la toma de decisiones consensuadas entre los distintos especialistas implicados en la atención de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer criterios uniformes para la atención de estos pacientes mediante la elaboración de protocolos
- Traslación a la práctica clínica de los avances científicos de la forma mas rápida y eficiente posible.
- Evaluación continua de los resultados mediante el establecimiento de los indicadores adecuados.
- Establecer criterios para screening de pacientes de alto riesgo
- Mejorar el diagnóstico de IPE, así como el tratamiento paliativo y nutricional de estos pacientes.
- Creación de un entorno multidisciplinar que facilite la mejora y genere oportunidades para la investigación, como:
 - Integración en los grupos de trabajo internacionales, como el Club Pancreático Europeo.
 - Participar en ensayos multicéntricos relacionados con esta patología, como nuevas líneas de quimioterapia dirigidas frente a los constituyentes del estroma tumoral.
 - Mejorar las técnicas diagnósticas y terapéuticas endoscópicas e incorporar técnicas de tratamiento endoscópico de proximidad.
 - Creación de un biobanco de sueros y muestras patológicas para estudios posteriores.
 - Desarrollar líneas propias de investigación como las que se está llevando a cabo por el S. de Digestivo o de nuevos biomarcadores para la discriminación de los tumores quísticos de Páncreas.
 - Obtener fondos para investigación de organismos oficiales o privados

MÉTODO

- Creación de Unidad Multidisciplinar que integre a los distintos especialistas implicados en el manejo de los tumores pancreáticos: Gastroenterólogos, Cirujanos, Radiólogos, Anatomopatólogos, Oncólogos Médicos y Radioterápicos.
- Uniformización de los criterios en el manejo de estos pacientes mediante la Elaboración de Protocolos Clínicos específicos en colaboración con otros centros de nivel terciario de nuestra comunidad.
- Establecimiento de indicadores de calidad que permitan monitorizar los resultados con frecuencia anual/bianual.

INDICADORES

- Porcentaje de AdenoCa Pancreáticos diagnosticados, evaluados en Comité de Tumores específico:
 - o Registro sistemático de hallazgos radiológicos y ultrasonográficos preoperatorios según la plantilla recomendada por la Guía de Cáncer de Páncreas de la NCCN, versión 1-2016.
 - o Registro sistemático de su concordancia con los hallazgos en pieza operatoria en caso que se indique intervención quirúrgica.
 - o Evaluación de reseabilidad. Pre y Post tratamiento neoadyuvante en Cáncer de Páncreas.
- Porcentaje de Lesiones Quísticas pancreáticas diagnosticadas, evaluadas en Comité de Tumores:
 - o Eventos sospechosos de malignización.
 - o Correlación del diagnóstico de sospecha prequirúrgico y el análisis de la pieza operatoria
 - o Seguimiento postquirúrgico.
- Porcentaje de casos en los que se estudia el desarrollo de IPE, como consecuencia de la propia enfermedad o bien de la resección quirúrgica.
 - o Monitorización de la respuesta al tratamiento y repercusión en la supervivencia y calidad de vida.

DURACIÓN

1. Noviembre-diciembre 2016: Creación del Equipo Multidisciplinar y designación de facultativo responsable en cada especialidad.
2. Enero-Junio 2016: Decisión de los protocolos a elaborar y cronograma de su desarrollo: AdenoCa pancreático, Lesiones Quísticas, Neuroendocrinos. Contacto y líneas de colaboración con la Unidad de Pancreatología de Hospital Universitario Miguel Servet.
3. Enero-Junio 2016: Creación de un Registro informático de casos y seguimiento. Diseño de los Indicadores de Calidad.
4. Junio 2016- Junio 2017. Elaboración de protocolos y aprobación por Comité de Calidad Asistencial y Tecnología.
5. Junio- Diciembre 2017. Publicación protocolos en Intranet del Salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1757

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LOS PROCESOS DE PATOLOGIA DE MAMA. UNIDAD DE MAMA

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE VICENTE JASA ARDANAZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GÜEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS
GONZALEZ MORAN CARMEN
SOUSA DOMINGUEZ RAMON
GIL ROMEA ISMAEL
VALCARRERES RIVERA MARIA PILAR
ARRIBAS DEL AMO DOLORES
ANDRES CONEJERO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reuniones para la elaboración del proceso Ca Mama.
- Establecimiento de criterios de inclusión.
- Lista de espera quirúrgica (LEQ) única.
- IQ con Equipos quirúrgicos mixtos: ginecólogos y cirujanos generales.
- Hospitalización de las pacientes de Unidad de Mama en planta 4ª, con habitaciones propias.
- Asignación de GFH propio a la unidad de mama.
- Planificación de nueva ubicación de Consultas de Unidad de Mama con redimensionamiento del número de consultas de acuerdo con la presión asistencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

1º. Primer contacto con Unidad.

Indicador: Porcentaje de pacientes cuyo Tiempo transcurrido desde la sospecha diagnóstica por el MAP hasta primera visita en la unidad es < 7 días. Valor a alcanzar: 85%, límite inferior 75%, límite superior 100%. Resultado: 60%.

Cada semana se reciben entre 20-25 nuevos casos solicitando consulta en la unidad, se valoran los miércoles y se citan para la siguiente semana la gran mayoría, entre los que se incluyen los que el médico de cabecera considera sospechosos, así pues el tiempo transcurrido entre valoración en consulta (valoración de la nota del MAP) y su visita en consulta oscila entre 5 y 9 días. Si el MAP se pone en contacto directo telefónico con Unidad de Mama la paciente puede ser vista en 24 o 48 h.

2º. Comité de tumores.

Indicador: Porcentaje de pacientes cuyo Tiempo transcurrido desde la biopsia informada hasta evaluación por el comité de tumores < 7 días. Valor a alcanzar: 85%, límite inferior 75%, límite superior 100%. Resultado: 100%. Todas las pacientes que son vistas durante la semana portadoras de neoplasia (ya biopsiada) susceptibles de intervención quirúrgica son comentadas en el comité de tumores el lunes siguiente. Así que el 100 % de las pacientes ya biopsias son comentadas en el comité antes de transcurridos 7 días

Además de los indicadores reseñados, los siguientes resultados son de destacar, por el cambio que han supuesto en la atención a las pacientes con patología en mama:

- Constitución de la Unidad de Mama con unificación de cirujanos generales, ginecólogos y oncólogos.
- Lista de Espera Quirúrgica única, evitando dos entradas diferentes (ginecología y cirugía general).
- Disminución de la variabilidad en la atención a las pacientes.
- Atención quirúrgica con equipos compuestos por cirujanos generales y ginecólogos.
- A todas las pacientes se realiza el ingreso quirúrgico en planta 4ª (ginecología), atendido por equipo quirúrgico que realiza la intervención quirúrgica.
- Planificación de área Unidad de Mama en consultas externas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo está contento en cuanto a la integración de distintos especialistas en la Unidad, consiguiendo una única LEQ y una mejora en la variabilidad de la atención a las pacientes atendidas. Queda pendiente la reubicación en consultas externas, que está pendiente de obras de adecuación, ya que van a ocupar el espacio donde estaban las consultas de psiquiatría que han sido trasladadas recientemente al Centro de Especialidades Inocencio Jiménez.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1757

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LOS PROCESOS DE PATOLOGIA DE MAMA. UNIDAD DE MAMA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1757 ===== ***

Nº de registro: 1757

Título
UNIDAD DE MAMA

Autores:
JASA ARDANAZ VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención a pacientes con patología mamaria en más de un servicio ocasiona que sean atendidos con variabilidad, no justificable por las evidencias científicas. El conseguir un equipo multidisciplinar que trabaje cohesionado permitiría un trabajo más adecuado.

RESULTADOS ESPERADOS
Modificar la actual estructura de la Unidad de Mama. Minimizar la variabilidad en la atención a la paciente con patología mamaria

MÉTODO
• Puerta de entrada única a la Unidad de Mama
• Unificación del proceso diagnóstico, terapéutico y de seguimiento de los pacientes afectos de esta patología

INDICADORES
1. Primer contacto con la unidad
Descripción: Tº transcurrido desde la sospecha diagnóstica por el MAP hasta primera visita en la unidad <7d
Fuente de datos: Sistemas de información HCU
Valor a alcanzar: 85% de las pacientes
Límite inferior: 75%. Límite superior: 100%

2. Comité de tumores
Descripción: Tº transcurrido desde la biopsia informada hasta evaluación por el comité de tumores<7d
Fuente de datos: Sistemas de información HCU
Valor a alcanzar: 85% de las pacientes
Límite inferior: 75%. Límite superior: 100%

DURACIÓN
Subproceso1: sospecha diagnóstica hasta diagnóstico(Atención Primaria, Radiología, Ginecología y Cirugía General). Enero-marzo
Subproceso 2. Consulta de patologías con tratamiento quirúrgico y estudios de extensión. (Comité de Mama, Radiología, Ginecología, Cirugía y Oncología). Febrero -abril
Subproceso 3.Tratamiento quirúrgico. (Cirugía, Radiología, Ginecología, Anestesia, Unidad Gestión de Camas) . Marzo-mayo
Subproceso 4 . Tratamiento Postquirúrgico (Oncología, Radioterapia, Rehabilitación, Psiquiatría, Ginecología y Cirugía). Mayo-julio
Subproceso 5. Seguimiento (Medicina de Familia, Oncología Médica, Ginecología, Cirugía, Radioterapia y Rehabilitación). Mayo -julio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1757

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LOS PROCESOS DE PATOLOGIA DE MAMA. UNIDAD DE MAMA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1757

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LOS PROCESOS DE PATOLOGIA DE MAMA. UNIDAD DE MAMA

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE VICENTE JASA ARDANAZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GÜEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS
GONZALEZ MORAN CARMEN
SOUSA DOMINGUEZ RAMON
GIL ROMEA ISMAEL
VALCARRERES RIVERA MARIA PILAR
ARRIBAS DEL AMO DOLORES
ANDRES CONEJERO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Metas alcanzadas/consolidadas.
 - Asignación de GFH propio a la unidad de mama.
 - Lista de espera quirúrgica (LEQ) única.
 - Intervenciones Quirúrgicas con Equipos quirúrgicos mixtos: ginecólogos y cirujanos generales.
 - Hospitalización de las pacientes de Unidad de Mama en planta 4ª, con habitaciones propias.
 - Ubicación de Consultas de Unidad de Mama nueva en planta -1 del edificio de consultas Externas:

Esta estructura está dotada con:

- 2 salas de espera.
- 1 recepción pacientes.
- 1 sala de reuniones.
- 1 sala para AECC.
- 2 consultas de enfermería.
- 6 consultas médicas: oncología, oncología radioterápica, cirugía general, ginecología.

2.- Nuevos Documentos.

- Protocolo de Tratamientos Oncológicos.
- Protocolo de manejo clínico de la cardiotoxicidad en Oncología (Onc Med y Cardiología).
- Protocolo de manejo clínico de la axila en cáncer de mama (Onc Med, Onc RT, AP, cirugía, Med nuclear).
- Protocolo de seguimiento en pacientes con cáncer de mama (UMA y At. Primaria).
- Profilaxis quirúrgica en cirugía de mama.

3.- Modificaciones de Estructura Hospitalaria.

- Unidad de Mama Consultas Externas, planta -1.
- Dotación de las consultas.
- Espacio en Intranet para disponer todos los miembros de los documentos comunes.
- Asignación de GFH propio a la unidad de mama.
- Lista de espera quirúrgica (LEQ) única.
- Intervenciones Quirúrgicas con Equipos quirúrgicos mixtos: ginecólogos y cirujanos generales.
- Hospitalización de las pacientes de Unidad de Mama en planta 4ª, con habitaciones propias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores Analizados:

1º. Primer contacto con Unidad.

Indicador: Porcentaje de pacientes cuyo Tiempo transcurrido desde la sospecha diagnóstica por el MAP hasta primera visita en la unidad es < 7 días. Valor a alcanzar: 85%, límite inferior 75%, límite superior 100%. Resultado: 80%. Cada semana se reciben entre 20-25 nuevos casos solicitando consulta en la unidad, se valoran los miércoles y se citan para la siguiente semana la gran mayoría, entre los que se incluyen los que el médico de cabecera considera sospechosos, así pues el tiempo transcurrido entre valoración en consulta (valoración de la nota del MAP) y su visita en consulta oscila entre 5 y 9 días. Si el MAP se pone en contacto directo telefónico con Unidad de Mama la paciente puede ser vista en 24 o 48 h.

2º. Comité de tumores.

Indicador: Porcentaje de pacientes cuyo Tiempo transcurrido desde la biopsia informada hasta evaluación por el comité de tumores < 7 días. Valor a alcanzar: 85%, límite inferior 75%, límite superior 100%. Resultado: 100%. Todas las pacientes que son vistas durante la semana con neoplasia (ya biopsiada) susceptibles de intervención quirúrgica son comentadas en el comité de tumores el lunes siguiente. Así que el 100 % de las pacientes ya biopsias son comentadas en el comité antes de transcurridos 7 días. Para la consecución de este objetivo se modificó el método de incluir a las pacientes en el Comité, de manera que directamente desde Anatomía Patológica se incluyen.

Además de los indicadores reseñados, los siguientes resultados son de destacar, por el cambio que han supuesto en la atención a las pacientes con patología en mama:

- Constitución de la Unidad de Mama con unificación de cirujanos generales, ginecólogos y oncólogos.
- Lista de Espera Quirúrgica única, evitando dos entradas diferentes (ginecología y cirugía general).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1757

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LOS PROCESOS DE PATOLOGIA DE MAMA. UNIDAD DE MAMA

- Disminución de la variabilidad en la atención a las pacientes.
- Atención quirúrgica con equipos compuestos por cirujanos generales y ginecólogos.
- A todas las pacientes se realiza el ingreso quirúrgico en planta 4ª (ginecología), atendido por equipo quirúrgico que realiza la intervención quirúrgica.
- Planificación de área Unidad de Mama en consultas externas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo está contento en cuanto a la integración de distintos especialistas en la Unidad, consiguiendo una única LEQ y una disminución en la variabilidad de la atención a las pacientes atendidas.

Se han conseguido buenos resultados en los objetivos planteados.

Ha sido importante el trabajo del equipo multidisciplinar con el apoyo de la dirección para el cambio estructural conseguido. A destacar la nueva ubicación en consultas externas, adecuando los espacios a las necesidades de las pacientes que se atienden.

Aunque el objetivo de alcanzar un 85% del porcentaje de pacientes cuyo Tiempo transcurrido desde la sospecha diagnóstica por el MAP hasta primera visita en la unidad es < 7 días se ha quedado en el 80% el mismo era muy ambicioso, se ha conseguido que el 100% sean atendidas en menos de 10 días y seguimos trabajando en la coordinación con atención primaria para mejorarlo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1757 ===== ***

Nº de registro: 1757

Título
UNIDAD DE MAMA

Autores:
JASA ARDANAZ VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención a pacientes con patología mamaria en más de un servicio ocasiona que sean atendidos con variabilidad, no justificable por las evidencias científicas. El conseguir un equipo multidisciplinar que trabaje cohesionado permitiría un trabajo más adecuado.

RESULTADOS ESPERADOS

Modificar la actual estructura de la Unidad de Mama. Minimizar la variabilidad en la atención a la paciente con patología mamaria

MÉTODO

- Puerta de entrada única a la Unidad de Mama
- Unificación del proceso diagnóstico, terapéutico y de seguimiento de los pacientes afectos de esta patología

INDICADORES

1. Primer contacto con la unidad

Descripción: Tº transcurrido desde la sospecha diagnóstica por el MAP hasta primera visita en la unidad <7d

Fuente de datos: Sistemas de información HCU

Valor a alcanzar: 85% de las pacientes

Límite inferior: 75%. Límite superior: 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1757

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LOS PROCESOS DE PATOLOGIA DE MAMA. UNIDAD DE MAMA

2. Comité de tumores

Descripción: Tº transcurrido desde la biopsia informada hasta evaluación por el comité de tumores<7d

Fuente de datos: Sistemas de información HCU

Valor a alcanzar: 85% de las pacientes

Límite inferior: 75%. Límite superior: 100%

DURACIÓN

Subproceso1: sospecha diagnóstica hasta diagnostico(Atención Primaria, Radiología, Ginecología y Cirugía

General). Enero-marzo

Subproceso 2. Consulta de patologías con tratamiento quirúrgico y estudios de extensión. (Comité de Mama,

Radiología, Ginecología, Cirugía y Oncología). Febrero -abril

Subproceso 3.Tratamiento quirúrgico. (Cirugía, Radiología, Ginecología, Anestesia, Unidad Gestión de Camas) .

Marzo-mayo

Subproceso 4 . Tratamiento Postquirúrgico (Oncología, Radioterapia, Rehabilitación, Psiquiatría, Ginecología y

Cirugía). Mayo-julio

Subproceso 5. Seguimiento (Medicina de Familia, Oncología Médica, Ginecología, Cirugía, Radioterapia y

Rehabilitación). Mayo -julio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1758

1. TÍTULO

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL GUTIERREZ CIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALTARRIBAS BOLSA ELENA
GUIJARRO CASADO AGUSTIN
FUSTER DIESTE PILAR
IBÁÑEZ TENAS PILAR
AMORIN CALZADA MARIA JOSE
JASA ARDANAZ VICENTE
BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Humanización de las Unidades de Medicina Intensiva

- Proyecto H-UCI (humanización de las unidades de Medicina Intensiva)
- o Formación del grupo multidisciplinar
- o Identificación de necesidades
- o Puesta en marcha de acciones concretas:
- ? Diseño de ropa de cama adecuada a la protección de la intimidad y a las necesidades de monitorización y atención urgente del paciente crítico
- ? Atención a los familiares
- Implantación de Plan de seguimiento al alta de Medicina Intensiva a pacientes con requerimientos especiales.

- Atención al final de la vida en la Unidad de Medicina Intensiva:

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar, incluyendo expertos en Bioética (nivel Master y Experto Universitario) y en donación de órganos

- Reuniones de trabajo en UCI para elaborar un documento sobre la Limitación del Tratamiento de Soporte Vital (LTSV).

- Evaluación y aprobación del documento LTSV por la Comisión de Revisores de la Práctica Clínica, por el Comité de Ética asistencial y por la Comisión de Dirección del Hospital.

- Implantación del manejo de pacientes en UCI de acuerdo al Protocolo de Limitación del Tratamiento de Soporte Vital.

2. Respeto a la Dignidad del Paciente

- Elaboración por Comité de Ética Asistencial del Procedimiento de Respeto a la Intimidad y Dignidad de los Pacientes. Recomendaciones.

- Elaboración por Comité de Ética Asistencial de un cartel con viñetas basado en el documento previo y pegado de carteles en cada Unidad Asistencial.

- Proyecto: Escucha activa de pacientes respecto a respeto a su dignidad y fomento de su participación en los cuidados.

- Proyecto: Respeto a la intimidad durante la información a pacientes y familiares.

- o En diferentes servicios (especialmente quirúrgicos, en los que se había detectado una mayor irregularidad en cuanto a la información a pacientes) se definió como objetivo anual el establecimiento de un horario y espacio definido para la información
- o Definición de espacios para la información a pacientes quirúrgicos en el antequirófono.

- Proyecto: Valoración integral (bio-psico-social) de las necesidades del paciente y su familia

- o Realización sistemática de la valoración de necesidades del paciente al ingreso

- o Valoración funcional y cognitiva de los pacientes

- o Identificación de Problemas

- o Identificación del Cuidador Principal y valoración integral del mismo

- o Valoración por enfermera Gestora de Casos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1758

1. TÍTULO

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

- o Detección precoz del riesgo social y solicitud de colaboración a Trabajo Social si se precisa
- o Planificación del alta del paciente
- o Emisión de informes de valoración de gestora de Casos para el hospital de convalecencia socio Sanitario/Atención Primaria/ Residencia Sociosanitaria Santa Ana
- o Coordinación con Atención Primaria
- o Atención Telefónica al Cuidador
- Proyecto "Escuela de Pacientes":
 1. Talleres a cuidadores. Cuidados de movilización, higiene, alimentación, etc paciente dependiente (192 asistentes)
 2. Talleres de "primer impacto" a pacientes Ostomizados
 - Proyecto Decálogo de Pacientes:
 - o Conociendo el impacto de un ingreso hospitalario en la vida de las personas, se recogió las opiniones de diferentes pacientes ingresados preguntándoles qué propuestas harían para mejorar la experiencia de la hospitalización. Este proyecto se canalizó a través de la Comisión de Cuidados, fruto de estas aportaciones se ha elaborado el Decálogo del Paciente Ingresado con objeto de integrar en la práctica clínica diaria asistencial la experiencia que nos demandan los pacientes del Sector Zaragoza III.
 - Proyecto información a Pacientes:
 - o Díptico información intervenciones a niños Traumatología
 - o Díptico información paciente quirúrgico
 - o Díptico información iontoforesis
 - Proyecto: Acompañamiento a los pacientes en riesgo de suicidio
 - o Identificación de necesidades
 - o Contacto con ONGs para la búsqueda activa de voluntarios con formación y perfil personal adecuado para el acompañamiento de este tipo de pacientes.
 - o Acuerdo entre el Hospital y la asociación Seniors en Red
 - o Formación de los voluntarios impartida desde el Servicio de Psiquiatría del HCU
 3. Incentivación profesional: identificación e implementación de incentivos no económicos para los profesionales del hospital.
 - Potenciar el trabajo de enfermería:
 - o Realización de acuerdos de gestión en las unidades de enfermería: Hospital de Día Oncohematológico, hospital de seman Y Bloque Quirúrgico
 - o Formación en las unidades asistenciales sobre el programa de Gestión Avanzada de Cuidados de Enfermería Línea Abierta (GACELA CARE).
 - o Análisis y evaluación mensual de los indicadores de cuidados
 - o Información mensual a Supervisoras y profesionales de las unidades asistenciales sobre los resultados de los indicadores de cuidados
 - o Planificación y realización de proyectos en función de resultados
 - Promoción de la colaboración Atención Primaria/ Atención Especializada
 - o Evaluación de las experiencias de colaboración activa de servicios con Atención Primaria: MI, digestivo, hematología. Propuesta de extensión a otros servicios.
 - o Difusión de la colaboración activa: sesión hospitalaria de experiencia del servicio de hematología, Atención coordinada en Artritis Reumatoide (Jornada en IACS).
 - o Evaluación de los resultados asistenciales de la experiencia en asistencia Compartida de MI con otras unidades de hospitalización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1758

1. TÍTULO

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

- Trabajo con los servicios que prestan asistencia en Centros Cinco Villas y Tarazona para evaluar los recursos que se destinan a la misma, así como la actividad asistencial y su evolución prospectiva.

4. Difusión e implicación de los pacientes/ ciudadanos en la realización de este proyecto

Uno de los aspectos más destacados de este proyecto es la participación por parte del Comité de Ética Asistencial en los trabajos realizados. En dicho Comité se incremento la participación de los ciudadanos con un nuevo miembro lego, que se añade al que se integraba en el Comité desde el inicio de sus actividades.

Atención a los cuidadores:

- Identificación del Cuidador Principal y valoración integral del mismo
- Detección precoz del riesgo social y solicitud de colaboración a Trabajo Social si es preciso
- Planificación del alta
- Atención Telefónica al Cuidador

Implicación con el voluntariado

- Acuerdo de colaboración con la ONG Seniors en Red

5. Formación a los profesionales para la realización de este proyecto

Formación en Bioética:

- Sesiones hospitalarias
- Curso de bioética para residentes
- Curso de confidencialidad (impartido desde la Comisión de Historias Clínicas)
- No dependiendo del hospital, pero en relación con el interés generado por el tema entre los profesionales, durante los dos últimos años se ha incrementado el número de profesionales que en este momento cuentan con formación universitaria (Máster y experto universitario) y han puesto dicha formación al servicio de este hospital, constando en esta dirección 8 profesionales con Máster Universitario en Bioética y 1 con Título de Experto Universitario.

Formación en las unidades asistenciales sobre la realización y cumplimentación del Informe de Continuidad de Cuidados.

Formación a los voluntarios para el Proyecto de Acompañamiento a los pacientes en riesgo de Suicidio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Dignidad de la persona- Limitación del tratamiento de soporte vital.

Nº de pacientes en los que se indica LTSV en historia clínica: 43. Nº total de pacientes que fallecen con LTSV: 43. 100%

- Dignidad de la persona- Respeto a la intimidad en la información.

Nº de unidades que disponen de una sistemática de información que respeta la intimidad: 30. Nº total unidades: 30. 100%

Unidades: Aislamiento, C Vascular, Cardiología, Cirugía A, Cirugía B, Trauma- Cirugía, Trauma, Psiquiatría, Neurocirugía, Obstetricia A, Obstetricia B, Ginecología, Pediatría Lactantes, Pediatría Escolares, urología, oftalmología, neurología, H Semana, Digestivo, Hematología, Polivalente, Neumología, Oncología, MID-Endocrino, MI A, MI B, MI C, Infecciosos, UCI médica, UCI quirúrgica.

- Continuidad asistencial: UCI integrada.

Nº de pacientes a los que se sigue al alta de UCI: 170. Nº total de pacientes con criterios de seguimiento: 170. 100%

- Continuidad asistencial: continuidad de Cuidados

Nº de Unidades que cumplimentan >70%: 28. Nº Total de Unidades: 28. 100%

- Continuidad asistencial: Valoración de Necesidades

Nº de Unidades que cumplimentan la valoración al ingreso > 80%: 27. Nº Total de Unidades: 28. 96,4%

- Continuidad asistencial: Gestión Casos

Nº de pacientes con informe realizado: 801 Nº Pacientes evaluados: 951. 84,22%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1758

1. TÍTULO

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

- Continuidad asistencial: Atención Primaria

Nº de unidades que colaboran activamente con AP: 5. Unidades: MI, hematología, digestivo, reumatología, oncología

- Continuidad asistencial: Atención Compartida

Nº de unidades que integran a un internista en su equipo de atención en planta de hospitalización: 4.
Unidades: Traumatología, Neurocirugía, Cirugía Vasculard, Psiquiatría

- Equidad en la atención.

Nº de Unidades que consiguen en los Centros Cinco Villas y Tarazona demoras iguales o inferiores a las obtenidas en Zaragoza: 7. Nº de Unidades que prestan atención en Cinco Villas y Tarazona: 13. 54%
Unidades con demoras iguales o inferiores: alergología, urología, neumología, dermatología, cardiología, digestivo y medicina interna. Resto de unidades: cirugía general, ORL, neurología, rehabilitación, ginecología y anestesia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las acciones encaminadas a respetar la dignidad de los pacientes han dado algunos frutos, que merecen ser destacados.

Los valores alcanzados, tras las actividades propuestas satisfacen las expectativas, la recomendación es continuar el trabajo que se esta realizando con los diferentes equipos fomentando la realización de informes, los registros enfermeros y la gestión de casos, para dar continuidad a los cuidados.

La coordinación asistencial entre especializada y Atención Primaria es muy satisfactoria con los servicios que tienen actividades específicas, por lo que parece recomendable continuar trabajando en este sentido.

La asistencia compartida de MI con algunos servicios es una experiencia que genera satisfacción en los profesionales.

La participación de los pacientes es incipiente y aún escasa, pero la experiencia de su trabajo dentro del Comité de Ética Asistencial, así como la nueva incorporación de los voluntarios de Seniors en Red nos motiva a continuar nuestro trabajo en esta línea.

Adicionalmente, el proyecto se ha ampliado del inicialmente propuesto con la incorporación de algunas actividades a iniciativa de las unidades clínicas (como el proyecto de acompañamiento a pacientes) que dan idea de la aceptación de este proyecto asistencial por parte de los profesionales del hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1758 ===== ***

Nº de registro: 1758

Título
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Autores:
GUTIERREZ CIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Continuidad asistencial

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los valores de respeto al paciente, como individuo, así como su autonomía, deben ser tenidos en cuenta en nuestra organización sanitaria. Así mismo la participación del paciente en sus cuidados son fundamentales para un adecuada asistencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1758

1. TÍTULO

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

RESULTADOS ESPERADOS

Implicar al paciente al máximo en la atención a su propia salud fomentando su autonomía. Proporcionar una asistencia no compartimentalizada, favoreciendo el tránsito del paciente por los diferentes ámbitos de atención, dando continuidad al proceso, desde la prevención hasta la posthospitalización

MÉTODO

Dignidad del paciente:

- Definición de las actitudes, tiempos y ubicación de la información a los pacientes y sus familiares
- Asegurar la adecuada limitación de tratamientos de soporte vital básico en los casos en los que esté indicado

Continuidad asistencial

- Proporcionar continuidad en los cuidados de enfermería
- Implantar la decisión compartida en lo que respecta a las comorbilidades que presentan los pacientes quirúrgicos y de psiquiatría

Equidad

- Mantener la asistencia adecuada en los centros Cinco Villas y Tarazona

INDICADORES

Indicadores para su cumplimiento:

1. Dignidad de la persona- Limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV)

Nº de pacientes en los que se indica LTSV en la historia clínica/Nº total de pacientes que fallecen con LTSV x 100

Fuente de datos : Auditoría de historias en UCI

Valor a alcanzar: 100%

Límite inferior: 80%. Límite superior: 100%

2. Dignidad de la persona - Respeto a la intimidad en la información

Descripción: Nº de unidades que disponen de una sistemática de información que respeta la intimidad /Nº total de unidades x 100

Fuente de datos : Auditoría del comité de ética asistencial

Valor a alcanzar: 80%

Límite inferior: 80%. Límite superior: 100%

3. Continuidad asistencial-UCI integrada

Descripción: Nº de pacientes a los que se sigue al alta de UCI/Nº total de pacientes con criterios de seguimiento x 100

Fuente de datos: Información de los propios servicios-Dirección de enfermería

Valor a alcanzar: 80%

Límite inferior 80%. Límite superior 100%

4. Continuidad asistencial- continuidad de cuidados de enfermería

Descripción: Nº de unidades que cumplimentan el informe de continuidad de cuidados en > 70% /Nº total de unidades x 100

Fuente de datos: Auditoría de dirección de enfermería- Sistemas de información HCU

Valor a alcanzar: 60%

Límite inferior: 50%. Límite superior: 90%

5. Continuidad asistencial - Valoración de necesidades al ingreso

Descripción: Nº de unidades que cumplimentan la valoración de necesidades al ingreso >80% de los pacientes/Nº total de unidades clínicas x 100

Fuente de datos: Auditoría de dirección de enfermería- Sistemas de información HCU

Valor a alcanzar: 90%

Límite inferior: 80%. Límite superior: 100%

6. Continuidad asistencial - Gestión de casos

Descripción: Nº de pacientes con informe realizado la enfermera gestor de casos/ Nº pacientes evaluados x 100

Fuente de datos: Auditoría de dirección de enfermería- Sistemas de información HCU

Valor a alcanzar: 80%

Límite inferior: 60%. Límite superior: 100%

7. Continuidad asistencial - Atención Primaria

Descripción: Nº de Unidades que colaboran activamente (no sólo interconsultas) con AP

Fuente de datos: Información aportada por las propias unidades

Valor a alcanzar: 4

Límite inferior: 2

Límite superior: 4

8. Continuidad asistencial - Atención compartida

Descripción: Nº de unidades que integran a un internista en su equipo de atención en planta de hospitalización

Fuente de datos: Informe anual del Servicio de Medicina Interna

Valor a alcanzar: 5

Límite inferior: 4. Límite superior: 6

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1758

1. TÍTULO

ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE

9. Equidad en la atención

Descripción: N° de unidades que consiguen en los Centros Cinco Villas y Tarazona demoras iguales o inferiores a las obtenidas en Zaragoza/ n° total de unidades que prestan atención den Cinco Villas y Tarazona x 100

DURACIÓN

Las actividades reseñadas se comenzaron a desplegar en el primer trimestre de 2017, y continuarán cada una de ellas hasta final de año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0722

1. TÍTULO

PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS DE DUE EN DIAGNOSTICO Y ASISTENCIA AL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESÁ

Fecha de entrada: 20/02/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AGUILLO GUTIERREZ ESPERANZA
IRIGOYEN CUCALON LUIS
MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA
CRESPO MARTIN PILAR
CAMPOS FERNANDEZ JULIA
AGUDO TABUENCA ANA
ORTEZ TORO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Curso impartido entre el 4 y el 6 de octubre de 2017
20 participantes
20 horas docentes
Realización en HCU Lozano Blesa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Adquisición y mejora de actitudes y competencias de D.U.E. en diagnóstico y asistencia al paciente diabético ingresado en Endocrinología y Medicina Interna

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Amplia aceptación y satisfacción de los participantes con el contenido del curso

7. OBSERVACIONES.

El responsable del Proyecto ha sido la Dra María Antonia Sancho Serrano. Tras su jubilación y debido a que la labor provisional de coordinación del Servicio ha recaído en el Dr José Antonio Gimeno Orna, el mismo aparece como responsable actual.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/722 ===== ***

Nº de registro: 0722

Título
PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS DE D.U.E. EN DIAGNOSTICO Y ASISTENCIA AL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESÁ"

Autores:
SANCHO SERRANO MARIA ANTONIA, AGUILLO GUTIERREZ ESPERANZA, IRIGOYEN CUCALON LUIS, MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA, CRESPO MARTIN PILAR, CAMPOS FERNANDEZ JULIA, AGUDO TABUENCA ANA, ORTEZ TORO JOSE JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente. Reducción de riesgos

PROBLEMA

La disponibilidad de fármacos nuevos para el tratamiento de la diabetes:
- en administración oral (inhibidores DPP-4, inhibidores del transporte de glucosa en el túbulo renal) o
- en administración subcutánea (análogos GLP-1, insulinas prandiales, insulinas de acción prologada) ...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0722

1. TÍTULO

PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS DE DUE EN DIAGNOSTICO Y ASISTENCIA AL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN HOSPITAL CLINICO LOZANO Blesa

.. representa gran oportunidad para mejorar el control glucémico y metabólico de las personas con diabetes. La insulina es un medicamento de alto riesgo, como tal, los organismos internacionales recomiendan instaurar prácticas seguras de utilización ... (proyecto "Valoración del programa de mejora del uso de insulinas en el HCU y medidas de mejora" ...)

En el hospital, la prevalencia de pacientes con diabetes es superior al 14%, lo que significa que las DUEs van a atender personas con diabetes, en todos los Servicios hospitalarios y especialmente en el Servicio de Endocrinología y Medicina Interna.

En algunos Servicios se ha detectado:

1. Dificultad para identificar con seguridad diferentes clases de insulina
2. Episodios de hipoglucemia tratados no siempre de forma correcta.

Por ello será necesario que los profesionales realicen formación continuada en : tratamientos nuevos, consecuencias de su utilización y posibles efectos adversos

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general : Adquirir y mejorar actitudes y competencias de D.U.E. en diagnóstico y asistencia al paciente diabético ingresado en hospital.

Objetivos específicos :

1. Identificar clases de insulina y forma de administración.
2. Describir pautas generales de administración de Insulina
3. Aplicar protocolos establecidos para D.U.E. ante complicaciones agudas (Hipoglucemias, hiperglucemias).
4. Saber identificar incidencias que necesitan incidencias.
5. Aplicar protocolos de actuación en situaciones especiales del paciente diabético (ayuno, pauta quirúrgica, etc).

MÉTODO

Curso " Perfeccionamiento en actitudes y competencias de D.U.E. en diagnóstico y asistencia al paciente diabético ingresado en Hospital Clínico "Lozano Blesa".

- a- Exposición temas con presentación POWER Point
- b- Participación de asistentes.
- c- Interactiva. Destreza y habilidad en el manejo de insulinas.
- d- Resolver casos prácticos.
- e- Adquirir competencias.
- f- Participación de los profesores en todas las clases como observadores. Intervención al final si consideran que algun apartado no se ha resuelto con claridad.

INDICADORES

I, Indicador error identificación

- A)Número de errores en la identificación de insulinas, en un periodo de tiempo, antes del curso de formación.
- B)Número de errores en la identificación de insulinas, en un periodo de tiempo, despues del curso de formación.

Indicador : $B/A \times 100$.

II, Indicador hipoglucemias:

- A) Número de hipoglucemias basales bien resueltas, en relación al número de hipoglucemias basales identificadas, en un período de tiempo determinado ANTES del Curso.
- B)) Número de hipoglucemias basales bien resueltas, en relación al número de hipoglucemias basales identificadas en un período de tiempo determinado DESPUÉS del Curso.

Indicador : $B/A \times 100$

DURACIÓN

Evaluación inicial : Enero 2017.

Formación : Febrero 2017

Evaluación posterior: Final Marzo, Abril, Mayo 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0722

1. TÍTULO

PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS DE DUE EN DIAGNOSTICO Y ASISTENCIA AL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESÁ

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1011

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL VIAJERO Y AL INMIGRANTE QUE REGRESAN DEL TROPICO EN EL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE ISABEL SANJOAQUIN CONDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRUELLES CANALES MARIA JOSE
NAVARRO AGUILAR MARIA ELENA
AMORES ARRIAGA BEATRIZ
SERAL GARCIA CRISTINA
LORDA ESPES MARTA
TARI FERRER ELVIRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboración de protocolos de diagnóstico y tratamiento (Enfermedades tropicales).
- Atención diaria (lunes-viernes) en Consultas Externas, horario de 8:00 a 9:00 de pacientes derivados desde Urgencias, Atención Primaria y especialidades hospitalarias, con sospecha de Enfermedad tropical no subsidiaria de ingreso.
- Evaluación de las lesiones cutáneas por el Servicio de Dermatología con toma de biopsia en los casos necesarios para estudios microbiológicos.
- Elaboración de una base de datos con recogida de todos los pacientes evaluados en el años de funcionamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se han evaluado 38 pacientes (20 mujeres y 18 varones).
El volumen de consultas en 2017 ha aumentado 2.5 veces respecto a 2016.
- Nacionalidades de los evaluados :19 africanos, 12 españoles, 6 sudamericanos, 1 paquistaní.
- Los individuos evaluados se han infectado al viajar a sus países de origen para visitar a su familia (59%), en los viajes por turismo (21%) y finalmente viajes por trabajo (13%).
- Servicios de procedencia: 14 derivados desde Urgencias, 13 derivados desde Atención Primaria, 7 desde otras especialidades médicas y 3 desde Atención al Viajero.
- Patologías más frecuentes: malaria, esquistosomiasis, estrombiloidiasis, Trypanosomiasis americana.
- Medicación dispensada en Farmacia por orden de frecuencia: Antipalúdicos (Dihidroartemisina/piperaquina, Atovacuona/proguanil, Cloroquina), Ivermectina y Praziquantel).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El número de viajeros a países tropicales se incrementa cada año y en este contexto se ha constatado, tanto en Atención Primaria como en Urgencias, un mayor índice de sospecha de Infección tropical y un mayor número de derivaciones .
Ninguno de los extranjeros atendidos en Consultas (mayor grupo de individuos derivados), solicitó asesoramiento en Atención al Viajero. Esta población se identifica como la más vulnerable a sufrir patología tropical y se perfila como la que requiere mayor información y asesoramiento desde Atención Primaria.
La comunicación ágil (a través de un teléfono) con Atención Primaria y con Servicios de Urgencias facilita la toma de decisiones y permite mejorar los circuitos de derivación.
Destacar la importancia de los test de diagnóstico rápido en los Servicios de Urgencias (ej malaria) avalados por S. de Microbiología para decidir ingreso o derivación a Consultas Externas. La presencia de Dermatólogos en los Servicios de Urgencias permite la valoración de lesiones cutáneas tras regreso del trópico (a veces efímeras) y la toma precoz de muestras en los casos necesarios. Sumamente importante la participación del Servicio de Farmacia con medicación disponible para su administración urgente (en el caso de malaria) y para la reposición continua de la medicación extranjera consumida en estas patologías (ivermectina, Praziquante, Dietilcarbamacina, Nifurtimox, Benznidazol)

7. OBSERVACIONES.
Esta consulta continuará en marcha durante 2018.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1011 ===== ***

Nº de registro: 1011

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA AL VIAJERO Y AL INMIGRANTE QUE REGRESAN DEL TROPICO EN EL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA

Autores:
SANJOAQUIN CONDE ISABEL, CRUELLES CANALES MARIA JOSE, NAVARRO AGUILAR MARIA ELENA, AMORES ARRIAGA BEATRIZ, SERAL GARCIA CRISTINA, FERNANDEZ ALONSO EDGAR, LORDA ESPES MARTA, TARI FERRER ELVIRA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1011

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL VIAJERO Y AL INMIGRANTE QUE REGRESAN DEL TROPICO EN EL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque: Prevención/Detección precoz

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los inmigrantes y viajeros internacionales son la población expuesta a la patología tropical. En Aragón el 12.8% de la población es inmigrante y en el Área III hay censados 50.000 extranjeros, un 6% proceden de áreas tropicales. Los inmigrantes sufren enfermedades importadas a su llegada a España, o tras regresar de sus países por vacaciones o visitas familiares. Según La WORLD TOURISM ORGANIZATION el volumen de viajeros españoles a áreas tropicales se incrementará en los próximos 15 años por negocios, cooperación o placer. Antes de viajar, los Centros de Atención al Viajero realizan un trabajo fundamental para la prevención, asesoramiento y prescripción de las profilaxis adecuadas. La labor de estos centros no incluye atender a los viajeros o inmigrantes enfermos y la primera asistencia recae en Atención Primaria o Servicios de Urgencias. La poca familiaridad con estas enfermedades y su sintomatología inespecífica, dificulta su detección, y puede suponer incluso la muerte para el individuo no diagnosticado. En 2016 España ha comunicado 2 muertes por malaria en viajeros nacionales, uno de ellos en un hospital público de Zaragoza evitables con un diagnóstico y tratamiento precoz. Otras enfermedades importadas menos graves podrían recibir valoración especializada ambulatoria sin necesidad de hospitalización.

RESULTADOS ESPERADOS

- Ofertar una consulta de Alta Resolución en Enfermedades Tropicales, en el Hospital Clínico Universitario dependiente del Servicio de Enf. Infecciosas. Asistirá de lunes a viernes en horario de 8.00-9:00h a pacientes con síntomas de enfermedad importada derivados desde Urgencias, Atención Primaria y Centros de Atención al Viajero. Se aceptará población de otras Áreas a falta de Unidades de Medicina Tropical en Aragón.
- Implicación del Servicio de Microbiología en el diagnóstico urgente de malaria y de otras patologías tropicales víricas, bacterianas o parasitarias. Disponibilidad en el S. de Farmacia del tratamiento de malaria recomendado por la OMS para administrar inmediatamente tras el diagnóstico y facilitar la medicación extranjera para otras patologías.

MÉTODO

SESIONES FORMATIVAS con representantes de los centros de Atención al viajero, Servicio de Urgencias y Centros de Salud (Dras Navarro y Sanjoaquín).
ACTUALIZACIÓN PROTOCOLO PROA del Hospital Clínico Universitario sobre diagnóstico y tratamiento de la patología infecciosa del viajero. (Dras: Seral, Navarro, Sanjoaquín). ESTUDIO MICROBIOLÓGICO URGENTE: frotis, gota gruesa y test de diagnóstico rápido de malaria. Si no es posible (no hay guardias de microbiología en nuestro hospital), se realizará el test de diagnóstico rápido en el Laboratorio de Urgencias y SIEMPRE se confirmará por S. de Microbiología. (Dra Seral).
VALORACION DERMATOLÓGICA temprana en Urgencias y en la Consulta (Dra Lorda)
ACCESIBILIDAD de lunes a viernes, horario 8:00-15:00h a través del Teléfono directo: 976 768 862, Extensión desde el Hospital Clínico 162664(Dra Crusells).
BASE DE DATOS donde recoger la información para analizar con interés científico. (Dra Tari)

INDICADORES

1- Número de sesiones de diciembre de 2016 a 2017 con Atención Primaria, Urgencias e Infecciosas. 2- Número de derivaciones por patología tropical desde la apertura de la consulta hasta Diciembre de 2017. 3- Número de consultas derivadas desde Urgencias en un año de seguimiento. 4- Número de consultas derivadas desde Atención Primaria en un año de seguimiento. 5 -Número de Consultas derivadas desde Atención al Viajero y otras Áreas Sanitarias en un año de seguimiento.

DURACIÓN

Protocolo PROA de Patología Infecciosa del viajero actualizado en junio de 2016.
Reuniones para presentar el proyecto de mejora (en Urgencias y en Atención Primaria) octubre de 2016. Reuniones cada 3 meses con los integrantes del proyecto para evaluar y cuantificar y solucionar problemas. Reunión cada 6 meses con los Centros de Atención al Viajero.
Disponibilidad del test de diagnóstico rápido de malaria en el laboratorio de Urgencias octubre de 2016. Puesta en marcha de la Consulta de Enfermedades Tropicales y del viajero en octubre de 2016.
Base de datos activa en octubre de 2016
Evaluación y comunicación de los datos recogidos en Diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1011

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL VIAJERO Y AL INMIGRANTE QUE REGRESAN DEL TROPICO EN EL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0484

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATETER INTRAVASCULAR DE LARGA DURACION, MEDIANTE EL SELLADO DE CATETER CON SOLUCIONES ANTIBIOTICAS

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA ASUNCION SAGREDO SAMANES
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUERTOLAS TENA ISABEL
LETONA CARBAJO SANTIAGO
RUIZ LAIGLESIA JOSE ESTEBAN
SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD
CORRAL SUBIAS MONICA
OLAVE RUBIO MARIA TERESA
AGUADO BACHILLER MARIA AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA sobre.
- Tratamiento de Bacteriemia relacionada con catéter intravascular
- Indicaciones y contraindicaciones del sellado antibiótico
- Concentraciones eficaces y seguras de antimicrobianos y de anticoagulantes
- Estabilidad físico-química de las soluciones para sellado
- Frecuencia de administración y tiempo de permanencia de las soluciones
- Duración del tratamiento mediante sellado
- Evaluación de resultados

PRUEBAS DE ESTABILIDAD FÍSICA DE POSIBLES SOLUCIONES PARA SELLADO
ANTIBIÓTICO Ante la gran variedad de soluciones empleadas y descritas en la literatura e incluso datos contradictorios en cuanto a su estabilidad físico-química (que puede depender incluso de los productos comerciales empleados y del orden de mezcla de los mismos), en el Servicio de Farmacia, y con los medicamentos disponibles actualmente en el hospital, se prepararon 9 mezclas diferentes de Antibióticos (adecuados para sellado) y Heparina y se observó si se producían alteraciones físicas
CONSULTAS A PROFESIONALES DE OTROS HOSPITALES CON EXPERIENCIA EN EL ESTE TEMA
PUESTA EN COMÚN sobre:
- Evidencia científica
- Opiniones de profesionales expertos
- Necesidades de los pacientes atendidos en el HCULB
- Medios disponibles en el HCULB
REDACCIÓN DEL PROTOCOLO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PRUEBAS DE ESTABILIDAD
Se prepararon varias soluciones mezcla de antibiótico + heparina a distintas concentraciones.
Se observó si había o no alteración física
Se obtuvieron al menos 1 solución límpidas de heparina con: Daptomicina, Vancomicina y Ciprofloxacina
Se produjo turbidez u opalescencia en todas las mezclas ensayadas de heparina con Amicacina y con Gentamicina, que en algunos casos disminuía o desaparecía a las 24-48 h de la preparación
SOLUCIONES ESTANDARIZADAS
Basándonos en los resultados obtenidos en nuestras pruebas, hemos considerado como normalizadas 5 soluciones para poder cubrir gérmenes Gram + y Gram-.
Nº PACIENTES TRATADOS CON SELLADO Y % PACIENTES CON HEMOCULTIVO NEGATIVO TRAS TERAPIA
Aún sin estar elaborado el Protocolo, se ha tratado comenzado a trabajar con los criterios descritos en el mismo, principalmente a partir de septiembre de 2017.
Así se han tratado mediante sellado de catéter con soluciones antibióticas preparada en Farmacia 14 pacientes, todos ellos afectados por bacteria Gram +. Se han elaborado un total de 311 jeringas monodosis preparadas, para cumplimentar 195 días de tratamiento (Datos obtenidos del Registro de solicitudes a Farmacia y actividad en dicho Servicio). De ellos en un 71% constan Hemocultivos negativos tras la terapia (Datos obtenidos de la Intranet del Hospital)
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO
Se ha redactado un breve Protocolo (cuyo texto se remitirá a la Unidad de calidad)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Constatada en nuestro hospital la variabilidad de actuaciones ante sospecha de infección por catéter vascular que se desea mantener, se ha visto la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0484

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATETER INTRAVASCULAR DE LARGA DURACION, MEDIANTE EL SELLADO DE CATETER CON SOLUCIONES ANTIBIOTICAS

necesidad y oportunidad de unificar criterios de actuación y mejorar la calidad de la asistencia en: Diagnóstico, Indicaciones de mantenimiento del Catéter y de Tratamiento mediante sellado antibiótico, Preparación de las soluciones para sellado, Procedimiento de Administración y Recambio de las mismas y Seguimiento de los resultados en los pacientes
Para aumentar la seguridad para el paciente, se ha optado por la preparación de las soluciones antibióticas en el Servicio de Farmacia, con procedimientos normalizados (para evitar errores en las diluciones), en ambiente estéril y en dosis listas para su uso
Por ello se ha redactado un Protocolo de Actuación práctica, sencillo y conciso.
Quedaría pendiente la implementación y evaluación de resultados de dicho Protocolo.
Consideramos que debería de ser aprobado por el Comité de Infecciones y Política Antibiótica, tras lo cual se podría difundir a los Servicios clínicos pertinentes (casi todos ellos representados en este Grupo de mejora), e incluirlo en un link en la Guía PROA del centro.
Asimismo se debería hacer una Evaluación de Resultados tras la aplicación del protocolo:
Cultivos negativos tras tratamiento, Recidivas, Catéteres "salvados"...

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto está relacionado con las actividades del grupo PROA-HCULB

*** ===== Resumen del proyecto 2016/484 ===== ***

Nº de registro: 0484

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATETER INTRAVASCULAR DE LARGA DURACION, MEDIANTE EL SELLADO DE CATETER CON SOLUCIONES ANTIBIOTICAS

Autores:
SAGREDO SAMANES MARIA ASUNCION, LETONA CARBAJO SANTIAGO, RUIZ LAIGLESIA JOSE ESTEBAN, SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD, OLAVE RUBIO MARIA TERESA, CORRAL SUBIAS MONICA, PUERTOLAS TENA ISABEL, AGUADO BACHILLER MARIA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección relacionada con el uso de catéteres intravasculares es una complicación frecuente, que aumenta la morbi-mortalidad de nuestros pacientes. Cuando ocurre, lo mejor es retirar el catéter infectado, ya que los gérmenes permanecen en la biocapa que se forma en su interior, y a pesar de que la bacteriemia se trate eficazmente, esta recurre.
Sin embargo, hay pacientes en los que es importante "salvar" el catéter, ya que es imprescindible tener acceso venoso de larga duración, y su implantación es complicada. Esto ocurre por ejemplo con los catéteres para hemodiálisis o los reservorios para administración de quimioterapia antineoplásica. En estos casos, además del tratamiento sistémico de la bacteriemia, se puede hacer tratamiento local para esterilizar el catéter, mediante la administración de una solución concentrada de antibiótico +/- anticoagulante.

RESULTADOS ESPERADOS
- Estandarizar las indicaciones y contraindicaciones del uso de la terapia mediante sellado de catéteres con antibióticos
- Estandarizar las soluciones antimicrobianas a utilizar, para garantizar su estabilidad y eficacia
- Mejorar la eficacia y seguridad del tratamiento de la bacteriemia relacionada con catéter intravascular permanente

MÉTODO
Fase 1 - Constitución del grupo de trabajo y diseñar dinámica de trabajo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0484

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATETER INTRAVASCULAR DE LARGA DURACION, MEDIANTE EL SELLADO DE CATETER CON SOLUCIONES ANTIBIOTICAS

- Fase 2 - Revisión bibliográfica sobre los siguientes aspectos
 - Indicaciones y contraindicaciones del sellado antibiótico
 - Concentraciones eficaces y seguras de antimicrobianos y de anticoagulantes
 - Estabilidad físico-química de las soluciones para sellado
 - Frecuencia de administración y tiempo de permanencia de las soluciones
 - Duración del tratamiento mediante sellado
 - Evaluación de resultados
- Fase 3 - Pruebas de estabilidad física (ausencia de precipitados) de varias mezclas de antibiótico y heparina
- Fase 4 - Elaboración del protocolo
- Fase 5 - Implementación del protocolo

INDICADORES

- Protocolo elaborado SI / NO
- Nº Soluciones estandarizadas
- Nº Pacientes tratados mediante sellado
- % Cultivos negativos tras tratamiento

DURACIÓN

- Fase 1 Oct-Nov 2016
- Fase 2 Nov 2016-Enero 2017
- Fase 3 Febrero 2017
- Fase 4 Marzo-Abril 2017
- Fase 5 A partir Abril 2017

OBSERVACIONES

Este proyecto está relacionado con las actividades del grupo PROA-HCU

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0586

1. TÍTULO

VALORACION DEL PROGRAMA DE MEJORA DEL USO DE INSULINAS EN EL HCU Y MEDIDAS DE MEJORA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES GIMENO GRACIA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALVADOR GOMEZ TRANSITO
SANCHO SERRANO MARIA ANTONIA
SANCHEZ MARTELES MARTA
BUENO LOZANO GLORIA
GIL RUIZ CLARA
SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza un corte de revisión las insulinas en los botiquines sala de observación de urgencias, UCI médica, UCI quirúrgica y plantas de hospitalización excepto 12B y 10A por cierre estival, del 28/09/2016 a 03/10/2016
En la observación directa realizadal se refleja lo siguiente:
-una vez la insulina (plumas y viales) está abierta, se mantiene en un 32% en el frigorífico
.- En el 44% de los viales abiertos se anota la fecha de apertura o la de caducidad, sin embargo, sólo un 14% de las plumas abiertas tienen la fecha de caducidad indicada
- El 85% de las plumas abiertas se encuentran sin identificar de forma unipersonal
- La cantidad de viales de insulina rápida encontradas es mucho mayor que el de pluma, pero en el caso de Insulatard y Lantus, se encuentran igual número de viales que de plumas, cuando las plumas se deberían usar en debuts diabéticos.

A continuaciones distribuye una encuesta anónima de conocimientos básicos de las insulinas así como de su conservación y utilización en las mismas, para poder realizar una formación adecuada en base a lo encontrado. Tan solo 23 encuestas son devueltas completadas en ellas se observa: un adecuado conocimiento de las insulinas, y una conservación más diversa. Hay una distribución por igual en conservar la insulina abierta en el frigorífico o temperatura ambiente, así como con fecha o sin fecha de caducidad, también el uso de una pluma por paciente o el uso de pluma "tipo vial" es el mismo, y 1 de 23 ha tenido un incidente relacionado con la administración de insulina en el último mes y 2 de 23 lo ha tenido en su alrededor. Se considera la cartelería de los tipos de insulina distribuida útil (realizada en proyecto de mejora de calidad anterior)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se observa todavía un margen de mejora, sobre todo en el uso de plumas y viales así como de su conservación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por la observación directa de botiquines se constata una mejora en la conservación y uso de los viales y de la insulina. El número de encuestas obtenidas es muy reducido por lo que no podemos extraer conclusiones robustas, pero sí se reafirma lo obtenido en la observación directa de los botiquines, aunque en menor medida.

7. OBSERVACIONES.

Es necesario llevar a cabo medida de mayor difusión para la correcta utilización de los viales y las plumas en el hospital

*** ===== Resumen del proyecto 2016/586 ===== ***

Nº de registro: 0586

Título
VALORACION DEL PROGRAMA DE MEJORA DEL USO DE INSULINAS EN EL HCU Y MEDIDAS DE MEJORA

Autores:
GIMENO GRACIA MERCEDES, SALVADOR GOMEZ TRANSITO, SANCHO SERRANO MARIA ANTONIA, SANCHEZ MARTELES MARTA, BUENO LOZANO GLORIA, GIL RUIZ CLARA ISABEL, SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0586

1. TÍTULO

VALORACION DEL PROGRAMA DE MEJORA DEL USO DE INSULINAS EN EL HCU Y MEDIDAS DE MEJORA

Tipo de Objetivos . :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....: SEGURIDAD

PROBLEMA

La insulina es un medicamento de alto riesgo, como tal, organismos internacionales recomiendan instaurar prácticas seguras de utilización.

En el 2014 se formó un grupo multidisciplinar formado por una endocrino, una internista, una pediatra, dos enfermeras y dos farmacéuticas, se continuo con el trabajo bajo el proyecto de mejora de la calidad en el 2015 (num.741):

- Se realizó una selección de insulinas para cubrir todas las necesidades del paciente hospitalizado.
- Se priorizó el uso de viales multidosis de insulina a las plumas. (se incluyó la presentación de viales de insulina, que hasta entonces no disponía el hospital).
- Se mantuvieron las plumas en la guía del hospital, para la educación y manejo en el debut diabético o para cuando no disponga en el mercado de su presentación en vial. (uso unipersonal, correcta identificación)
- Se revisaron los tipos de insulinas existentes en España, teniendo en cuenta:
 - Necesidad de cada una de ellas en el hospital
 - Su nombre comercial y presentación, para evitar confusión entre las mismas.
 - PVP, por la repercusión que puede tener en atención primaria su inclusión en el hospital
 - Precio de adquisición de las insulinas por el hospital.

Con todo esto se elaboró una propuesta de los tipos de insulinas a incluir.

Se elaboraron dos tipos de carteles informativos con los tipos de insulinas para su colocación en las unidades donde se utilizan: un cartel general y otro cartel de insulinas de uso exclusivo en pediatría, que se repartieron por todos los controles de hospitalización a la vez que se difundieron prácticas seguras para el manejo de las mismas.

Se aprobaron los carteles y las medidas tomadas por la Comisión de Seguridad y Mortalidad y por la Comisión de Farmacia y farmacoterapéutica,.

Se cambiaron las descripciones de insulinas en las peticiones informáticas de botiquín y en la prescripción informática para reducir los errores.

En el 2015: se observa un mayor consumo de viales respecto a la época anterior al inicio de este programa de insulinas, pero se el consumo de plumas sigue siendo elevado, seguramente más que para pacientes en debut diabético.

No ha sido necesario comprar ninguna insulina fuera de la guía del hospital.

Tenemos notificaciones de un manejo inadecuado de las insulinas, se continúa utilizando las plumas como si fueran viales, no se identifica bien fecha de apertura y caducidad y la conservación no es la adecuada.

Para comprobar todo esto se plantea:

RESULTADOS ESPERADOS

- Utilización de viales preferentemente a las plumas de un mismo tipo de insulina.
- Una correcta identificación de apertura y caducidad de viales y plumas.
- Una correcta identificación de plumas para una utilización unipersonal.

MÉTODO

- Realizar una encuesta anónima, breve y sencilla, que pueda reflejar en ella hábitos de administración. Con los resultados de esta encuesta se podrá enfocar una formación adecuada.
- Realizar una revisión de botiquines, para registrar conservación de insulinas, uso unipersonal de las mismas, y fecha caducidad de viales antes de la encuesta y después de la puesta en marcha de plan de formación y difusión.

INDICADORES

Se realizará un corte:

% viales abiertos bien identificados (fecha caducidad) respecto al total de viales abiertos. (Media de botiquines)
%plumas identificadas unipersonalmente respecto al total de plumas abiertas

DURACIÓN

Octubre 2015: revisión de situación de insulinas en botiquines

Octubre-Diciembre 2015: reparto y recogida de encuestas

Enero 2016: Análisis de resultados de la encuesta

Febrero 2016: Propuesta de medidas de mejora

Marzo 2016: Implantación de las mismas

Abril- Junio 2016: Revisión de situación de insulinas en botiquines

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0586

1. TÍTULO

VALORACION DEL PROGRAMA DE MEJORA DEL USO DE INSULINAS EN EL HCU Y MEDIDAS DE MEJORA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0748

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ BONAGA SERRANO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIMENO GRACIA MERCEDES
VINUESA HERNANDEZ JOSE MANUEL
CAMPOS MONTELLANO FRANCISCO JAVIER
CUMBRAOS SANCHEZ MARIA JOSE
SALVADOR GOMEZ TRANSITO
ARRABAL TORCAL PILAR
PALACIOS LASECA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2016, el Servicio de Farmacia ha llevado a cabo las siguientes actividades:
-Elaboración de un folleto informativo con las principales recomendaciones acerca del uso seguro del medicamento. Este ha sido distribuido a todas las unidades de Enfermería.
-Contacto con cada una de las supervisoras de las unidades para entrega del folleto y explicación y difusión de cada una de las estrategias a implantar
-Difusión del listado de medicamentos de alto riesgo y antídotos para su identificación según color pertinente (rojo y amarillo, respectivamente)
-Registro de los medicamentos de alto riesgo y antídotos de cada una de las plantas para poder llevar a cabo estrategias de eliminación y/o simplificación si procede.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores propuestos y resultados

1) (Número de botiquines finalizados/Botiquines totales)*100

Resultado: 100%. Se ha procedido a la revisión y registro de medicamentos de alto riesgo y antídotos en el 100% de los botiquines.

2) (Número de medicamentos de alto riesgo eliminados/medicamentos de alto riesgo totales)*100

Indicador parcialmente no completado --> Las estrategias de simplificación y/o eliminación se están llevando a cabo de manera conjunta con las supervisoras de la Unidad. Hasta el momento, el indicador alcanzado ha sido un 15%.

3) (Número de medicamentos de alto riesgo simplificados/medicamentos de alto riesgo totales)*100

Indicador parcialmente no completado --> Las estrategias de simplificación y/o eliminación se están llevando a cabo de manera conjunta con las supervisoras de la Unidad. Hasta el momento, el indicador alcanzado ha sido un 21,7%.

El indicador que evalúa el número de principios activos simplificados se completará cuando finalice la estrategia de eliminación / simplificación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de estrategias que favorecen el uso seguro del medicamento ha tenido buena aceptación por parte de las unidades de enfermería. El hecho de identificar los medicamentos de alto riesgo con color rojo ha permitido tomar conciencia de la potencialidad de consecuencias fatales que pueden provocar estos medicamentos en caso de error. Las estrategias de simplificación y/o eliminación de medicamentos de alto riesgo ha permitido incrementar la seguridad en los botiquines de planta. El hecho de que el farmacéutico haya liderado esta actividad ha permitido mejorar la comunicación con las distintas unidades así como potenciar su papel en el campo de la seguridad en el uso del medicamento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/748 ===== ***

Nº de registro: 0748

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0748

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

BONAGA SERRANO BEATRIZ, GIMENO GRACIA MERCEDES, ABAD BAÑUELOS BEATRIZ, CUMBRAOS SANCHEZ MARIA JOSE, CAMPOS MONTELLANO FRANCISCO JAVIER, LOPEZ MALLÉN MARIA PILAR, ARRABAL TORCAL PILAR, SALLAN DIAZ LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No procede
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Uso seguro del medicamento

PROBLEMA

Dentro del ámbito del Uso Seguro del Medicamento, diferentes organizaciones recomiendan instaurar prácticas seguras encaminadas a reducir los errores de medicación (EM). Los medicamentos de alto riesgo (MAR) son aquellos que presentan una probabilidad elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Por la potencial peligrosidad asociada al uso de estos medicamentos y con objeto de minimizar la aparición de EM con estos fármacos, en el hospital se han iniciado diferentes estrategias.

En los últimos años, dentro del Servicio de Farmacia se está trabajando en líneas de actuación específicas con determinados MAR (insulina, heparina, metotrexato, etc). Pero dada la importancia de definir estrategias globales con este tipo de fármacos, se ha decidido iniciar intervenciones formativas, de identificación y revisión de MAR en las unidades de hospitalización.

RESULTADOS ESPERADOS

-Identificar los MAR con código de color en todos los botiquines del hospital
-Definir tanto estrategias generales como simplificar y/o eliminar MAR en unidades de hospitalización
-Desarrollar medidas de mejora específicas en base a los incidentes detectados en la revisión del botiquín.

MÉTODO

En primer lugar se procederá a revisar los MAR existentes en el botiquín. En consenso con la Supervisora de la Unidad se eliminarán del botiquín aquellos MAR cuyo consumo sea escaso o nulo. Asimismo, se procederá a simplificar aquellos MAR en el caso de que existan varias presentaciones, con el objetivo de minimizar errores.

Una vez finalizada la revisión se entregarán las etiquetas de color rojo para que estos fármacos queden identificados mediante código de colores en el botiquín.

Se registrará el tipo de estrategia llevada a cabo, simplificación de presentaciones o eliminación de las mismas.

Con objeto de dar continuidad a las estrategias implementadas se procederá a revisar de manera periódica los pactos de MAR acordados y actualizarlos, si procede.

INDICADORES

-(Número de botiquines finalizados/Botiquines totales)*100

Con objeto de cuantificar los MAR, tanto por especialidad como por principio activo que se simplifican o eliminan, se procederá a registrar los siguientes indicadores:

Por especialidad:

-(Número de MAR eliminados/MAR total del botiquín)*100

Por principio activo:

-(Número de principios activos eliminados/principios activos identificados como MAR en el botiquín)*100

-(Número de principios activos simplificados/principios activos identificados como MAR en el botiquín)*100

Se considerará que el botiquín está finalizado una vez se hayan entregado y colocado las etiquetas de color. MAR hace referencia a cada una de las especialidades farmacéuticas.

DURACIÓN

Durante el año 2016 se procederá a la revisión de los botiquines e identificación de los MAR. A lo largo del año 2017 se revisarán las estrategias implementadas con periodicidad semestral.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0748

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0911

1. TÍTULO

MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ANTIBIOTICOS DE ESTRECHO RANGO TERAPEUTICO: VANCOMICINA Y AMINOGLUCOSIDOS

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE ISABEL PUERTOLAS TENA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALLENDE BANDRES MARIA ANGELES
LUQUE GOMEZ PILAR
LARA NAVARRO EMMA
JIMENO SAINZ ARACELI
COLLADO HERNANDEZ PILAR
SERRANO ARCOS MIGUEL ANGEL
GIRON JORCANO GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A continuación se detallan las actividades desarrolladas:

- Revisión del proyecto.

Durante el segundo semestre de 2016 el Servicio de Farmacia redactó un documento titulado "Unidad Funcional de Farmacocinética Clínica: Monitorización de antibióticos" que incluyó los objetivos, competencias y metodología de trabajo de esta nueva actividad. En octubre de 2016 se revisó el borrador junto con el Servicio de Bioquímica y el equipo PROA, aprobándose en noviembre de 2017.

Actualmente está vigente la versión 2 del documento (actualizado en febrero de 2017). Dicho documento se ha enviado a la dirección de correo electrónico: unidaddecalidadh03@gmail.com

El protocolo incluye entre otros: los criterios de indicación de monitorización de vancomicina y aminoglucósidos (ver apartado 8.2), los rangos terapéuticos idóneos para cada fármaco (vancomicina, amikacina, gentamicina, tobramicina) y en cada indicación (ver anexo 5) y el circuito de trabajo con las competencias de cada perfil profesional (ver gráfico del anexo 1).

- Puesta en marcha de la técnica para determinar los niveles de aminoglucósidos.

Durante el segundo semestre de 2016, el Servicio de Bioquímica trabajó en la incorporación de la determinación analítica de concentraciones plasmáticas de aminoglucósidos en su cartera de servicios. Se encargó de la adquisición de reactivos y material fungible, validación de la técnica y calibración del aparato, siendo a partir de noviembre de 2016 cuando se incluyó la técnica dentro de la oferta de determinaciones disponibles en el hospital.

Actualmente la medición de niveles se realiza en el Laboratorio de Urgencias de lunes a domingo las 24 h del día. Las concentraciones séricas de amikacina y gentamicina se determinan mediante técnica de interacción cinética de micropartículas en solución (KIMS) y las de tobramicina a través de ensayo inmunoenzimático homogéneo (EIA), todas ellas en autoanalizador Cobas 6000.

- Difusión del proyecto a los profesionales del hospital

El miércoles 9 de noviembre de 2016 se presentó el proyecto en el hospital a través de la sesión general titulada: "Farmacocinética Clínica: Un paso más en la optimización del uso de antibióticos".

Además de desarrollar diferentes aspectos teóricos que explicaban el beneficio de la monitorización farmacocinética en el uso seguro y eficaz de antibióticos de estrecho margen terapéutico, se detallaron conceptos prácticos sobre cómo se iba a poner en marcha la actividad en el hospital (objetivos y competencias, circuito de trabajo, herramientas y recursos disponibles, etc.)

- Diseño (formato electrónico) de informe farmacocinético (PK).

En el periodo octubre 2016 - enero 2017, se trabajó de forma conjunta con el Servicio de Informática para el diseño de una plantilla que facilitara la creación de informes PK que se visualizaran en la intranet del hospital.

Desde febrero de 2017 este formato ya está disponible, e incluye la siguiente información:

- Identificación del paciente

- Servicio responsable

- Fecha del informe

- Datos antropométricos del paciente

- Antibiótico prescrito y pauta actual.

- Resultado de las concentraciones séricas de fármaco (mcg/mL)

- Parámetros farmacocinéticos estimados.

- Recomendación, si procede, de un nuevo esquema terapéutico: dosis, intervalo posológico, día y hora de inicio del nuevo esquema

- Fecha de próxima monitorización.

- Datos de contacto de farmacéutico responsable del informe.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores propuestos y resultados:

- Disponibilidad de indicaciones de monitorización de vancomicina y aminoglucósidos (documento/intranet)

COMPLETADO. Incluido en el apartado 8.2 del documento "Unidad Funcional de Farmacocinética Clínica: Monitorización de antibióticos"

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0911

1. TÍTULO

MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ANTIBIOTICOS DE ESTRECHO RANGO TERAPEUTICO: VANCOMICINA Y AMINOGLUCOSIDOS

- Definición de los niveles diana de vancomicina y aminoglucósidos (documento/intranet)
COMPLETADO. Incluidas como tablas en el anexo 5 del documento "Unidad Funcional de Farmacocinética Clínica: Monitorización de antibióticos"
- Disponibilidad de la técnica analítica para aminoglucósidos (informe del Jefe de Servicio)
COMPLETADO. Desde noviembre de 2016 está disponible la determinación de niveles de aminoglucósidos en horario de lunes a domingo las 24h del día.
- Número de pacientes en los que se solicitan niveles / Número de pacientes que reciben vancomicina
PARCIALMENTE COMPLETADO. No ha sido posible medir el nº total de pacientes que reciben vancomicina en todo el hospital ya que no se pueden contabilizar los que reciben este antibiótico en plantas SIN prescripción electrónica.
Por tanto, para evaluar este indicador sólo se han tenido en cuenta, tanto en el numerador como en el denominador, los pacientes CON prescripción médica en formato electrónico y CON sistema de dispensación en dosis unitaria, ya que si no existe dispensación no queda registrado en el histórico (caso cirugía A).
Por otro lado, es conveniente resaltar que el denominador está falseado por exceso ya que no ha sido posible excluir los pacientes que han recibido vancomicina vía oral, que aunque es un porcentaje muy bajo, falsea algo el resultado.
Los datos se han obtenido del programa de prescripción Unidosis Pharmatools de Dominion y de los informes PK del HP Doctor.
Periodo marzo/noviembre 2017.
 - Nº pacientes en los que se solicitan niveles: 111
 - Nº pacientes que reciben vancomicina: 208Resultado: En el 53,3% de pacientes que reciben vancomicina se solicitan niveles para ajuste posológico individualizado.
- Número de pacientes en los que se solicitan niveles/Número de pacientes que reciben aminoglucósidos.
PARCIALMENTE COMPLETADO. No ha sido posible medir el nº total de pacientes que reciben aminoglucósidos en todo el hospital ya que no se pueden contabilizar los que reciben estos antibióticos en plantas SIN prescripción electrónica.
Por tanto, para evaluar este indicador sólo se han tenido en cuenta, tanto en el numerador como en el denominador, los pacientes CON prescripción médica en formato electrónico y CON sistema de dispensación en dosis unitaria, ya que si no existe dispensación no queda registrado en el histórico (caso cirugía A).
Los datos se han obtenido del programa de prescripción Unidosis Pharmatools de Dominion y de los informes PK del HP Doctor.
 - Nº pacientes en los que se solicitan niveles: 26
 - Nº pacientes que reciben aminoglucósidos: 189Resultado: En el 13,7% de pacientes que reciben aminoglucósidos se solicitan niveles para ajuste posológico individualizado.
- % recomendaciones aceptadas / nº total recomendaciones propuestas por la UFFC.
COMPLETADO. En el periodo marzo-noviembre de 2017 el grado de aceptación de las recomendaciones emitidas por el Servicio de Farmacia a través de sus informes PK ha sido del 94,75%.
Desglose del indicador por meses.
 - Marzo 92%
 - Abril 87%
 - Mayo 86%
 - Junio 96%
 - Julio 92%
 - Agosto 100%
 - Septiembre 100%
 - Octubre 95%
 - Noviembre 100%.
- % de pacientes (total / en los que se solicitan niveles/en los que se dejan recomendaciones/en los que se siguen las recomendaciones) en los que se observa daño renal (reversible/irreversible) en el curso del uso de vancomicina o aminoglucósidos.
COMPLETADO. En el periodo marzo-noviembre de 2017 no se ha observado daño renal en ningún paciente monitorizado en los que se haya aceptado la recomendación posológica. 0%.
En un 1,53 % de los pacientes se ha observado riesgo de fallo renal según los criterios RIFLE (aumento de la creatinina x 1,5) aunque en todos los casos la creatinina ha vuelto a sus valores habituales tras ajuste/suspensión del antibiótico.
- Nº total monitorizaciones / mes.
COMPLETADO. En el periodo marzo-noviembre de 2017 se realizaron un total de 317 monitorizaciones. Se ha calculado una media de 35 monitorizaciones / mes.
Desglose del indicador por meses:
 - Marzo: Vancomicina 40; aminoglucósidos 5. Total: 45
 - Abril: Vancomicina 26; aminoglucósidos 5. Total: 31
 - Mayo: Vancomicina 30; aminoglucósidos 4. Total: 34
 - Junio: Vancomicina 28; aminoglucósidos 10. Total: 38
 - Julio: Vancomicina 34; aminoglucósidos 9. Total: 43

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0911

1. TÍTULO

MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ANTIBIOTICOS DE ESTRECHO RANGO TERAPEUTICO: VANCOMICINA Y AMINOGLUCOSIDOS

- Agosto: Vancomicina 34; aminoglucósidos 8. Total: 42
- Septiembre: Vancomicina 19; aminoglucósidos 5. Total: 24
- Octubre: Vancomicina 18; aminoglucósidos 3. Total: 21
- Noviembre: Vancomicina: 37; aminoglucósidos 2. Total: 39

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad de Farmacocinética Clínica ha tenido buena aceptación. Los informes PK se han convertido en una herramienta de gran ayuda para los clínicos para la obtención del máximo beneficio en la medición de concentraciones séricas de antibióticos de estrecho margen terapéutico. Además, esta actividad ha permitido integrar al farmacéutico en el equipo asistencial, aumentando la comunicación con el personal médico y de enfermería, y aportando un valor añadido en la toma de decisiones del tratamiento farmacoterapéutico de los pacientes. Por otra parte, dada la buena aceptación del programa y la utilidad en la terapéutica de pacientes con infecciones, se ha establecido un circuito de solicitud de niveles de otros fármacos a laboratorios externos (casos del voriconazol y posaconazol). Los objetivos propuestos se han alcanzado de acuerdo al proyecto; si bien, se han identificado algunas limitaciones como la alta carga de trabajo asistencial, que ha dificultado la realización de reuniones de grupo y el seguimiento detallado del impacto de la actividad, y la falta de recursos tecnológicos (ej. prescripción electrónica en parte del hospital) que ha entorpecido la identificación de pacientes que podían beneficiarse de la monitorización (ej. pacientes pediátricos, pacientes en hemodiálisis, etc), la recogida de datos, explotación y obtención de indicadores globales. Respecto a la sostenibilidad del proyecto, la Unidad de Farmacocinética Clínica continúa su actividad en el HCU Lozano Blesa. Además se ha incluido dentro de la cartera de servicios del Servicio de Farmacia. En relación a las posibilidades de replicación, la monitorización farmacocinética de antibióticos de estrecho rango terapéutico es una actividad extensible a cualquier hospital en el que haya: un farmacéutico especialista con conocimientos teóricos y prácticos sobre FC, una técnica validada para la determinación de concentraciones plasmáticas de fármacos y un programa informático de monitorización farmacocinética de aplicación en la práctica clínica habitual.

7. OBSERVACIONES.

Enviado documento "Unidad Funcional de Farmacocinética Clínica: Monitorización de antibióticos" a la dirección: unidaddecalidadh03@gmail.com

*** ===== Resumen del proyecto 2016/911 ===== ***

Nº de registro: 0911

Título
MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ANTIBIOTICOS DE ESTRECHO RANGO TERAPEUTICO: VANCOMICINA Y AMINOGLUCOSIDOS

Autores:
PUERTOLAS TENA ISABEL, ALLENDE BANDRES MARIA ANGELES, LUQUE GOMEZ PILAR, LARA NAVARRO EMMA, JIMENO SAINZ ARACELI, COLLADO HERNANDEZ PILAR, SERRANO ARCOS MIGUEL ANGEL, GIRON JORCANO GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Farmacocinética Clínica es el conjunto de actividades dirigidas a diseñar pautas posológicas individualizadas mediante la aplicación de los principios farmacocinéticos y farmacodinámicos (PK/PD). La base de esta disciplina no sólo reside en la determinación de las concentraciones plasmáticas de fármacos, sino también en la realización de una adecuada interpretación y utilización de estos datos. Actualmente el Hospital Clínico dispone de la determinación de concentraciones plasmáticas de algunos fármacos, pero este servicio no se acompaña de la interpretación de los resultados ni de la realización de un adecuado seguimiento. Por ello, desde el Servicio de Farmacia junto con el apoyo del equipo PROA se ha promovido la creación de una Unidad de Farmacocinética Clínica. Creemos que esta actividad puede resultar muy útil, transformándose en una herramienta de gran ayuda para los clínicos con el fin de obtener el máximo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0911

1. TÍTULO

MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ANTIBIOTICOS DE ESTRECHO RANGO TERAPEUTICO: VANCOMICINA Y AMINOGLUCOSIDOS

beneficio en la medición y garantizar un uso seguro y eficaz de fármacos de estrecho margen terapéutico en determinados pacientes.

Además, la Farmacocinética Clínica es una actividad claramente reconocida dentro de la especialidad de Farmacia Hospitalaria y su instauración puede ser una buena oportunidad de proyección clínica e integración del farmacéutico en las unidades asistenciales.

La finalidad de nuestro proyecto se centra en la monitorización de vancomicina y aminoglucósidos (gentamicina, amikacina, tobramicina). Se trata de un grupo antibióticos de estrecho margen terapéutico, en los que la optimización del tratamiento puede ayudarnos a evitar situaciones de toxicidad, aumentar la efectividad y respuesta clínica de los pacientes, e incluso a prevenir su multirresistencia.

Además, tras la inminente implantación de la determinación analítica de aminoglucósidos, objetivo promovido por el equipo PROA, y la ya existente de vancomicina, nuestro hospital se convertirá en el centro de referencia del Salud para la medición de niveles séricos de antibióticos y por tanto otros centros de nuestra comunidad podrán beneficiarse de dicha actividad.

RESULTADOS ESPERADOS

- ? Promover el uso seguro y eficaz de vancomicina y aminoglucósidos en pacientes que por su situación clínica requieren un ajuste individualizado del tratamiento.
- ? Instaurar una metodología de trabajo en el Servicio de Farmacia para el desarrollo de una Unidad de Farmacocinética Clínica.
- ? Elaborar informes farmacocinéticos con recomendaciones posológicas, propuestas de cambios de esquemas de tratamiento o adopción de medidas complementarias.
- ? Formar un equipo multidisciplinar entre los diferentes profesionales

MÉTODO

Las actividades a desarrollar serán las siguientes:

1. Definición de criterios de indicación de monitorización de vancomicina y aminoglucósidos
2. Definición de los niveles diana de vancomicina y aminoglucósidos
3. Puesta en marcha de la técnica analítica para determinar los niveles de aminoglucósidos
4. Puesta en marcha de un circuito de trabajo para la identificación, monitorización y consejo terapéutico de ajuste de dosis de vancomicina y aminoglucósidos.
5. Evaluación del impacto de la actividad

INDICADORES

- Disponibilidad de indicaciones de monitorización de vancomicina y aminoglucósidos (documento/intranet)
- Definición de los niveles diana de vancomicina y aminoglucósidos (documento/intranet)
- Disponibilidad de la técnica analítica para aminoglucósidos (informe del Jefe de Servicio)
- Número de pacientes en los que se solicitan niveles/Número de pacientes que reciben vancomicina
- Número de pacientes en los que se solicitan niveles/Número de pacientes que reciben aminoglucósidos
- % recomendaciones aceptadas / nº total recomendaciones propuestas por la UFFC.
- % de pacientes (total/en los que se solicitan niveles/en los que se dejan recomendaciones/en los que se siguen las recomendaciones) en los que se observa daño renal (reversible/irreversible) en el curso del uso de vancomicina o aminoglucósidos.
- Nº total monitorizaciones / mes.

1Criterios RIFLE. Kellum JA, Bellomo R, Ronco C. Definition and classification of acute kidney injury. Nephron Clin Pract. 2008;109:c182-7

DURACIÓN

Octubre 2016

- Diseño (formato electrónico) de informe farmacocinético.
- Revisión del proyecto.
- Puesta a punto de la determinación analítica de aminoglucósidos.

Noviembre 2016

- Presentación del proyecto en sesión general del hospital.
- Inicio oficial de la actividad de la Unidad Farmacocinética en el hospital.

Trimestralmente

- Evaluación de la actividad a través de indicadores.
- Reuniones de grupo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0933

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA PLANIFICACION SANITARIA DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICOTICOS INYECTABLES DE LIBERACION PROLONGADA EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE ALBERTO FRUTOS PEREZ-SURIO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ CRESPO ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas incluyen la recepción de los formularios de solicitud de antipsicóticos de liberación prolongada (Risperidona Consta, Paliperidona mensual o trimestral, y Aripiprazol depot), para el inicio, renovación o cambio de tratamiento, de los pacientes en los diferentes Centros de Salud y Unidades de Salud Mental del Sector Sanitario Zaragoza III.

El grado de cumplimiento del calendario se ajusta a la planificación previa, mediante las correspondientes solicitudes en albaranes urgentes, para el tratamiento mensual de los pacientes, según el cronograma previsto, y solicitudes adicionales cuando se incluye un nuevo paciente. Para la dispensación de los tratamientos de Risperidona Consta, medicamento que ha de conservarse en frío, se generan solicitudes específicas para tramitar, directamente con el laboratorio titular autorizado de la comercialización de ese producto, su envío directo a la unidad peticionaria. En el caso de los tratamientos con paliperidona de liberación prolongada trimestral, no se incluye en los petitorios de los centros de salud, pactados para realizar peticiones mensuales o de menor frecuencia, y se acuerda con las coordinadoras de enfermería en los equipos de atención primaria, su petición agregando medicamento fuera de pacto los meses que son necesarios.

Queda redactado el "PROTOCOLO DE DISPENSACION DE ANTIPSICOTICOS PARENTERALES DE ACCION PROLONGADA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III".

En 2017 se publica, en Pharmacy & Pharmacology International Journal, un artículo sobre el plan de dispensación, de estos antipsicóticos de segunda generación, desde Farmacia Hospitalaria hacia Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para la estimación de frecuencia de pacientes en tratamiento se utilizaron, en el denominador de la fórmula de cálculo, los datos demográficos de las Zonas Básicas de Salud (ZBS) obtenidos desde el documento de trabajo de DISPOSITIVOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD MENTAL DE ARAGON 2016 (disponible en: <http://tinyurl.com/jkjm3k>). Con respecto a paliperidona palmitato (Xeplion mensual), 22 pacientes inician tratamiento desde el HCULB (paciente ingresado o en consultas externas del Servicio de Psiquiatría o en Hospital de Día), 5 desde Unidades de Salud Mental del Sector, 1 desde el Centro de Rehabilitación Psicosocial, 1 para un Centro Socio-Sanitario y el resto de tratamientos son dispensados a los Centros de Salud (CS) de los pacientes.

En el caso de la dispensación de paliperidona trimestral, cuatro pacientes pertenecen a ZBS no incluidas en el Sector Zaragoza III: Rebojería, Valdespartera, Daroca, y San José Sur.

Se documentaron 45 pacientes en tratamiento con aripiprazol, de los que el 80% están en tratamiento con dosis de 400 mg. De los 45 pacientes registrados en el periodo de estudio, un paciente deja de estar en tratamiento por cambio a paliperidona de liberación prolongada (Xeplion 150 mg), la dispensación de un paciente deja de realizarse desde el HCULB (atención farmacéutica realizada por otro Sector Sanitario, ya que se administra en un CS externo al nuestro), y un paciente finaliza el tratamiento (sin documentar motivo de retirada).

Las tasas obtenidas por 100.000 habitantes, se presentan para un denominador poblacional de personas con edad igual o superior a 18 años. Estas tasas ajustadas siempre coinciden con las tasas brutas para los diferentes antipsicóticos, excepto en el caso del mínimo de dispensaciones de Aripiprazol para el CS Miralbueno-Garrapinillos (6,40), que para el denominador poblacional total (incluidos menores de 18 años) es menor que en el CS La Almunia de Doña Godina (7,93).

Aplicando la fórmula de cálculo se obtienen, como número de pacientes en tratamiento, expresado como valores máximos y mínimos, por cada 100.000 habitantes adultos:

- Risperdal Consta: CS Casetas (54,68) y CS María de Huerva (6,80).
- Xeplion: CS Cariñena (138,02) y CS Miralbueno-Garrapinillos (8,31).
- Abilify Maintena: CS Casetas (46,87) y CS La Almunia de Doña Godina (7,93).
- Trevicta: CS Ejea de los Caballeros (53,71) y CS Bombarda (7,23).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El análisis de la situación actual, de las causas y de los procesos relacionados, ha permitido establecer una correcta planificación farmacoterapéutica de los pacientes incluidos en los programas de Salud Mental, lo que supone una herramienta que aumenta considerablemente la eficacia, seguridad y cumplimiento de los tratamientos, la calidad de la evaluación y seguimiento clínico de los pacientes en tratamiento con estos fármacos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0933

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA PLANIFICACION SANITARIA DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICOTICOS INYECTABLES DE LIBERACION PROLONGADA EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III

*** ===== Resumen del proyecto 2016/933 ===== ***

Nº de registro: 0933

Título
PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA PLANIFICACION SANITARIA DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICOTICOS INYECTABLES DE LIBERACION PROLONGADA EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III

Autores:
FRUTOS PEREZ-SURIO ALBERTO, MARTINEZ CRESPO ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las oportunidades de mejora detectadas en la monitorización del actual ACG 2016 facilitarán la continuidad asistencial y la intervención de profesionales de distintos centros y/o niveles asistenciales, con continuidad de proyectos ya incluidos, con la consecuente mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la calidad de vida de los pacientes pluripatológicos en el área de Salud Mental, así como en los procesos organizativos y de administración, en los que intervienen varios Servicios o Unidades.

Se establece este proyecto para la aplicación de las Instrucciones del Servicio Aragonés de Salud sobre adquisición y dispensación de Aripiprazol intramuscular depot, Paliperidona inyectable de liberación prolongada, y de Risperidona inyectable de liberación prolongada en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón, comenzamos a adquirir dichas especialidades farmacéuticas directamente y a distribuir las a las Unidades de Salud Mental y a los Centros de Salud, para su administración a los pacientes, su seguimiento clínico y control. Desde entonces, en el Servicio de Farmacia hemos registrado los datos que considerábamos imprescindibles para el óptimo funcionamiento del circuito establecido. Analizando los datos recogidos, hemos observado varias oportunidades de mejora, y decidido priorizar en la mejora de la planificación sanitaria del tratamiento farmacológico. Adicionalmente, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y sus consecuencias negativas clínicas y económicas se consideran por la OMS un problema de salud pública que se traduce también en un problema de seguridad.

El análisis de la situación actual, de las causas y de los procesos relacionados, permite establecer la necesidad de planificación farmacoterapéutica de los pacientes incluidos en los programas de Salud Mental, lo que supone una herramienta que aumenta considerablemente la eficacia, seguridad y cumplimiento de los tratamientos, la calidad de la evaluación y seguimiento clínico de los pacientes en tratamiento con estos fármacos.

Para la estimación de frecuencia de pacientes en tratamiento se utilizarán, en el denominador de la fórmula de cálculo, los datos demográficos de las Zonas Básicas de Salud (ZBS) obtenidos desde el documento de trabajo de DISPOSITIVOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE ARAGÓN 2016 (disponible en: <http://tinyurl.com/jkjm3k>)

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la planificación y adecuación de los tratamientos antipsicóticos de liberación prolongada con respecto a la política sanitaria. Se pretende mejorar el control clínico y farmacoterapéutico de pacientes con esquizofrenia a los que se dispensan, desde el Servicio de Farmacia del HCULB los tratamientos antipsicóticos risperidona inyectable de liberación prolongada, paliperidona suspensión y aripiprazol intramuscular depot.

La planificación de los cambios y acciones de mejora necesarias contribuyen al desarrollo de Servicio y del profesional sanitario. Puesto que la gestión de este circuito se centraliza en el Servicio de Farmacia, se propone una estrategia para:
- Aumentar la adherencia al tratamiento de estos pacientes a través del seguimiento farmacoterapéutico.
- Mejorar la seguridad de los pacientes desarrollando buenas prácticas entre el equipo multidisciplinar implicado.
- Ajuste de las prescripciones a los protocolos vigentes tanto de especializada como en primaria.
- Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los Centros de Salud (CS), las Unidades de Salud Mental (USM) del Sector y Farmacia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0933

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA PLANIFICACION SANITARIA DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICOTICOS INYECTABLES DE LIBERACION PROLONGADA EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III

MÉTODO

Profesionales participantes: Servicio Farmacia Atención Especializada - USM. En consultas de Salud Mental se realiza el seguimiento clínico Psiquiátrico. -Enfermera de las USM realizan los cuidados de enfermería. - Actividades: - Difusión de la oportunidad de mejora detectada los profesionales sanitarios implicados. Farmacéuticos. - Detección de los pacientes con problemas de adherencia. Farmacéuticos. - Establecimiento del canal de captación y notificación del incumplimiento del tratamiento. Todos. - Análisis de los factores y causas de los problemas de adherencia. Equipo Mejora.

INDICADORES

- N° de pacientes con Risperidona consta en CS o USM/N° pacientes de la ZBS.
- N° de pacientes con Paliperidona de liberación prolongada en CS o USM/N° pacientes de la ZBS.
- N° de pacientes con Aripiprazol intramuscular depot en CS o USM/N° pacientes de la ZBS.
Fecha de inicio: noviembre 2016. Fecha prevista de finalización: diciembre 2017.

DURACIÓN

- Noviembre 2015- Noviembre 2016 Fase de pre-análisis datos, detección pacientes incumplidores y establecimiento canal comunicación
- Diciembre 2016 Probar y verificar la utilidad de las medidas propuestas y realizar, si procede, los ajustes necesarios.
- Enero - Noviembre 2017 Monitorizar el proceso mejorado
- Diciembre 2017 Evaluación y análisis de resultados, propuestas de mejora
Realización de reuniones de equipo quincenales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0210

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS DE PACIENTES CRONICOS DEPENDIENTES DEL HCU LOZANO BLESA Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE EN LA INTRANET DE HCU

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE ANA MARIA MONCHE PALACIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GESTION DE CASOS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA BARRECHEGUREN ANA
SERRANO ARCOS MIGUEL ANGEL
CALVO NAVAL ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras conseguir los permisos necesarios por parte de la Dirección de Enfermería, se elaboraron 3 tipos de plantillas para otros tantos modelos de informes que se emiten al alta de los pacientes valorados por las enfermeras gestoras de casos: Informe de traslado a hospital o centro socio-sanitario, Informe traslado Vía Rápida San Juan de Dios, Informe Simple para Atención Primaria
En el mes de diciembre 2016 se introdujeron en el HP-doctor y a partir del 1/01/2017 se realizaron los informes desde esta plataforma. Al mismo tiempo se inició la comunicación a través de correo electrónico con los coordinadores de los centros de salud, cada vez que un paciente era dado de alta del hospital, para informar de la aparición de los informes en la historia electrónica del paciente.
En el mes de mayo y abril se mantuvieron varios contactos con distintos centros de AP y con dirección de enfermería de AP, para confirmar la visibilidad de nuestros informes desde estos centros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 01/01/2017 hasta el 01/12/2017 se han realizado 437 Informes a centros sociosanitarios, 47 Informes Vía Rápida SJD, y 270 Informes simples para AP,
754 Informes realizados / 894 pacientes valorados por EGC= 0.84
754 Informes incluidos en Intranet/754 Informes realizados =1
Por lo tanto el 84% de los pacientes valorados por las Enf. Gestoras de Casos tienen un informe en la Historia Electrónica
Se ha comunicado a AP la existencia de dichos informes al 100%
Los datos se recogen de los registros y estadísticas que realizan la Enfermeras Gestoras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La colaboración con el servicio de Informática ha sido muy beneficiosa, facilitando la formación necesaria para la realización de todos los informes. No todos los pacientes valorados por las Enfermeras gestoras de casos, ni todas sus actuaciones, precisan de informe a Atención Primaria, por lo que el porcentaje puede variar más o menos según las necesidades. La implantación del sistema ha sido total y por lo tanto queda perfectamente incluido en el trabajo diario y en las funciones de las Enfermeras Gestoras. No se excluye que en el futuro pueda haber rectificaciones de plantilla o nuevas inclusiones dependiendo de las necesidades que vayan surgiendo.
Por otro lado, la inclusión de dichos informes en la Intranet, ha sido valorada positivamente por otros profesionales del equipo de salud, que pueden optar a la máxima información sobre el paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/210 ===== ***

Nº de registro: 0210

Título
INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS DE PACIENTES CRONICOS DEPENDIENTES DEL HCU LOZANO BLESA Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE EN LA INTRANET DE HCU

Autores:
MONCHE PALACIN ANA MARIA, GARCIA BARRECHEGUREN ANA, SERRANO ARCOS MIGUEL ANGEL, CALVO NAVAL ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0210

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS DE PACIENTES CRONICOS DEPENDIENTES DEL HCU LOZANO BLESA Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE EN LA INTRANET DE HCU

Tipo Patología : Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente crónico dependiente
Línea Estratégica . : Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos . :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque : Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque. :

PROBLEMA
Actualmente las Enfermeras Gestoras de Casos realizan los informes y se recogen en una base de datos propia, siendo la comunicación con Atención primaria a través del Correo Electrónico, y por fax a través de admisión del HCU. No se guardaban en la Historia clínica del paciente.
Pretendemos mejorar la confidencialidad, la comunicación con Atención Primaria y el acceso de todos los profesionales implicados a los informes que se generan. Así como la permanencia de estos informes en la historia clínica del paciente.
Informatización de los informes clínicos de la intervención de la Enfermera Gestora de Casos del hospital. Incluir los informes dentro del soporte informático en la Historia Clínica general virtual del paciente, de manera que estén accesibles en la Intranet del hospital y a través de su enlace con la Historia Clínica Electrónica sea visible desde cualquier punto de la Red Sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
-Aumentar la confidencialidad de los datos clínicos de los pacientes en la comunicación entre la Enfermera Gestora de Casos y el Equipo de Atención Primaria.
-Proporcionar el acceso a la información, a los profesionales sanitarios que acceden a la Intranet del HCU y a la Historia Clínica Electrónica del paciente

MÉTODO
-Solicitar y obtener los permisos de acceso para poder "colgar" nuestros informes en la Intranet del HCU (Ana Monche/Ana García)
-Crear el documento informático adecuado para los distintos tipos de informes que realizan las Enfermeras Gestoras de Casos (Ana Monche/M.A. Serrano)
-Incluir los informes clínicos en el soporte informático de la Intranet del Hospital y en la Historia Clínica de los pacientes (M.A. Serrano/ Alfredo Calvo)
-Comunicar a los Centros de Atención Primaria la accesibilidad a los informes de la Enfermera Gestora de Casos.

INDICADORES
-Nº de informes informatizados en la Intranet/Nº total de informes realizados
-Nº de informes incluidos en la Intranet y comunicados a A. Primaria/Nº total de informes realizados

DURACIÓN
Octubre de 2016: Solicitar y obtener los permisos de acceso a la intranet y al sistema informático HPDOCTOR
Realización de las plantillas de los informes de la Enfermera Gestora de Casos y su inclusión en la herramienta informática HPDOCTOR
Octubre-Diciembre 2016: Realización de los informes en el sistema HPDOCTOR y su inclusión en la Intranet hasta alcanzar el 100% de los informes realizados
Enero-Marzo 2017: Comunicación a los Equipos de Atención Primaria para informar de la introducción de los informes en la Historia Clínica General del paciente y de su accesibilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1034

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LAS INFECCIONES EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA: PROA-HEMATOLOGIA

Fecha de entrada: 27/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA OLAVE RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ FERNANDEZ RAQUEL
PAÑO PARDO JOSE RAMON
CASTILLO GARCIA JAVIER
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL
PEREZ TRULLEN ALFONSO
DE BENITO JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la constitución del GdT PROA Hematología se han realizado diversas actividades:
-Cortes de antimicrobianos para valoración del nivel de cumplimentación de la indicación y duración de antimicrobianos en el paciente hematológico.
-Encuesta a los miembros del Servicio de Hematología sobre la situación del uso de antimicrobianos y las posibilidades de mejora.
-Comunicación de los resultados de la encuesta en sesión del Servicio.
-Elaboración de un protocolo de actuación en el paciente hematológico neutropénico con sospecha de infección. Este protocolo ha sido consensuado con todos los integrantes del GdT de los Servicios implicados (Microbiología, Farmacia, Radiología, UCI, Neumología, Infecciosos y Hematología) e incluye la actuación tanto en el ámbito diagnóstico como terapéutico.
-Se ha planificado el pase antibiótico semanal, cada lunes, con presencia de todos los miembros del Servicio de Hematología y de un miembro de Infecciosos y/o Microbiología

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Disponibilidad de una guía local de diagnóstico y tratamiento de los principales síndromes infecciosos en el paciente hematológico neutropénico, acordada por el GdT y pendiente de la aprobación por la Comisión de Infecciones.
-Mejora de la percepción en la calidad del uso de antibióticos por los facultativos de Hematología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Se ha elaborado un protocolo de actuación en el paciente hematológico neutropénico que quedaría pendiente de aprobación en la Comisión de Infecciones del hospital. Posteriormente se procederá a su difusión entre todos los Servicios del hospital implicados (todos ellos están representados en el GdT) y se añadirá como un apartado específico dentro de la guía PROA del hospital.
-Se debe implementar el pase antibiótico semanal para integrar los aspectos microbiológicos y los aspectos clínicos/hematológicos, con objeto de sistematizar el manejo clínico-laboratorio de la infección en el paciente hematológico.
-Es necesario continuar trabajando de manera sistemática y multidisciplinar, para completar los objetivos pendientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1034 ===== ***

Nº de registro: 1034

Título
OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LAS INFECCIONES EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA: PROA-HEMATOLOGIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1034

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LAS INFECCIONES EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA: PROA-HEMATOLOGIA

Autores:

OLAVE RUBIO MARIA TERESA, MARTINEZ FERNANDEZ RAQUEL, PAÑO PARDO JOSE RAMON, CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER, BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL, PEREZ TRULLEN ALFONSO, DE BENITO AREVALO JOSE LUIS, PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las complicaciones infecciosas del paciente oncohematológico presentan una elevada morbi-mortalidad . Su elevada frecuencia y gravedad, así como la creciente resistencia a los antibióticos hacen que su manejo sea altamente complejo y que su adecuada prevención, diagnóstico y tratamiento continúen siendo un objetivo fundamental para el Servicio de Hematología.

Una de los principales problemas en su manejo deriva del incremento de la resistencia a los antibióticos que, unido al parón en el desarrollo de los antimicrobianos, nos ha introducido en una "crisis antibiótica" que condiciona la necesidad de optimizar el uso de los antibióticos. Debido a dicha complejidad es imprescindible la participación de otros Servicios del hospital y su actuación coordinada en el menor tiempo posible.

Finalmente, la implicación que el Servicio de Hematología tiene en la mejora de la calidad asistencial, hace que las circunstancias para la puesta en marcha de un proceso de mejora de la calidad de uso de antimicrobianos en este Servicio sean idóneas, motivo por el que se presenta esta propuesta de Proyecto de Mejora de la Calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo primario

- Mejorar el abordaje diagnóstico y terapéutico de las infecciones en pacientes oncohematológicos.

Objetivos secundarios

- Implicar a los profesionales de diferentes servicios en un proceso transversal, continuo, de mejora de la calidad asistencial
- Optimizar la utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos

MÉTODO

Fase 1. Constitución del equipo de trabajo

- Inclusión de la optimización del uso de antibióticos (PROA) como objetivo de Servicio.
- Designación del responsable PROA del Servicio así como de otras personas clave del Servicio para esta actividad (PCS)
- Incorporación de profesionales de los Servicios de Microbiología, Radiología, Neumología, Cuidados Intensivos y Farmacia en el Grupo de Trabajo (GdT) multidisciplinar PROA.

Fase 2. Evaluación de los problemas de uso de antimicrobianos, priorización y planificación de actividades

- Realización de un corte de uso de antimicrobianos (point-prevalence survey) y de una encuesta a los miembros del Servicio

- Priorización de los problemas observados por parte del GdT PROA

- Planificación de Actividades.

- Actividades a desarrollar:

1. Elaboración de guías de diagnóstico y tratamiento de los principales síndromes infecciosos, adaptadas a las circunstancias epidemiológicas del centro
2. Realización de actividades docentes presenciales/online
3. Pase antibiótico semanal
4. Coaching antibiótico a demanda y basado en sistema de alertas clínicas, microbiológicas o de prescripción

Fase 3. Implementación de las actividades

- Comunicación al Servicio de las actividades planificadas y de las PCS
- Implementación de las actividades conforme al cronograma.

Fase 4. Evaluación del impacto de la intervención

- Análisis de los indicadores seleccionados.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1034

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LAS INFECCIONES EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA: PROA-HEMATOLOGIA

- Disponibilidad de una guía local de diagnóstico y tratamiento de los principales síndromes infecciosos en paciente oncohematológico.
- Número de pases antibióticos semanales realizados.
- Grado de mejora en la calidad de uso de antibióticos percibido por los facultativos del Servicio de Hematología.
- Proporción de pacientes oncohematológicos con bacteriemia en los que el tratamiento antibiótico inicial (empírico) y definitivo (dirigido) es apropiado, adecuado y cumple con las recomendaciones de la guía local.

DURACIÓN

1: Evaluación de la situación basal, priorización de problemas y diseño de las actividades de mejora: Noviembre, Diciembre 2016 y Enero 2017

2: Implementación de las actividades: Febrero-julio 2017; desglosado en 2 ciclos entre los que se medirá el impacto de las actividades y su posible ajuste.

3: Evaluación de resultados: Agosto-Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0434

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION INGLES GARCIA DE LA CALERA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZUECO GARCIA ELENA
SERRANO BARCOS LAURA
ACHA AIBAR BEATRIZ
SANTAMARIA MORENO LUCIA
GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA
PEREZ CIRES ALVARO
MARQUESAN CELAYA YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Visitas a los diferentes servicios del hospital y consultas externas para comprobar como se realiza la gestión de residuos en todos los ámbitos.
- Emisión de informes para resolver dudas de gestión de residuos, accidentes o incidentes ocurridos con los mismos, dirigidos a los responsables inmediatos, al Servicio de Hostelería, a la Subdirección de Gestión Económica o a Consenur.
- Desarrollo de un procedimiento de Gestión Interna de Residuos en el HCU, aprobado por la Comisión de Dirección.
- Actividades docentes:
 - o Cursos: Gestión de residuos sanitarios en el HCU Lozano Blesa, acreditado con 0,6 créditos. 4 sesiones: 11 de mayo de 2016, 7 de noviembre de 2016, 17 y 31 de octubre de 2017.
 - o Charlas:
 - ? Gestión de residuos sanitarios para alumnos de TCAE. 2 sesiones: 19 de enero y 21 de diciembre de 2017.
 - ? Gestión de residuos en Anatomía Patológica: 19 de abril de 2017.
 - o Sesión de enfermería: Gestión de residuos sanitarios: 1 de febrero de 2017
- Implantación de la recogida de residuos líquidos en los laboratorios, Anatomía Patológica y Farmacia en las garrafas adecuadas, aptas para el transporte de mercancías peligrosas por carretera. Por tanto, ya no se desechan al desagüe, ya que constituían un riesgo para el medioambiente.
- Implantación de la recogida selectiva de envases de productos químicos peligrosos, ajustando nuestra gestión de residuos a la Ley 22/2011 de residuos y suelos contaminados.
- Tratamiento de los residuos de formaldehído, declarado cancerígeno grupo 1 por la IARC (Agencia Internacional para la investigación del cáncer) mediante un circuito cerrado que neutraliza el formol permitiendo su desecho por el desagüe.
- Coordinación de la gestión de residuos extraordinarios con la empresa gestora Consenur.
- Participación en la Comisión Técnica de valoración para la adjudicación del servicio de gestión de residuos sanitarios para centros dependientes del Servicio Aragonés de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Documento del procedimiento de Gestión Interna de Residuos en el HCU: El primer indicador de evaluación era la Elaboración del manual de gestión de residuos sanitarios que está incluido en el Procedimiento.
- Impartición de los cursos acreditados: (segundo indicador). Además se han impartido otras charlas y sesiones clínicas (ver punto 5).
- Evolución de la producción de residuos (tercer indicador): El estándar era tenerlo realizado.

Los datos de producción de residuos nos los suministra mensualmente nuestro gestor externo, Consenur, en una base de datos donde se recogen las pesadas de los mismos realizadas en nuestras instalaciones, en nuestra presencia y cuyos datos son contrastados por el servicio de Hostelería.

? RESIDUOS BIOSANITARIOS- Grupo III.

Los residuos biosanitarios son los residuos más importantes en cantidad de cualquier ámbito sanitario. En la gráfica se puede observar como la producción de residuos Grupo III ha ido disminuyendo desde el año 2010 (con un repunte en 2016), de manera semejante al número de estancias y a pesar de la elevación del número de actividades de consulta.

Existe una tendencia a la baja en la producción de residuos Grupo III en relación con el número de camas, estancias y consultas desde 2010 hasta 2015. A partir de ese año aparece un repunte a pesar del descenso de las estancias totales y de las consultas.

Si observamos otros parámetros de gestión hospitalaria, sobre todo aquellos procesos que generan altas cantidades de residuos Grupo III, se aprecia que la actividad hospitalaria se ha incrementado un 8% desde 2012, y sin embargo solo se ha elevado un 1% los kilogramos totales de producción.

Atendiendo al indicador de gramos de producción por cada actividad de las incluidas entre las de alta capacidad generadora de residuos Grupo III, el descenso en la producción es evidente y se sitúa aproximadamente en un 7%. Así se explica que el aumento total en la producción de residuos grupo III está relacionado con el aumento de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0434

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESÁ

actividad y no con una peor gestión de los trabajadores en la segregación de dichos residuos.

? RESIDUOS CITOSTÁTICOS- Grupo VI

En este caso, se observa un aumento continuado del número de pacientes en hospital de día (155% de incremento en el periodo 2010-2017) y por tanto del número de tratamientos citostáticos. En consecuencia, la disminución en la producción de residuos orienta a una mejor gestión de los mismos, ya que en las inspecciones realizadas se observan que las actividades de segregación de los trabajadores son adecuadas.

La producción de residuos citostáticos ha disminuido un 44% en el año 2017 debido, en gran parte, al cambio en la gestión de residuos de piezas anatómicas formalizadas que ahora llevan un código propio, aunque su destino final sigue siendo la incineración. Si sumamos los 6303.01 Kg de citostáticos a los 3683.31, obtenemos 9.986,32, lo que nos deja con unas cifras similares de producción a los años 2010-2015.

Si relacionamos producción de residuos por sesión de paciente tratado en hospital de día vemos que en 2017 solo se han producido 520 gramos por sesión de tratamiento.

Dado que en los años previos se contabilizaban sumados los residuos anatómicos en formol, la producción por sesión en 2017 sería de 820 gramos, lo que supone una disminución real de producción del 35% por cada sesión de tratamiento respecto del año 2010.

? ÁCIDOS

Su producción ha vuelto a disminuir en 2017. La elevación tan importante de 2016 se debió a actividades de limpieza de antiguos almacenes de reactivos en los laboratorios.

? DISOLVENTES HALOGENADOS

En 2016 no se produjo este tipo de residuos, que cada vez es más infrecuente y que se aparece ocasionalmente por tareas de limpieza de productos químicos obsoletos en los laboratorios.

? DISOLVENTES NO HALOGENADOS

Su producción aumentó en un 582% en relación a 2014 durante el 2016 debido a la mejora de nuestra gestión de residuos de los laboratorios, en cumplimiento de la normativa vigente en materia de medioambiente y residuos peligrosos. Previamente muchos de ellos se iban por el desagüe.

En 2017, sin embargo, hemos disminuido su producción en un 66%, ya que desde septiembre de 2017 se ha instalado un equipo en Anatomía Patológica que convierte el formaldehído en un residuo apto para su eliminación por desagüe.

? ENVASES CONTAMINADOS

Su producción ha aumentado un 586% en relación a 2014 debido a las mejoras que estamos implementando en nuestra gestión de residuos. Actualmente existe recogida selectiva de envases que han contenido residuos peligrosos, dando cumplimiento a la normativa vigente en esta materia (Ley 22/2011 de residuos y suelos contaminados).

La recogida se realiza en una bolsa transparente colocada sobre un soporte.

En 2018 todavía se espera aumentar este tipo de residuos, ya que aun falta implantar las medidas en los laboratorios de Microbiología y Hematología.

? MEDICAMENTOS CADUCADOS

Su producción ha sido la mayor del periodo estudiado (2014-2017), a pesar de que el número de camas, número de estancias y número de consultas han sido las menores de dicho periodo. El número de estancias ha disminuido un 4,5% desde 2015 y el de consultas un 2.5%. Deberíamos mantener los esfuerzos por mejorar la gestión de los estocajes en nuestro hospital para evitar que se nos caduquen los medicamentos.

? PARAFINA

Su producción aumentó en 2017 un 147% en relación a 2016 acompañando al espectacular aumento de actividad del servicio de Anatomía Patológica que prácticamente se ha duplicado en relación a los años previos.

? REACTIVOS DE LABORATORIO

Su producción ha disminuido un 38,5% en relación a 2016. El incremento notable que tuvo lugar en 2016 se debió sobre todo a temas de limpieza de de almacenes donde se conservaban gran cantidad de reactivos en desuso desde hacía años.

? RESIDUOS ANATÓMICOS EN FORMOL

Este grupo de residuos que parece nuevo de este año 2017, es una escisión del grupo de citostáticos. Actualmente se les ha asignado una etiqueta y un grupo propio para identificar mejor el tipo concreto de residuo.

? SOLUCIONES ACUOSAS

Su producción ha aumentado casi un 2000% en relación a 2014 y un 600% respecto a 2016. Este espectacular incremento se debe a la recogida de los vertidos líquidos peligrosos de los grandes modulares de Bioquímica, que antes iban al desagüe con el subsiguiente riesgo para el medioambiente y nuestro incumplimiento en materia de residuos. Aun cabe esperar que los datos de producción de estas soluciones se eleven un poco, con la recogida adecuada de los líquidos del Laboratorio de Microbiología y se establezcan en 2018.

- Evolución de la accidentalidad relacionada con los residuos (tercer indicador): El estándar era tenerlo realizado.

Todos los accidentes relacionados con la gestión de residuos, en el Sector 3, desde 2014, han generado accidentes de tipo biológico.

Los accidentes biológicos que se deben a la inadecuada gestión de residuos constituyen un 5.04% del total de accidentes en los últimos 4 años. En 2017 existe una disminución importante de los mismos, que puede tener relación con la implantación masiva de mecanismos de seguridad pasiva en los punzantes, lo que se refleja también en los índices de accidentalidad por mil trabajadores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0434

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESA

Observamos que uno de los motivos principales es el desechar la aguja en el mismo campo de trabajo (43.44%), concepto al que podríamos sumar la aparición de aguja entre la ropa del paciente (4.92%) y aguja perdida en el suelo, superficies u otros lugares (9.02%), dando un total de 57.38%. Este problema se relaciona directamente con la costumbre de no integrar el contenedor de punzantes entre el equipamiento indispensable para realizar las técnicas.

También se relaciona con este último concepto la maniobra de reencapuchar los punzantes, que parece increíble que a estas alturas todavía se siga realizando y que constituye casi un 20% del total de los accidentes relacionados con la gestión de residuos.

Cabe destacar asimismo los problemas al introducir los punzantes en el contenedor de residuos (8,55%), que se relacionan mayoritariamente con el nivel de llenado de los mismos, lo que hace que las agujas se vuelvan. Por último, es injustificable desechar agujas en bolsas de basura (6,84% de los accidentes).

Es necesario preparar acciones preventivas para disminuir esta accidentalidad, de carácter formativo e informativo, y concienciar a los trabajadores de la necesidad de cambio de algunas costumbres en sus técnicas de trabajo.

- Emisión de los informes de mejora pertinentes según los desajustes observados o tras accidentes o incidentes: El estándar era tenerlo realizado.

Se han emitido informes de:

- Aguja en bolsa de residuos en quirófano 21.
- Contenedor de punzantes amarillo etiquetado como citostático en la consulta de alergia.
- Punzantes en bolsa de basura de vestuario.
- Punzantes en ropa de lavandería.
- Contenedor de punzantes mal cerrado en CS de Gallur.
- Gestión de residuos en Anatomía Patológica.
- Eliminación de productos químicos almacenados en Anatomía Patológica, Farmacia, Bioquímica e Inmunología.
- Plan de gestión de residuos Centro Sanitario Moncayo.

Y de forma verbal se ha informado y resuelto cuantas cuestiones se nos han planteado en relación a los residuos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha producido una importante mejora en la segregación adecuada de los residuos sanitarios:

- Actualmente, en las inspecciones realizadas en los servicios se detectan muchos menos errores, lo que es importante para la seguridad de los pacientes, los trabajadores, la institución y el medioambiente.
 - Los residuos químicos líquidos que antes se iban por el desagüe ahora se eliminan en contenedores homologados.
 - Se ha implantado la recogida de envases de productos químicos peligrosos.
 - Los residuos de formaldehído se neutralizan para poder ser eliminados por desagüe y el proceso se realiza en un circuito cerrado, evitando el contacto de los trabajadores con un agente cancerígeno.
 - Existe un Procedimiento de gestión interna de residuos en la intranet del hospital, a disposición de todos los trabajadores, para resolver dudas en la segregación.
- Es importante seguir con las labores docentes para mantener los estándares de mejora conseguidos, incluyendo los resultados de accidentalidad en relación con la gestión de residuos y medidas preventivas sobre los mismos. El siguiente paso es evaluar la situación de la gestión interna de residuos en el resto de centros adscritos al Sector, resolver las anomalías que se encuentren, estableciendo procedimientos de gestión propios y estrategias formativas adecuadas.

7. OBSERVACIONES.

Esta es la Memoria que ya incluye todos los datos de producción de residuos del 2017 y los datos de accidentalidad. Sustituye a la previa enviada.

Además, he quitado los datos de tablas y gráficos, ya que el sistema no los sustenta. Si se desea tener estos datos, pueden solicitármelos por email.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/434 ===== ***

Nº de registro: 0434

Título
MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESA

Autores:
INGLES GARCIA DE LA CALERA CONCEPCION, ACHA AIBAR BEATRIZ, Aripes TORRES PILAR, PEREZ CIRES ALVARO, SALA RODRIGO JAIME, SANTAMARIA MORENO LUCIA, ZUECO GARCIA ELENA, SERRANO BARCOS LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0434

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESÁ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Gestión de residuos, cumplimiento normativa medioambiental y de prevención de riesgos laborales.

PROBLEMA

El paso del tiempo, el cambio de técnicas de trabajo y la movilidad del personal han hecho necesario que se introduzcan actividades recordatorias de las adecuadas prácticas de gestión de residuos de nuestro centro. También se hacía necesaria la renovación y mejora de los documentos informativos que figuran colgados en la intranet, sobre todo en lo referente a residuos químicos.

En el trascurso de nuestras inspecciones hemos detectado:

- ? Dudas acerca de la adecuada gestión de algunos residuos.
- ? Eliminación de residuos Grupo II que no precisan tratamiento específico en contenedores Grupo III, lo cual encarece el gasto.
- ? Eliminación de residuos químicos en contenedores Grupo III (Riesgo biológico), lo que conlleva una gestión inadecuada.
- ? Eliminación de residuos químicos no permitidos y/o peligrosos para el medioambiente, por desagüe.
- ? Inquietud por parte de los trabajadores en mejorar la gestión de residuos no peligrosos, reciclables, tales como plástico y cristal.

Asimismo, se producen accidentes biológicos en nuestro personal o en el de la empresa de limpieza derivados de errores en la gestión de los residuos punzantes, tales como desecharlos en bolsas de basura, dejarlos entre la ropa o no llevar un contenedor adecuado a las habitaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la gestión de residuos en el HCU.
- Actualizar la guía de gestión de residuos del HCU y colgarla en la intranet del Hospital.
- Aumentar la formación y la información de los trabajadores del Hospital en la gestión de residuos sanitarios.
- Disminuir la cantidad de residuos del Grupo II (asimilables a urbanos) que van al Grupo III (Biosanitarios peligrosos).
- Mejorar la recogida adecuada de los residuos químicos, con especial atención a los laboratorios del HCU, Anatomía Patológica y Farmacia.
- Disminuir la accidentalidad relacionada con los errores en la gestión de residuos punzantes.

MÉTODO

Hemos constituido un grupo de trabajo en el que se incluyen todos los integrantes de nuestra Unidad, con reuniones periódicas semanales. Se ha dividido el hospital en secciones, que en caso de dudas, tendrán como referente a uno de nosotros.

Se realizarán 2 inspecciones anuales a cada servicio para revisar in situ posibles defectos de gestión, resolver dudas y recoger sugerencias. En los casos necesarios se remitirán informes por escrito a los responsables de los servicios.

A través de los responsables de formación del centro, se han establecido dos cursos formativos acreditados con 0.6 créditos.

Hemos revisado la normativa de gestión de residuos del HCU que está colgada en la intranet del Hospital y vamos a actualizarla.

Se han recabado datos de producción de los distintos grupos de residuos sanitarios desde el año 2010, y se van a estudiar en relación a diferentes parámetros de actividad del Hospital, para observar la evolución de nuestra producción de residuos. Asimismo, se realizará un estudio de accidentalidad relacionada con los residuos durante los últimos años y se observará su evolución.

INDICADORES

- Realización del Manual de gestión de residuos sanitarios. Realizado y colgado en la intranet del HCU.
- Sesiones formativas: Acreditadas e impartidas.
- Estudio de la evolución de la producción de residuos del Sector: Realizado.
- Estudio de la evolución de la accidentalidad relacionada con los residuos: Realizado.
- Emisión de los informes de mejora pertinentes según los desajustes observados durante las inspecciones o tras accidentes o incidentes: Realizados.

DURACIÓN

- Primera Inspección de los diferentes servicios: Primer semestre de 2016.
- Realización y puesta a disposición en la Intranet del documento de Gestión de residuos Sanitarios: Diciembre de 2016.
- Realización de la segunda inspección anual: Cuarto trimestre de 2016.
- Presentación del estudio de la evolución de la producción de residuos de 2016 en relación con las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0434

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESÁ

producciones de entre 2010 - 2015: Febrero de 2017.

- Análisis de la evolución de la accidentalidad relacionada con los residuos desde 2010: Febrero de 2017.
- Curso: Gestión de Residuos Sanitarios en el HCULB:
- ? 1ª edición: 11 de Mayo 2016.
- ? 2ª edición: 7 de Noviembre 2016.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0003

1. TÍTULO

CULTURA DE SEGURIDAD Y PROFESIONALES SANITARIOS EN MEDICINA INTENSIVA

Fecha de entrada: 09/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN DIAZ MELE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OBON AZUARA BLANCA
MILLAN TARATIEL PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Reparto del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes del Ministerio de Sanidad y Consumo (versión española del Hospital Survey on Patient Safety) a la totalidad de los profesionales sanitarios del Servicio de Medicina Intensiva (enfermería y medicina). Reparto en mano, formato papel.
-Recogida anónima de los cuestionarios (disponible un buzón para ello)
-Análisis de las respuestas
-Medición de la percepción de la CS en nuestro ámbito
-Identificación fortalezas
-Identificación oportunidades de mejora
-Difusión de los resultados en Sesión Clínica del Servicio
-Elaboración de un plan con las medidas identificadas que puedan incidir sobre las oportunidades de mejora para implementación de medidas que mejoren la seguridad del paciente y la CS en la UCI

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES

-Conocer el grado de CS en el Servicio de Medicina Intensiva=
> 78% (estándar > 50%).

Fórmula: N° cuestionarios contestados/N° total de trabajadores sanitarios

-Identificación fortalezas=86%

(>6= 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo o de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo)

-Identificación oportunidades de mejora: Valor obtenido 70%

(>6= 50% de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo o de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo)

Otros aspectos a señalar (no incluidos en los indicadores):

-calificación del clima de seguridad fue de 6,88 (sobre 10)

-notificación Eventos adversos (EA): 8%

-Feed-back y comunicación sobre errores: 30%

-Se aumenta el ritmo de trabajo a pesar de que ello implique sacrificar la seguridad del paciente con un 68,11%

-Insuficiente dotación de personal: 70%

-El personal se apoya mutuamente: 80%

-Los errores no se utilizan en contra de los profesionales: 62%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- No se notifican EA. Se ha realizado una sesión subrayando la importancia de la notificación pero también se ha señalado el vacío legal con respecto a los SNI.

-El clima del Servicio es favorable, se trabaja en equipo que se apoya mutuamente, no existe un ambiente punitivo y la CS percibida se valora como positivamente.

7. OBSERVACIONES.

Existen aspectos muy negativos que quedan fuera de nuestro alcance (aumento del ritmo de trabajo en determinadas ocasiones, insuficiente dotación de personal, entre otros).

Es probable que desde el SALUD y Departamento sea posible incidir en ellos, mejorando así la Seguridad del Paciente.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/3 ===== ***

Nº de registro: 0003

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0003

1. TÍTULO

CULTURA DE SEGURIDAD Y PROFESIONALES SANITARIOS EN MEDICINA INTENSIVA

Título
CULTURA DE SEGURIDAD Y PROFESIONALES SANITARIOS EN MEDICINA INTENSIVA

Autores:
DIAZ MELE MARIA CARMEN, OBON AZUARA BLANCA, MILLAN TARATIEL PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías del enfermo crítico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....: Seguridad del Paciente/ Compromiso de los profesionales/ Trabajo en equipo

PROBLEMA
Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se encuentran en el escalón más alto de la atención especializada, en ellas se proporciona a los pacientes más graves y complejos algunas de las prestaciones más sofisticadas de la medicina actual.

Los pacientes ingresados en una UCI se encuentran sometidos a un alto riesgo de sufrir algún acontecimiento adverso, incluyendo complicaciones graves y potencialmente mortales.

La Cultura sobre Seguridad del Paciente (CS) resulta esencial para minimizar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente (IRSP), y su medición es esencial para conocer el punto de partida, así como para concienciar a los profesionales de la importancia de la SP en la práctica asistencial habitual, si se desea diseñar actividades que incrementen la seguridad clínica y que minimicen la probabilidad de presentarlos.

“Los proyectos Zero” (BZ, NZ, RZ) de larga tradición en la UCI, comprenden un conjunto de medidas que contribuyen a mejorar la SP. En sus inicios, y con motivo de su implantación, en 2012 se diseñó un programa destinado a conocer el grado de CS entre los profesionales de la UCI.

Transcurridos ya 4 años del mencionado programa, y varios “Proyectos Zero” desarrollados, parece más que pertinente actualizar la información acerca del grado de CS entre nuestros profesionales, que nos permita abordar nuevas estrategias para mejorar la SP en nuestro ámbito.

RESULTADOS ESPERADOS
Este programa tiene como objetivo fundamental valorar cuál es la percepción de la Cultura de Seguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, así como concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de la Seguridad y cómo de su implicación activa resulta factible y sostenible lograr una asistencia de mayor calidad.

MÉTODO
Siguiendo la metodología propuesta para el análisis de los datos por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), adaptada al español, se perfilarán las fortalezas, así como las oportunidades de mejora lo que, como ya se ha mencionado nos permitirá incrementar la calidad de la asistencia proporcionada.

Así mismo, mediante el análisis de las oportunidades de mejora, y aprovechando conjuntamente las fortalezas, se diseñarán estrategias de mejora de SP y rediseñarán si es preciso algunas de las ya implementadas.

También se diseñarán las medidas oportunas para plantear reevaluación de los objetivos en el plazo de un año, mediante la identificación de nuevas áreas de mejora que permitan la sostenibilidad del proyecto, basándonos en el proceso continuo de mejora de la calidad asistencial.

Se establecerá la percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Servicio de Medicina Intensiva mediante la colaboración e implicación de todos los profesionales sanitarios, incluyendo todos los estamentos, que trabajan en la Unidad.

Inicialmente esto se realizará mediante la cumplimentación del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes, de manera voluntaria y anónima, que se repartirá en formato papel. Se empleará el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes del Ministerio de Sanidad y Consumo (versión española del Hospital Survey on Patient Safety) ya que constituye un instrumento validado y de uso público que evalúa la Cultura de Seguridad desde la perspectiva de los profesionales sanitarios en medio hospitalario.

Con el análisis de los resultados se realizará la medición de la percepción de la CS de este Servicio, así como la identificación de sus fortalezas y oportunidades de mejora. Esta identificación permitirá iniciar medidas que mejoren estas dimensiones, pudiendo ser evaluadas nuevamente con posterioridad.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0003

1. TÍTULO

CULTURA DE SEGURIDAD Y PROFESIONALES SANITARIOS EN MEDICINA INTENSIVA

INDICADOR 1

Conocer el grado de CS en el Servicio de Medicina Intensiva > 50%
(Nº cuestionarios contestados/Nº total de trabajadores sanitarios)

INDICADOR 2

Identificación de Fortalezas

(>ó= 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo o de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo)

INDICADOR 3

Identificación de Oportunidades de Mejora

(>ó= 50% de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo o de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo)

DURACIÓN

Durante el mes de octubre de 2016 se repartirá entre todos los profesionales sanitarios de la UCI el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes del Ministerio de Sanidad y Consumo (versión española del Hospital Survey on Patient Safety).

Durante los meses de noviembre, diciembre de 2016 y enero de 2017 se realizará el análisis de los datos.

En febrero de 2017 se difundirán los resultados del cuestionario de medición de la Cultura de Seguridad, así como las fortalezas detectadas y las oportunidades de mejora, lo que permitirá iniciar medidas que mejoren estas dimensiones y que podrán ser evaluadas nuevamente con posterioridad.

En marzo y abril de 2017 se elaborará un plan con las medidas identificadas que puedan incidir sobre las oportunidades de mejora para implementación de medidas que mejoren la seguridad del paciente y la CS en la UCI a lo largo del resto del año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0587

1. TÍTULO

PROYECTO HUCI: HUMANIZAR LOS CUIDADOS INTENSIVOS. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR LUQUE GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAMS CLARAMUNT MARIAN
PEREZ MARTINEZ EDUARDO
ZALBA ETAYO BEGOÑA
RONCAL SOLA SUSANA
PARCES ARILLA PILAR
DIAZ MELE MARIA CARMEN
HERNANDEZ ARENAZA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Creación de equipos multidisciplinares
Presentación al resto del Servicio: sesión general y microsésiones en controles enfermería
Realización material informativo (presentaciones power point que se dejan en ordenadores del Servicio para su consulta)
Realización posters para colocación en las de espera
Elaboración (no acabada todavía) material gráfico para comunicación con paciente intubado)
Diseño camisones específicos para paciente de UCI. se han comprado y comenzado a utilizar
Diseño cortinas para boxes. Se han aprobado por parte de Dirección. pendiente de compra e instalación
Compra e instalación de relojes en todos los boxes
Instalación de taquillas para visitantes
Ampliación de horarios de visitas para horario de comidas y cenas
Elaborado protocolo contención mecánica y de sedación y analgesia (pendiente de aprobación definitiva)
Modificación de las normas de uso sobre teléfonos móviles, actualmente permitidos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tal y como se indica en apartado anterior

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se trata de un proyecto de largo recorrido que implica un cambio mentalidad de los trabajadores del Servicio. Modificar los horarios de visitas hasta llegar a un modelo de UCI de puertas abiertas es un cambio muy grande que ha de instaurarse a pequeños pasos y que requiere ciertos cambios estructurales (la colocación de cortinas que garanticen la intimidad de los pacientes, por ejemplo)

7. OBSERVACIONES.

El proyecto ha tenido una gran acogida entre el personal, habiéndose creado un grupo muy activo y entusiasta. Se presentó comunicación de los que estamos haciendo en las Jornadas de Calidad de la SACA 2017

*** ===== Resumen del proyecto 2016/587 ===== ***

Nº de registro: 0587

Título
PROYECTO HUCI: HUMANIZAR LOS CUIDADOS INTENSIVOS. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autores:
LUQUE GOMEZ PILAR, RAMS CLARAMUNT MARIAN, PEREZ MARTINEZ EDUARDO, ZALBA ETAYO BEGOÑA, RONCAL SOLA SUSANA, PARCES ARILLA PILAR, DIAZ MELE MARIA CARMEN, HERNANDEZ ARENAZA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes críticamente enfermos
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0587

1. TÍTULO

PROYECTO HUCI: HUMANIZAR LOS CUIDADOS INTENSIVOS. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El desarrollo de la Medicina Intensiva en los últimos 30 años ha sido espectacular permitiendo unas cifras de supervivencia de los pacientes críticamente enfermos mayor del 80% en España. La UCI es un entorno altamente tecnológico donde se garantiza la mejor asistencia para el paciente crítico, pero esta tecnificación nos hace olvidar en ocasiones que tras las enfermedades hay personas que las sufren y familias que viven el paso por la UCI como una de las experiencias más traumáticas de su vida.

RESULTADOS ESPERADOS

Creemos importante desarrollar un plan estratégico que tiene como objetivo humanizar los cuidados intensivos. Ante la imposibilidad de realizar cambios estructurales en la arquitectura y diseño de la UCI actual, se realizarán cambios en el comportamiento/actitud de los profesionales y cambios organizativos

MÉTODO

Hemos priorizado los siguientes objetivos

- 1.- CREACIÓN EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES (enfermería, técnicos cuidados enfermería y médicos)
- 2.- FLEXIBILIZACIÓN PROGRESIVA DEL HORARIO DE VISITAS, adaptándolos al paciente y a su situación clínica. Incrementar el horario en el que permanecen los familiares en la UCI visitando a los pacientes, especialmente en el caso de que se estén conscientes. Adaptar el horario de visitas a las necesidades especiales que puedan tener las familias.
- 3.- FACILITAR UNA INFORMACIÓN ADECUADA PARA PACIENTES Y FAMILIARES
 - Utilización de material gráfico e imágenes que ayuden a comprender tanto la enfermedad como las pruebas diagnósticas y terapéuticas necesarias
 - Creación de carteles explicativos para colocar en la sala de espera de familiares
 - Realización de cursos sobre la comunicación de malas noticias
 - Mejorar la comunicación con el paciente intubado: uso de dispositivos de comunicación no verbal/alternativa
- 4.- MEJORAR Y PROMOVER EL BIENESTAR DEL PACIENTE:
 - Elaboración de un protocolo sedación y analgesia
 - Valoración sistemática de sensaciones de disconfort del paciente (dolor, sed, frío...)
 - Prevención del delirio: colocación de relojes en los boxes, disminuir ruido y luz ambiental. Promover el uso de gafas, audífonos, etc que previamente lleve el paciente
 - Favorecer el confort psicológico y espiritual: Permitir objetos personales (teléfono móvil, ordenador, televisión, útiles aseo personal...). Favorecimiento de la asistencia espiritual o religiosa que el paciente o sus familiares demanden
 - Evitar el uso de contenciones mecánicas inadecuadas. Elaborar un protocolo de utilización de contención mecánica
- 4.- INTEGRAR A LAS FAMILIAS en el proceso de atención al paciente. Favorecer su participación en las labores de higiene y administración de comidas. Favorecer la presencia de los familiares durante las sesiones de fisioterapia.
- 5.- MANEJO DE SITUACIONES TERMINALES: HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN EL FINAL DE LA VIDA
Limitación soporte vital. Cuidados paliativos . Cuidados al final de la vida.
Conocer las preferencias del paciente. Conocer sus creencias religiosas
Resolver los conflictos potenciales. Procurar privacidad en el momento de la muerte para que sea posible que familia exprese su dolor
- 6.- ESTABLECER UN BUZÓN DE SUGERENCIAS para que pacientes y familiares, si lo desean, en el momento del alta del paciente cuenten su experiencia y nos sugieran cambios a realizar.
- 7.- DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMAS SOCIALES y puesta en contacto con los Trabajadores Sociales del Hospital.

INDICADORES

- Protocolo de Sedación y Analgesia
- Protocolo de Uso de Contención Mecánica
- Porcentaje de encuestas entregadas al alta/Número de altas
- Cursos de formación al personal (al menos dos)
- Ampliación horario visitas : al menos 20% de tiempo superior al actual

DURACIÓN

- CREACIÓN EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES: Médicos, enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería. Oct-Dic 2016
- PUESTA EN MARCHA DE LAS MEDIDAS: 2017
- VALORACIÓN RESULTADOS: Oct 1017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0587

1. TÍTULO

PROYECTO HUCI: HUMANIZAR LOS CUIDADOS INTENSIVOS. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0744

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACION CONTINUADA Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS TOLERANCIA ZERO EN LAS UNIDADES DE CRITICOS DEL HCULB

Fecha de entrada: 05/06/2018

2. RESPONSABLE VALERA ESTHER JUBERIAS SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BAQUEDANO BRUNA INMACULADA
CARRION MARCO CARMEN
GOMEZ ANDREU SILVIA
GOMEZ BACA CARMEN ANGUSTIAS
HERNANDEZ ARENAZA ANA
GARCIA MARTINEZ ELISA
MACHIN MACHIN MARIA ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado, según nuestro programa, tres sesiones formativas.

La primera sesión formativa se inició en diciembre de 2016, fue una sesión abierta para ambas unidades de críticos de nuestro servicio. Se formaron un total de 40 enfermeras y 23 TCAES. El porcentaje de formación de personal de nueva incorporación es el siguiente:

	ENFERMERAS	TCAES
BZ	75,00%	23,07%
NZ	50,00%	92,30%
RZ	33,33%	15,38%

Tomando como objetivo el 80% de personal de nueva incorporación planteado, observamos que solamente en la sesión de NZ en TCAES se cumple dicho objetivo.

La segunda sesión fue ya una sesión acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Aragón. Por lo tanto, fue una sesión con un número máximo de asistentes de 30 profesionales. Se formo un total de 14 enfermeras y 16 TCAES. El porcentaje de formación de personal de nueva incorporación es el siguiente:

	ENFERMERAS	TCAES
BZ-NZ-RZ	50%	83,33%

Tomando como objetivo el 80% de personal de nueva incorporación planteado, también se observa que el objetivo solo es cumplido por el personal TCAES

La tercera sesión también fue una sesión acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Aragón. Fueron 30 profesionales. Se formo a un total de 5 enfermeras y 16 TCAES. El porcentaje de formación de personal de nueva incorporación es el siguiente:

	ENFERMERAS	TCAES
BZ-NZ-RZ	60%	50%

El objetivo en esta sesión no es cumplido. Pero queremos aclarar que la demanda de formación en esta última sesión ha sido mayor en el personal fijo.

El total de formación entre ambas sesiones ha sido de 59 enfermeras y 55 TCAES: de este total 37 son personal fijo de la unidad, 45 personal interino y 32 personal contratado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nombre del Indicador Valor (resultado cuantitativo) del Indicador

-INDICADOR: Bacteriemia relacionada con catéter venoso central en pacientes críticos: Indicador de resultado.
Fórmula: número de bacteriemias relacionadas con catéter venoso central en un período determinado de tiempo x 1000 / sumatorio de días de catéter venoso central en todos los pacientes portadores de estos dispositivos en dicho periodo de tiempo. Población: todos los días de catéter venoso central en enfermos dados de alta que han permanecido más de 24 horas en el servicio, durante el periodo de estudio. Estándar: 3 episodios por 1000 días de CVC

Fuente de datos: registro ENVIN-HELICS del año 2017. Resultado:
0,88 episodios por 1000 días de CVC

En 17 camas de UCI-Quirúrgica (Central y Quirúrgica)

- INDICADOR: Neumonía asociada a ventilación mecánica: indicador de resultado. Fórmula: número de neumonías asociadas a ventilación mecánica en un período determinado de tiempo x 1000 / sumatorio de días de ventilación mecánica invasiva en los pacientes con este soporte ventilatorio en dicho periodo de tiempo. Estándar de 7 episodios por 1000 días de VM.

Fuente de datos: registro ENVIN-HELICS del año 2017. Resultado:

1,96 episodios por 1000 días de VM

-INDICADOR: Porcentaje de pacientes aislados en el periodo de estudio (01/01/2017 al 31/12/2017)

En 17 camas de UCI-Quirúrgica (Central y Quirúrgica)

Número de ingresos: 867 pacientes:

20,88%(181 pacientes) porcentaje global de pacientes con aislamiento en este período de tiempo (1/01/2017 al 31/10/2017)

15,69% (136 pacientes) con aislamiento al ingreso en este período de tiempo (1/01/2017 al 31/10/2017) de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0744

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACION CONTINUADA Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS TOLERANCIA ZERO EN LAS UNIDADES DE CRITICOS DEL HCULB

estos:

83,09% presentan un resultado negativo

16,91% presentan un resultado positivo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Incentivar la participación a las sesiones, favoreciendo con compensación horaria, o cubriendo el tiempo de duración.

-Incidir en las medidas básicas de prevención que observamos en las rondas de seguridad su escaso cumplimiento.

-Conseguir la implicación de todos los colectivos implicados.

-Abrir el ámbito de docencia de Bacteriemia Zero y Resistencia Zero hacia todas las unidades del hospital, mediante sesiones de Enfermería (ya se ha realizado una para personal de todo el hospital el 14/02/2018)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/744 ===== ***

Nº de registro: 0744

Título

SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACION CONTINUADA Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS TOLERANCIA ZERO EN LAS UCIS HCULB

Autores:

JUBERIAS SANCHEZ VALERA ESTHER, BAQUEDANO BRUNA INMACULADA, GOMEZ ANDREU SILVIA, GOMEZ BACA CARMEN ANGUSTIAS, PEREZ VALLE RAQUEL, HERNANDEZ ARENAZA ANA, GARCIA MARTINEZ ELISA, MACHIN MACHIN MARIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Enfermedad nosocomial

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)

Otro Enfoque.....: Seguridad de paciente

PROBLEMA

Como consecuencia de la tendencia actual al cambio de personal de enfermería cada dos años en las UCIS del HCULB la rotación que se soporta es muy intensa, generando una serie de riesgos en la atención del paciente. Los motivos más importantes que justifican la persistencia de las complicaciones infecciosas son, entre otros: La falta de auditorías en el cumplimiento de las recomendaciones, se desconoce las tasas de cumplimiento de las normas más básicas, la ausencia de un programa de formación continuada para el personal de reciente incorporación, así como reciclajes programados para el personal fijo, la falta compromiso institucional en el objetivo de disminuir las infecciones nosocomiales relacionadas con dispositivos vasculares. Por todo ello, es necesario la aplicación de programas de intervención más contundentes, con implicación de todos los colectivos comprometidos en la atención de los pacientes críticos. El grupo es consciente de que estos proyectos Tolerancia Zero llevan implantados desde el 2009, no son proyectos nuevos, por eso además de la formación del personal de nueva incorporación, que nos parece muy importante, el objetivo fundamental de nuestro planteamiento es el seguimiento mediante rondas de seguridad de que el paquete de medidas de cada uno de los proyectos se realiza de forma adecuada, ya que se ha observado una relajación por parte todos los profesionales, además de que este proyecto pudiera ser el programa pionero en la implementación del plan de seguridad integral implícito de todos los proyectos Tolerancia Zero. Plan que en nuestras unidades no se lleva a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS

En cuanto a formación: Formación del 80% del personal de enfermería de nueva incorporación sobre los Proyectos Tolerancia Zero. En cuanto a seguimiento, que es el objetivo principal: -Evaluación del paquete de medidas de cada uno de los proyectos, mediante listas de verificación (rondas de seguridad) dependientes de los protocolos de prevención de cada proyecto (avaladas por SEMICYUC y SEEIUC, aprobados por el Ministerio de Sanidad y consumo y por nuestro Sistema Aragonés de salud).

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0744

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACION CONTINUADA Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS TOLERANCIA ZERO EN LAS UNIDADES DE CRITICOS DEL HCULB

En cuanto a formación: Se realizará en forma de sesiones clínicas, en un día y hora fijo de la semana cada uno de los proyectos: Bacteriemia Zero: impartido por una enfermera y dirigido a enfermeras y TCAE. Duración de una hora. Responsable: Carmen A. Gómez. Neumonía Zero: impartido por una enfermera y dirigido a enfermeras y TCAE. Duración de una hora. Responsable: Ana Hernandez. Resistencia Zero: impartido por un médico, una enfermera y una TCAE, dirigido a enfermeras, TCAE, celadores y personal de la limpieza. Duración de dos horas, repartida entre los formadores. Responsable: Esther Juberías. En cuanto a seguimiento: De forma trimestral (durante el primer año) se realizarán rondas de seguridad (por parte de los miembros del proyecto) por turno en un día de la semana aleatorio, evaluando la lista de verificación determinada de cada proyecto. En dependencia del ítem la evaluación será por observación directa y/o revisión del registro en historia clínica. Responsable Ronda de Bacteriemia Zero: Mª Asunción Machin. Responsable Ronda Tolerancia Zero: Virginia Exposito. Responsable Ronda Resistencia Zero: Elisa Garcia

INDICADORES

Indicador de formación: Indicador de resultado. Porcentaje de personal de enfermería de nueva incorporación formado. Indicadores de seguimiento: Bacteriemia relacionada con catéter venoso central en pacientes críticos: Fuente de datos: registro ENVIN-HELICS Neumonía asociada a ventilación mecánica: indicador de resultado.. Fuente de datos: registro ENVIN-HELICS. Tasa de Pacientes-día en los que se aplican Precauciones de Contacto, definida como el número de paciente-día en los que se aplica este tipo de precauciones por cada 1.000 pacientes-día ingresados cada mes. Este indicador se obtiene de forma continua a partir de la hoja de registro diario de factores de riesgo.

DURACIÓN

Duración del proyecto anual, las sesiones se organizarán en periodos diferentes según los años en los que se realice movilidad interna del personal de enfermería del HCULB. En el año 2017 no se realizará tal proceso, por lo tanto, el calendario será el siguiente: PERIODO FORMATIVO: 1ºPERIODO DICIEMBRE 2016. 2ºPERIODO: JUNIO 2017. Se realizará un tercer periodo con el proceso de movilización interna en marzo. RONDAS DE SEGURIDAD: INICIAL: (sin formación): noviembre de 2016. 1º RONDA: enero de 2017. 2º RONDA: marzo de 2017. 3º RONDA: junio de 2017. 4º RONDA: septiembre de 2017. 5º RONDA: diciembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0769

1. TÍTULO

ACTIVIDAD DE SEGUIMIENTO EXTRA-UCI: EL PROCESO DEL PACIENTE CRITICO COMO UN CONTINUO ASISTENCIAL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE NURIA SANCHEZ DONOSO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENEZ BARTOLOME BELEN
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL
MILLAN TARATIEL PAULA
VIRGOS SEÑOR BEATRIZ
BARCELO CASTELLO MIREIA
JIMENEZ RIOS MARIA
MORA RANGIL PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los pacientes críticos requieren un elevado nivel de cuidados interrumpidos cuando pasan a planta. Presentan características potencialmente graves que pueden motivar prolongar su estancia hospitalaria, reingreso en UCI o su muerte. La hospitalización debe ser entendida como un continuo antes y después de UCI. Durante el año 2018 se identificó al alta a pacientes con factores riesgo (FR) para reingresar en UCI o fallecer en planta. Se realizó su seguimiento durante la primera semana, los días laborables en el turno de mañana, mediante revisión en Intranet de datos relevantes que orientasen la evolución y visita en planta para modificar o ajustar tratamiento si procedía, previa información y puesta en contacto con su médico responsable. Se cumplimentó una plantilla por paciente en seguimiento. Actuaciones llevadas a cabo en el momento de ser dados de alta: Registrar en el informe alta (IA) los factores de riesgo de los pacientes, fecha de colocación de catéter venoso central (CVC), fecha de instauración de antibióticos (AB) y fecha estimada de retirada (cuando ello era posible). Actuaciones llevadas a cabo en el seguimiento del paciente: Confirmación de la estabilidad del paciente sin precisar otra actuación, participación en decisión de LTSV, reorientación diagnóstica, intensificación o ajuste de las medidas terapéuticas, seguimiento estrecho de su evolución y detección de evolución desfavorable planteando reingreso en UCI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de pacientes dados de alta a planta de UCI-Q (no cuentan los exitus ni los traslados a otro hospital) en el periodo del 1-1-2018 al 30-12-2018: 337 pacientes.
- N° de pacientes dados de alta a planta que presentan al menos un factor de riesgo para ser incluidos en el proyecto: 139 (41% del total)
- N° de pacientes que han sido seguidos en planta de los que presentan factores de riesgo: 130 (93%) El objetivo era > 85%
- N° de pacientes dados de alta a planta con CVC: 109
- N° de informes en los que consta la fecha de inserción del catéter: 95
- Indicador: 95/109 x 100: 87%. El objetivo era > 90%
- N° de pacientes dados de alta a planta con AB amplio espectro: 54 (36,5% del total de pacientes en seguimiento)
- N° IA UCI-Q donde hay constancia de las fechas de inicio de tratamiento AB amplio espectro: 49
- Indicador: 49/54 x 100: 90,7%. El objetivo era >90%
- N° de informes en los que consta la fecha de inicio de AB: 75 (50,7% del total)
- N° total de IA con AB: 82
- Indicador: 75/82 x 100: 91%. El objetivo era > 90%
- La duración prevista de AB se reflejó en el 13,7% de los pacientes en seguimiento y no se dejó constancia de ello en el IA en el 16,5%. En un 44,6% de IA no procedía hacerlo porque no llevaban AB al alta y en un 25,2% se consideró no posible estimar la duración de la antibioterapia principalmente por persistencia de focos no drenables o resultados microbiológicos pendientes.
- N° de actuaciones llevadas a cabo:
 1. De los 130 pacientes, 88 (el 59,5%) permanecieron estables.
 2. En 3 pacientes (2%) se decidió Limitación de las terapias de soporte vital (LTSV).
 3. En 1 paciente (0,7%) se procedió a reorientación diagnóstica.
 4. En 24 pacientes (16,2%) se realizó ajuste del tratamiento.
 5. En 15 pacientes (10,1%) se llevó a cabo un seguimiento estrecho en planta.
 6. 8 pacientes (5,4%) requirieron reingreso precoz en UCI.

La mayoría de pacientes seguidos en planta permanecieron estables sin precisar ninguna actuación. En casi una quinta parte se realizó ajuste tratamiento, que principalmente consistió en recomendar la retirada de CVC innecesarios recordando el riesgo de mantener dichos dispositivos.

• N° reingresos detectados mediante proyecto/N° total reingresos
Indicador: 6/8 x 100: 75%. El objetivo era >80%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0769

1. TÍTULO

ACTIVIDAD DE SEGUIMIENTO EXTRA-UCI: EL PROCESO DEL PACIENTE CRITICO COMO UN CONTINUO ASISTENCIAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Un gran porcentaje de pacientes de UCI presentan al alta factores de riesgo que los hacen susceptibles de complicaciones, fallecimiento en planta o reingreso, siendo el más frecuente el ser portadores de un CVC. En un alto porcentaje de IA se reflejó la fecha de colocación del CVC, dato importante a tener en cuenta para prevenir una posible bacteriemia asociada. No obstante, no fuimos capaces de alcanzar, por muy poco, el objetivo planteado de más del 90% de IA reflejando dicho dato (nos quedamos en un 87%).
- La mitad de los pacientes seguidos llevaban antibioterapia al alta y en más de un tercio ésta era de amplio espectro. En la mayoría de IA constaba la fecha de inicio de antibioterapia, facilitando a otros facultativos una mayor optimización y uso adecuado de los mismos.
- Recomendar/insistir en una retirada precoz de los CVC y la antibioterapia, si es posible, es clave para mejorar la seguridad de los pacientes.
- Sólo en 3 pacientes se realizó LTSV, cuya práctica no es tan habitual fuera de las UCIs pese a que está bien definida y forma parte de la buena práctica clínica. Es posible que ello se deba a desconocimiento de la misma y miedo a repercusiones legales por parte de los profesionales sanitarios.
- Mediante el proyecto se detectaron casi todos los reingresos sin llegar al objetivo propuesto quizá porque el seguimiento se realizaba sólo por las mañanas y días laborables (y sabemos que los pacientes se deterioran más cuando hay menos facultativos en el hospital que puedan atenderlos, es decir, tardes y festivos fundamentalmente).
- Para cualquier proyecto que pretenda mejorar la calidad de los servicios de salud, es necesaria una monitorización estrecha, motivación continuada y tiempo para lograr los objetivos planteados. A veces, esto no es posible por la propia carga asistencial a que están sometidos los profesionales.
- Como proyecto de continuación de la UCI sin paredes hemos podido acompañar al paciente en su "paso" a planta en esos primeros días de mayor incertidumbre para ellos y sus familias percibiendo la satisfacción de los mismos y la propia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/769 ===== ***

Nº de registro: 0769

Título
PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA DE UCI: UCI SIN PAREDES

Autores:
SANCHEZ DONOSO NURIA, JIMENEZ BARTOLOME BELEN, BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL, MILLAN TARATIEL PAULA, FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA, SANCHO VAL ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes críticos postquirúrgicos y politraumatizados
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .: Otro tipo Objetivos

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La patología que presenta el enfermo crítico se debe considerar como un proceso continuo que se inicia antes de su ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) y se mantiene tras el alta del mismo. La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes dados de alta desde el SMI se cifra entre un 5 y un 25% y la mayoría de los casos fatales ocurren en la primera semana tras el alta. El reingreso en el SMI cuadruplica la mortalidad de los pacientes y duplica su estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el proyecto UCI SIN PAREDES se pretende identificar al alta de la Sección UCI-Quirúrgica a los pacientes de mayor riesgo de desarrollar eventos adversos y proporcionarles un seguimiento estrecho tras el alta con el fin de disminuir la mortalidad, evitar su reingreso en UCI o bien para procurar su reingreso precoz antes de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0769

1. TÍTULO

ACTIVIDAD DE SEGUIMIENTO EXTRA-UCI: EL PROCESO DEL PACIENTE CRITICO COMO UN CONTINUO ASISTENCIAL

que la condición clínica se deteriore.

MÉTODO

Previamente al alta se identificarán los pacientes que presenten uno o más factores de riesgo de mala evolución en planta (cirugía de alto riesgo, estancia prolongada en UCI, necesidad de alto nivel de cuidados de enfermería, portador de cánula de traqueostomía o CVC, fracaso orgánico en evolución, presencia de dos o más comorbilidades, antibioterapia de amplio espectro o resultados de pruebas diagnósticas pendientes).

La intervención se realizará a varios niveles:

- En el informe de alta de UCI Q se dejará constancia de fecha de colocación de catéteres venosos centrales y duración prevista de tratamientos antibióticos
 - Contacto con el facultativo responsable del servicio receptor en planta en el momento del alta
 - Visita diaria durante la primera semana de los pacientes en planta y, en caso de ser necesario, contacto con sus facultativos y/o enfermeras responsables para modificar tratamiento, realizar nuevos test diagnósticos y, si es preciso, reingreso precoz en UCI
- Se informará a los Servicios del Hospital de la implementación de este proyecto de mejora, con el fin de contar con la posibilidad de establecer un diálogo con las/los facultativas/os de los servicios, para optimizar o modificar de manera conjunta el tratamiento. Los Servicios incluidos en este proyecto son: Cirugía General, Urología, Cirugía Torácica, Cirugía Vasculuar, Neurocirugía y Traumatología.

El registro de la información de los datos se realizará en un soporte informático. Los datos serán anónimos, y en la explotación final de los mismos para la obtención de los indicadores, no habrá ningún dato que permita la identificación del paciente.

INDICADORES

- Nº Informes de Alta de la Sección UCI-Q donde hay constancia de colocación CVC (fecha de la misma)
- Nº IA con constancia CVC y fecha/Nº total de IA
- VALORACIÓN > 90%
- Nº Informes de Alta de la Sección UCI-Q donde hay constancia de las fechas de inicio de tratamiento antibiótico
- Nº IA con constancia de fecha de ttº AB/Nº total de IA
- VALORACIÓN > 90%
- Nº pacientes valorados en función de los criterios de inclusión
- Nº pacientes con FR valorados/Nº total de pacientes con FR dados de alta de la UCI Q
- VALORACIÓN > 85%
- Nº actividades llevadas a cabo del total de las posibles acciones*
- *Acciones llevadas a cabo al alta y al seguimiento
- Nº de número de actividades llevadas a cabo del total de las acciones/paciente
- PUNTUACIÓN DEL 1 AL 9
- Nº reingresos llevados a cabo
- Nº reingresos detectados mediante proyecto/Nº total reingresos
- VALORACIÓN > 80%

DURACIÓN

- Constitución del equipo octubre-noviembre 2016
- Notificación resto de los Servicios del Hospital diciembre 2016
- Implementar las medidas enero-diciembre 2017
- Monitorización de los primeros resultados octubre-diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0030

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION "CHECK-LIST", EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD QUE PRECISA INGRESO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO JOSE RUIZ LAIGLESIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAÑO PRIETO JOSE RAMON
ALLENDE BANDRES MARIA ANGELES
SAGREDO SAMAMES MARIA ASUNCION
OLIVERA GONZALEZ SUSANA
SANCHEZ FABRA DAVID
JIMENO SAINZ ARACELI
VICENTE DE VERA FLORISTAN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la constitución del grupo de trabajo, el equipo de mejora se ha reunido semanal o quincenalmente.

Marzo 2016: elaboración del proyecto.

Abril 2016: constitución del grupo de trabajo

Mayo 2016: se realizó un corte transversal en el servicio de medicina interna para conocer la incidencia y tratamiento de la neumonía.

Mayo 2016: se elabora una base de datos

Junio 2016: se redefinió el proyecto y se decidió elaborar una lista de verificación sobre la valoración pronóstica, diagnóstico y tratamiento de las neumonías adquiridas en la comunidad.

Junio 2016: se elaboran los indicadores

Julio-septiembre de 2016: fase de no intervención en la que se recogieron datos referentes a todas las neumonías adquiridas en la comunidad que ingresan en el servicio de medicina interna. En esta fase se recogieron 56 casos

Octubre-diciembre 2016: fase de intervención durante la que se ha aplicado la lista de verificación.

Enero-marzo 2017 fase de postintervención

-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se incluyeron 313 pacientes repartidos en los tres periodos. En 119 casos existía relación con la asistencia sanitaria. En la fase de implementación se observó un aumento del uso de biomarcadores, especialmente el primer día (86% vs 69%; p 0.013) y se observó una tendencia al aumento del número de pacientes con diagnóstico etiológico (27% vs 17%; ns). Durante la fase de implementación la estancia media fue más alta (10,5 vs 8,5; ns). La duración de tratamiento antibiótico total disminuyó en 0,7 días (8,5 vs 9.2; p=0.03) en la fase de mantenimiento, que también asoció un descenso de la mortalidad no significativo (13,5% vs 23,9%; ns). No encontramos diferencias significativas en el resto de variables de resultado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una lista de verificación es una medida simple y económica que puede mejorar la calidad de la atención en neumonía adquirida en la comunidad pero su impacto depende de la estrategia de implementación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/30 ===== ***

Nº de registro: 0030

Título
IMPLANTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION "CHECK-LIST", EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD QUE PRECISA INGRESO HOSPITALARIO

Autores:
RUIZ LAIGLESIA FERNANDO JOSE, JIMENO SAINZ ARACELI, VICENTE DE VERA FLORISTAN CARMEN, OLIVERA GONZALEZ SUSANA, ALLENDE BANDRES MARIA ANGELES, SAGREDO SAMANES MARIA ASUNCION, PAÑO PARDO JOSE RAMON, SANCHEZ FABRA DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0030

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION "CHECK-LIST", EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD QUE PRECISA INGRESO HOSPITALARIO

Otro Tipo Patología: Infecciosas
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El incremento de las resistencias a los antibióticos, junto con las escasas novedades terapéuticas en este campo ha generado una "crisis antibiótica", que es considerada por los organismos sanitarios internacionales como uno de los principales problemas de salud pública a nivel global. Una de las principales estrategias para minimizar el impacto de la crisis antibiótica es optimizar el uso de los antimicrobianos. En este sentido, el proyecto "Proceso de optimización de uso de antimicrobianos en un servicio hospitalario PROA-MI" (Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de Calidad en el Servicio Aragonés de la Salud-2015; proyecto nº 384) desarrollado durante el año 2015 en el Servicio de Medicina Interna (SMI) del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (HCULB), mostró cómo la implantación de un Programa de Optimización Antibiótica disminuyó el consumo y gasto antibiótico -global y de antibióticos prioritarios-, la duración media de los tratamientos y los beneficios del trabajo en equipos multidisciplinares. Por otra parte, uno de los problemas del uso de los antimicrobianos es la variabilidad de la práctica clínica que lleva a una disminución de la eficiencia, de la seguridad de los pacientes y resultados dispares. La categoría diagnóstica principal CIE 486 (neumonía, organismo sin especificar) es la segunda por frecuencia dentro de las altas del SMI (8,2%) y la primera de causa infecciosa. El GRD 541 (neumonía simple y otros trastornos respiratorios excepto bronquitis y asma con complicaciones) es el primer GRD entre las altas de dicho servicio (11,2%) y el segundo con mayor impacto en estancias evitables. Por todo ello, se considera que la implantación de una lista de verificación en el diagnóstico y tratamiento de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) que ingresan en el SMI del HCULB, teniendo como base la Guía PROA del HCULB, es un medio para disminuir la variabilidad clínica en su diagnóstico y tratamiento, optimizando la terapia antibiótica, y logrando un alto impacto dentro del conjunto de la actividad del Servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo primario
• Disminuir la variabilidad en el diagnóstico y tratamiento de la NAC, optimizando la terapia antibiótica y mejorando el rendimiento de las pruebas diagnósticas.
Objetivos secundarios
• Aumentar la eficiencia en el diagnóstico y tratamiento de la NAC que ingresa en el SMI
• Aumentar la seguridad de los pacientes con NAC que ingresa en el SMI.
• Mejorar los resultados en el tratamiento y diagnóstico de la NAC que ingresa en el SMI.
• Reforzar y mantener en el tiempo los objetivos conseguidos en el año 2015, en que se llevó a cabo el proyecto "Proceso de optimización de uso de antimicrobianos en un servicio hospitalario PROA-MI" (Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de Calidad en el Servicio Aragonés de la Salud-2015; proyecto nº 384).
• Implicar a los profesionales en un proceso continuo de mejora en la utilización de los antibióticos.
• Difusión entre los profesionales de la Guía antibiótica PROA del HCULB
• Crear de manera estable un Grupo PROA propio del SMI: PROA-MI.

MÉTODO

Fase de planificación. Marzo-junio 2016
• Elaboración del borrador del proyecto
• Constitución del grupo de trabajo
• Corte transversal para detectar problemas relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las NAC en el SMI
• Priorización de problemas
• Presentación al SMI de los resultados del corte transversal.
• Elaboración de la lista de verificación
• Elaboración de la base de datos
• Definición de indicadores
• Redacción final del proyecto de mejora
Fase de no intervención. Julio-septiembre 2016
• Registro prospectivo de la NAC que ingresan en el SMI, según variables recogidas en la base de datos
• Análisis periódico de las NAC registradas
Fase de intervención. Octubre-diciembre 2016
• Presentación al SMI del proyecto de mejora
• Implantación de la lista de verificación de la NAC que precisa ingreso
• Consejo antibiótico según Guía antibiótica PROA HCULB
• Registro prospectivo de la NAC que ingresan en el SMI, según variables recogidas en la base de datos
• Análisis periódico de las NAC registradas
• Actividades docentes e informativas periódicas al SMI
Fase de análisis de resultados. Enero 2017
• Análisis de resultados
• Presentación al SMI de los resultados
• Elaboración de la memoria del Proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0030

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION "CHECK-LIST", EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD QUE PRECISA INGRESO HOSPITALARIO

INDICADORES

- % mortalidad
- % reingresos precoces (15 días; 30 días)
- Duración del ingreso hospitalario
- Duración del tratamiento antibiótico
- % de pacientes con diagnóstico etiológico
- % de pacientes con marcador biológico de gravedad (procalcitonina o proteína C reactiva)
- % de tratamientos que siguen la Guía antibiótica PROA HCULB
- % de pacientes en los que se realiza terapia secuencial

Cada indicador se evaluará mensualmente y se comunicarán los resultados al SMI en sesiones informativas.

DURACIÓN

Fase de planificación: marzo-junio 2016
Fase de no intervención: julio-septiembre 2016
Fase de intervención: octubre-diciembre 2016
Fase de análisis: enero 2017

OBSERVACIONES

El presente Proyecto está incluido dentro de las actividades del Grupo PROA-HCU y PROA-MI
Las actividades del grupo PROA-MI están incluidas en el Contrato de Gestión del Servicio para 2016.
Supone una continuidad del Proyecto PROA-HCU de 2015

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0258

1. TÍTULO

ASISTENCIA MEDICA AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO. ESTUDIOS PRELIMINARES PARA LA INSTAURACION DE UNA GUIA CLINICA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR BURILLO FUERTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBAREDA ALBAREDA JORGE
EZQUERRA HERRANDO LAURA
ESTELLA NONAY RUBEN
VELAZQUEZ ACON CARLOS
CASTILLO PALACIOS ANDRES
GOMEZ VALLEJO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde enero de 2017 han sido valorados por el facultativo de Medicina Interna 400 pacientes ingresados con el diagnóstico de fractura de cadera del anciano en el Servicio de Traumatología . Esta valoración ha incluido:
- conciliación del tratamiento ambulatorio previo del paciente con situación clínica durante el ingreso y tiempo perioperatorio
- aplicación un protocolo de manejo de anemia perioperatoria con hierro intravenosa y EPO según hemoglobina preoperatoria
- prevención y tratamiento de las complicaciones médicas más importantes
También se ha participado en la elaboración del informe de alta cuando ha sido preciso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En este momento se está completando el análisis de los indicadores propuestos en el proyecto de mejora (de estancia pre y postoperatoria, número de concentrados de hematies transfundidos y mortalidad durante el ingreso) Tras la experiencia de la atención médica en modalidad de asistencia compartida de los Servicios de Medicina Interna y Traumatología, se ha realizado una búsqueda bibliográfica para la redacción consensuada entre ambos servicios de una protocolo para la atención medico-quirúrgica del paciente anciano con fractura de cadera

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente el análisis de los indicadores así como su seguimiento futuro. Se valora poner en marcha la realización de protocolos específicos de actuación sobre complicaciones médicas frecuentes como puede ser el delirium ; así como la elaboración del protocolo mencionado en el apartado anterior. Por este motivo el equipo de trabajo propone mantener este proyecto de mejora 1 año más a fin de completar estos aspectos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/258 ===== ***

Nº de registro: 0258

Título
ASISTENCIA MEDICA AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO. ESTUDIOS PRELIMINARES PARA LA INSTAURACION DE UNA GUIA CLINICA

Autores:
BURILLO FUERTES PILAR, ALBAREDA ALBAREDA JORGE, BLANCO RUBIO NIEVES, EZQUERRA HERRANDO LAURA, ESTELLA NONAY RUBEN, VELAZQUEZ ACON CARLOS, CASTILLO PALACIOS ANDRES, GOMEZ VALLEJO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0258

1. TÍTULO

ASISTENCIA MEDICA AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO. ESTUDIOS PRELIMINARES PARA LA INSTAURACION DE UNA GUIA CLINICA

Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La fractura de cadera del anciano es una patología prevalente que supone más de 450 ingresos/año una ocupación del 49% en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HCU. Son pacientes con una edad media de 84 años de edad y elevada comorbilidad. Las complicaciones médicas aparecen en más del 40% de estos pacientes. Estas complicaciones aumentan la mortalidad y la estancia media. A pesar de los avances quirúrgicos y anestésicos introducidos en el tratamiento de estas fracturas en los últimos años no se han visto acompañados de una disminución de las tasas de mortalidad que permanecen estables.

RESULTADOS ESPERADOS

Resultado General:

- Optimizar la asistencia médica de los pacientes con fractura de cadera del anciano para evitar la aparición de complicaciones médicas con el objetivo final de instauración de una Guía Clínica.

Resultados específicos:

- Reducción de la estancia media hospitalaria.

- Reducción de las tasas de morbi-mortalidad, principalmente las relacionadas con las infecciones nosocomiales y de la anemia perioperatoria.

MÉTODO

Organizar la asistencia médica al ingreso del paciente con fractura de cadera del anciano:

Método principal:

- El paciente debe ser valorado por el Facultativo de Medicina Interna al menos una vez antes de su cirugía, que será lo más temprana posible.

- Aplicación del protocolo de "Ahorro Sanguíneo".

- Conciliación del tratamiento ambulatorio del paciente recién ingresado.

- Tratamiento de la anemia perioperatoria.

- Prevención de complicaciones más frecuentes: Desnutrición, estreñimiento e infección urinaria asociada al sondaje.

INDICADORES

Se evaluará de manera cuantitativa por parte del personal encargado:

- Estancia hospitalaria, pre y postrquirúrgica.

- Mortalidad.

- Número de pacientes en los que se ha instaurado el protocolo de "Ahorro sanguíneo en fractura de cadera del anciano".

- Número de diagnósticos secundarios generados al alta.

- Número de concentrado de hemáties transfundidos.

DURACIÓN

Proyecto de un año de duración que comenzará en Enero de 2017. En 6 meses se debería valorar los indicadores para ver su nivel de cumplimiento, pudiendo incidir en los puntos con menos seguimiento.

Los resultados preliminares de este programa crearán como resultado la instauración de una Guía Clínica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0983

1. TÍTULO

IASO: PROGRAMA TURNO DE GUARDIAS INFORMATIZADO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE BORJA DEL CARMELO GRACIA TELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ CRESPO ELENA
LAGUNA JULIAN
JIMENEZ CASADO MERCEDES
MORENO JUSTE AIDA
ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sistema informático que permite generar de forma automatizada calendarios de guardias específicos para el personal médico sanitario. El sistema recoge las preferencias y particularidades de cada una de las especialidades así como también la normativa básica vigente sobre la disposición de las guardias. Además, contiene varios "controles de calidad" que permiten visualizar de forma esquemática y básica el número de guardias de cada uno de los usuarios, la disposición de las mismas y las características asignadas (Dispone de un sistema de alarmas por el que avisa cuando un usuario presenta dos o más guardias seguidas o dos fines de semana en un mismo mes o hay alguna incongruencia en el calendario generado) lo que, de forma general, facilita la revisión de los calendarios. También permite la asignación de puentes y de guardias externas al propio hospital. Todo ello es recogido en un histórico que genera una distribución equitativa de las guardias en un cómputo anual. El sistema cuenta con un generador de guardias que, únicamente pretando un botón, permite realizar un calendario provisional de guardias con la distribución seleccionada (editable para cada hospital) Por último, presenta numerosos parámetros (tanto en forma de aleatorizar como en diferentes variables como pueden ser la probabilidad de dos guardias seguidas, la tendencia a ocupar ciertos puestos... todos ellos editables, lo que permite un amplio abanico de posibilidades de calendarios en cada uno de los meses.

El usuario puede acceder al sistema desde cualquier dispositivo conectado a internet. Al registrarse, puede consultar los calendarios de guardia, solicitar vacaciones, bajas e incluso marcar guardias realizadas en otros centros hospitalarios. Por último, también puede consultar un apartado denominado "Histórico" que, de manera gráfica, muestra la disposición de las guardias de forma global y por días de la semana de todos los meses previos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El programa IASO de turnos de guardia se encuentra vigente y se utiliza como motor principal para la puesta de guardias en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza.
- La instauración del programa IASO ha permitido simplificar el número de comisiones implicadas en la distribución mensual de las guardias (previamente 8 y en la actualidad únicamente una sola comisión unificada) así como el tiempo medio en la puesta de las mismas.
- Disminución significativa del número de errores en la colocación de las guardias
- Aumento de autonomía en el personal sanitario en el calendario de guardias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Aunque el programa permite realizar la aleatorización básica para la puesta de guardias de los principales Servicios del Hospital (Guardias Urgencias y Guardias de Medicina Interna) todavía no ha permitido la puesta de forma autónoma y sin supervisión de las guardias siendo únicamente una herramienta de ayuda y simplificación en la distribución de las guardias.
- Todavía no se han realizado los cursos pertinentes para que sea el propio personal sanitario implicado el que pueda participar de forma activa en la puesta de guardias mediante la autoselección de vacaciones/días libres/otras guardias.
- Por motivos de seguridad de los datos manejados, el programa se encuentra únicamente en la intranet hospitalaria siendo imposible su acceso desde fuera del ámbito hospitalario.
- En el momento actual nos encontramos pendientes de la obtención de fondos con el objetivo de optimizar el funcionamiento del sistema así como simplificar su uso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/983 ===== ***

Nº de registro: 0983

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0983

1. TÍTULO

IASO: PROGRAMA TURNO DE GUARDIAS INFORMATIZADO

IASO: PROGRAMA TURNO DE GUARDIAS INFORMATIZADO

Autores:
GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, LAGUNA SARRIA JULIAN, MARTINEZ CRESPO ELENA, JIMENEZ CASADO MERCEDES, MORENO JUSTE AIDA, ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La distribución de los turnos de guardia del personal médico supone un gran problema en la actualidad en los hospitales. El aumento del volumen de personal en los mismos así como la tendencia a la supraespecialización y, por consiguiente, el aumento del número de guardias de diferente índole, hacen que cada vez sea más difícil la creación de calendarios de guardias factibles y satisfactorios para la mayoría. Hasta la fecha, no encontramos ninguna medida que permita de forma automatizada, homogénea, equitativa y de fácil acceso que permita la gestión de estas guardias y además, facilite la participación del propio personal implicado, permitiendo que cada uno de los miembros del personal laboral pueda tomar parte en la disposición de las guardias en función de sus necesidades personales.

RESULTADOS ESPERADOS

La aplicación que se presenta busca aunar todas estas necesidades en un único sistema que, desde cualquier dispositivo con acceso a internet, permita la consulta de los turnos de guardia de todo el personal médico de un hospital teniendo en cuenta variables como su especialidad, sus años de experiencia, los tipos de guardia que puede desempeñar, e incluso las propias necesidades personales o laborales (congresos, bajas...) manteniendo en todo momento la equidad con respecto al resto del personal laboral médico. Además, este nuevo sistema también permite la participación de cada uno de los miembros al poder seleccionar ellos mismos días de vacaciones, libre disposición, e incluso guardias en otros centros.

La principales aportaciones sobre la técnica actual es la mejora significativa en el número de errores cometidos, el manejo de un número mucho mayor de personas sin que esto conlleve una peor distribución de las guardias, la equidad de la distribución, de forma que todo el personal al final de cada año laboral dispondrá de un reparto similar de sus guardias. Así mismo, me gustaría también remarcar la sustancial mejora en el tiempo empleado para esta labor, el cual se reduce de forma muy significativa con este nuevo método.

MÉTODO

Sistema informático que permite generar de forma automatizada calendarios de guardias específicos para el personal médico sanitario. El sistema recoge las preferencias y particularidades de cada una de las especialidades así como también la normativa básica vigente sobre la disposición de las guardias. Además, contiene varios "controles de calidad" que permiten visualizar de forma esquemática y básica el número de guardias de cada uno de los usuarios, la disposición de las mismas y las características asignadas (Dispone de un sistema de alarmas por el que avisa cuando un usuario presenta dos o más guardias seguidas o dos fines de semana en un mismo mes o hay alguna incongruencia en el calendario generado) lo que, de forma general, facilita la revisión de los calendarios. También permite la asignación de puentes y de guardias externas al propio hospital. Todo ello es recogido en un histórico que genera una distribución equitativa de las guardias en un cómputo anual.

INDICADORES

- Control mensual. Objetivo: 100% personal debe cumplir la normativa vigente por Dirección sobre el organigrama de guardias del hospital.
- Control trimestral de la distribución de las guardias por parte del programa. Objetivo: 25% personal en el rango de la media con una desviación estándar en cada uno de los días asignado.
- Control semestral: 50% personal en el rango de la media con una desviación estándar en cada uno de los días asignado.
- Control nonamestral: 75% personal en el rango de la media con una desviación estándar en cada uno de los días asignado.
- Control anual: 90% personal en el rango de la media con una desviación estándar en cada uno de los días asignados.

DURACIÓN

Octubre 2016-Enero 2017: Rediseño y actualización del programa optimizando sus aplicaciones y comprobando de manera teórica su funcionamiento.
Febrero 2017: Puesta en marcha del programa de guardias actualizado.
Abril 2017: Control trimestral.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0983

1. TÍTULO

IASO: PROGRAMA TURNO DE GUARDIAS INFORMATIZADO

Julio 2017: Control semestral
Octubre 2017: Control nonamestral
Enero 2018: Control anual. Resumen anual de objetivos cumplidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 1 Nada
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0273

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS PARA ESTUDIO MICROBIOLÓGICO

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA SOLEDAD SALVO GONZALO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VITORIA AGREDA ASUNCION
LAVILLA FERNADEZ MARIA JOSE
SANCHEZ YANGUELA ELENA
GIL TOMAS JOAQUINA
BUENO SANCHO JESSICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Incorporación de la toma de muestras para IGRAs y Resistencia Zero

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualización del manual y envío al Servicio de Calidad del HCU Lozano Blesa

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Incorporar el documento en la intranet del hospital en un sitio de fácil acceso e identificación

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/273 ===== ***

Nº de registro: 0273

Título
ACTUALIZACION DEL MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS PARA ESTUDIO MICROBIOLÓGICO

Autores:
SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD, VITORIA AGREDA ASUNCION, LAVILLA FERNADEZ MARIA JOSE, SANCHEZ YANGUELA ELENA, GIL TOMAS JOAQUINA, ALGARATE CAJO SONIA, BUENO SANCHO JESSICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El primer paso del diagnóstico microbiológico comienza con la obtención de la muestra. Toda la información que puede generar el laboratorio de microbiología depende en gran medida de la calidad de muestra enviada. Es preciso conocer los posibles agentes etiológicos de las enfermedades infecciosas y los mecanismos patogénicos de los mismos. La muestra debe ser representativa del proceso infeccioso, teniendo siempre en cuenta que en determinadas infecciones, muestras no relacionadas directamente con la focalidad clínica, pueden tener también un buen rendimiento microbiológico. El síndrome clínico y los posibles agentes etiológicos implicados condicionan no sólo el tipo de muestra a enviar sino también el procedimiento de obtención y el transporte al laboratorio. La muestra tiene que ser la adecuada, y además debe cumplir unos requisitos que aseguren su idoneidad y en consecuencia la calidad de nuestro trabajo. La idoneidad de las muestras enviadas depende del cumplimiento de una serie de medidas o reglas referentes al procedimiento de obtención, la cantidad enviada, el transporte rápido al laboratorio y las condiciones de conservación. Las consecuencias de una muestra mal tomada y/o mal enviada pueden suponer un fracaso en el aislamiento del agente etiológico o el aislamiento de posibles microorganismos contaminantes que pueden generar tratamientos innecesarios o inadecuados.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0273

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS PARA ESTUDIO MICROBIOLÓGICO

Este documento expone de forma resumida aspectos referentes a la recogida, transporte y conservación de las muestras clínicas, reseñando el material necesario, la técnica de obtención, el volumen, el número de muestras y el modo de transporte de cada una de ellas según las distintas localizaciones y características especiales de aquéllas o de los microorganismos a investigar.

La elaboración del Manual de toma de Muestras para estudio Microbiológico formó parte de los objetivos de calidad del servicio de microbiología 2011 y nuestro objetivo es la revisión y actualización del mismo.

MÉTODO

Revisión e inclusión de nuevos procedimientos por parte de los facultativos responsables

INDICADORES

Envío del Manual actualizado al Servicio de Calidad del Hospital para sustituir el que figura en la actualidad en la intranet del hospital

DURACIÓN

12 meses

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0602

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE BIOLOGIA MOLECULAR EN LA VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTES COLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LAS UCIS (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS)

Fecha de entrada: 11/12/2017

2. RESPONSABLE CRISTINA SERAL GARCIA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER
ALGARATE CAJO SONIA
MENDOZA LOPEZ CLAUDIA
BUENO SANCHO JESSICA
VELILLA SORIANO CARMEN
JIMENEZ BARTOLOME BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el marco del programa de Resistencia Zero, se identifican los microorganismos multirresistentes que colonizan pacientes ingresado en UCIs. estos microorganismos multirresistentes que crecen en los medios cromogénicos selectivos hay que detectan los mecanismos de resistencia fenotípicamente mediante pruebas de sensibilidad por difusión utilizando antibióticos seleccionados e inhibidores enzimáticos. Aquellos sospechosos de poseer una carbapenemasa se confirmaron molecularmente.
Se incluirán en el informe los resultados obtenidos en estas pruebas mejorando la certeza y la utilidad del diagnóstico.
Se seguirán archivando los microorganismos multirresistentes para tipado molecular posterior con fines de seguimiento, vigilancia y control epidemiológico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1: Número de microorganismos multirresistentes que requieren confirmación diagnóstica por métodos moleculares.
Requieren confirmación molecular 2-5 microorganismos a la semana
Indicador 2: Número de aislados portadores de betalactamasas (BLEEs, cefamicinasas, carbapenemasas) caracterizadas a nivel de genotipo (VIM, IMP, NDM, GES...; CTX-M, SHV, TEM..., CMY, DHA,...). Se ha realizado la confirmación molecular a 150 aislamientos
Indicador 3: Número de pacientes en los que reducimos el tiempo de respuesta de resultados definitivos con estas técnicas. No se ha realizado para acortar el tiempo de respuesta. Se ha utilizado para confirmar el mecanismo de resistencia. Se podría realizar de rutina para acortar el tiempo de respuesta pero el coste tendría que ser aprobado por la dirección del centro
Indicador 4: Porcentajes de resistencia por SARM, BLEE/cefamicinasas plasmídicas y carbapenemasas en enterobacterias y Pseudomonas en pacientes de UCI. Encontramos 75 pacientes con SARM (8.94%), 198 pacientes con BLEE (23.62%), 5 pacientes con pAmpC (0.59%), 11 pacientes con carbapenemasas en enterobacterias (1.31%) y 82 pacientes con P. aeruginosa productora de carbapenemasas (9.78%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto se tiene que incluir en lo asistencial. Se requiere con el plan nacional de resistencias la confirmación molecular de algunos mecanismos de resistencia, entre ellos la confirmación de carbapenemasas es prioridad 1. Hay que involucrar a las técnicas de laboratorio de bacteriología para que no empiecen a aprender biología molecular.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/602 ===== ***

Nº de registro: 0602

Título
IMPLEMENTACION DE BIOLOGIA MOLECULAR EN LA VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTES COLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LAS UCIS (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS)(PROYECTO RESISTENCIA ZERO)

Autores:
SERAL GARCIA CRISTINA, CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER, ALGARATE CAJO SONIA, BUENO SANCHO JESSICA, MENDOZA LOPEZ CLAUDIA, VELILLA SORIANO CARMEN, JIMENEZ BARTOLOME BELEN, MARECA DONATE ROSA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0602

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE BIOLOGIA MOLECULAR EN LA VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTES COLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LAS UCIS (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS)

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Implementación de un método de PCR en tiempo real en la vigilancia activa al ingreso y semanalmente de los pacientes críticos del HCU colonizados por bacterias multirresistentes de fácil diseminación horizontal. Las técnicas fenotípicas utilizadas hasta la fecha requieren 48-72h para dar un resultado y a veces, el resultado requeriría de una confirmación molecular para que el diagnóstico sea definitivo. Se implementaría un método de biología molecular y se procesarían mediante esta técnica aquellos pacientes en los que es urgente evaluar su estado de colonización y para confirmar aquellos resultados que lo requieren. Además clasificaría las carbapenemasas y las BLEEs en clases dando más información al clínico y a Medicina Preventiva que la que actualmente se está dando, con la consiguiente aplicación en las medidas de tratamiento y control epidemiológico.

RESULTADOS ESPERADOS
Se implantó el programa el 1 de marzo de 2015 en nuestro hospital y se han procesado más de 1000 muestras (3-4 muestras por paciente) hasta la fecha.
Se ha realizado un primer análisis de los datos obtenidos (1161 muestras de 193 pacientes analizados) y se ha evaluado la sensibilidad de las técnicas utilizadas.
Se han calculado los porcentajes de colonización y el tiempo que tardan en colonizarse. No se han confirmado algunas de las cepas caracterizadas fenotípicamente ni se han caracterizado molecularmente. No se ha evaluado el impacto de esta vigilancia en la reducción de las tasas de resistencia.
Mejorar la vigilancia activa del programa de resistencia zero en nuestro hospital en cuanto a los siguientes puntos:
-Mejora de sensibilidad de los métodos diagnósticos (sensibilidad de las técnicas, métodos de detección...)
-Caracterización de carbapenemasas en enterobacterias y Pseudomonas
- Caracterización de BLEEs y p-AmpC en enterobacterias
-Reducción de los tiempos de respuesta de resultados definitivos
-Análisis de resultados obtenidos en la vigilancia activa
-Pacientes colonizados que desarrollan una infección invasiva.
-Propagaciones epidémicas e infecciones cruzadas
-Tasas de resistencia en las diferentes unidades de la UCI

MÉTODO
A todos los pacientes en el momento de ingresar en UCI, y semanalmente, se les recoge un triple hisopo (faríngeo, nasal, rectal) que se envía al laboratorio.
Se siembra en placas selectivas para detección de SARM, BLEE/cefamicinasas plasmídicas y carbapenemasas en enterobacterias y Pseudomonas que se cultivan.
Se identifican los microorganismos crecidos en los medios cromogénicos selectivos y se detectan los mecanismos de resistencia fenotípicamente mediante pruebas de sensibilidad por difusión utilizando antibióticos seleccionados e inhibidores enzimáticos. DR CASTILLO y DRA SERAL
Se confirmarán molecularmente los aislados seleccionados (confirmación, caracterización...). DRA SERAL, DRA BUENO y DRA MENDOZA
Se incluirán en el informe los resultados obtenidos en estas pruebas mejorando la certeza y la utilidad del diagnóstico. DR CASTILLO Y DRA SERAL
Se seguirán archivando los microorganismos multirresistentes para tipado molecular posterior con fines de seguimiento, vigilancia y control epidemiológico. DRA SERAL, DR CASTILLO y DRA ALGARATE
Se analizarán los resultados obtenidos DRA MARECA y DRA SERAL
Se revisarán los tratamientos empíricos en pacientes colonizados que desarrollan una infección invasiva. DRA JIMENEZ Y VELILLA

INDICADORES
Indicador 1: Número de microorganismos multirresistentes que requieren confirmación diagnóstica por métodos moleculares
Indicador 2: Número de aislados portadores de betalactamasas (BLEEs, cefamicinasas, carbapenemasas) caracterizadas a nivel de genotipo (VIM, IMP, NDM, GES...; CTX-M, SHV, TEM..., CMY, DHA,...)
Indicador 3: Número de pacientes en los que reducimos el tiempo de respuesta de resultados definitivos con estas técnicas
Indicador 4: Porcentajes de resistencia por SARM, BLEE/cefamicinasas plasmídicas y carbapenemasas en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0602

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE BIOLOGIA MOLECULAR EN LA VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTES COLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LAS UCIS (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS)

enterobacterias y Pseudomonas en pacientes de UCI

DURACIÓN

Al menos un año. El cronograma a seguir será:

Octubre-Diciembre: Puesta a punto técnica PCR tiempo real

Diciembre-Marzo: Analizar los primeros resultados obtenidos

Marzo-Junio: Caracterización de los genes de resistencia. Introducción de los resultados obtenidos en el informe de microbiología

Junio-Septiembre: Analizar los datos globales de evolución de la tasa de resistencia en estas unidades. Sacar conclusiones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0338

1. TÍTULO

EDUCACION TERAPEUTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIACA

Fecha de entrada: 10/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR ALONSO ESTEBAN

· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REMACHA TOMEY BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los pacientes se captan a través de la consulta de E.C. del HCU, ofreciéndoles la posibilidad de acudir con algún familiar.

Cada grupo de celíacos-familiares acude a dos sesiones.

La primera sesión tiene una duración de 3:15 horas, realizándose una explicación general sobre lo que es la E.C.

por parte de la doctora y a continuación la enfermera explica en qué consiste la dieta exenta de gluten.

La segunda sesión, llevada a cabo por la enfermera, tiene una duración de 2 horas, de contenido práctico.

Todos los asistentes cumplimentan un test de valoración de conocimientos al inicio y fin de los talleres y una encuesta de grado de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado 8 talleres, formándose 4 grupos de pacientes.

El nº de celíacos asistentes ha sido 32 y el de familiares 22.

El test de valoración de conocimientos previos muestra un 29 % de fallos sobre el total de las preguntas, reduciéndose estos tras la formación a un 3 %.

La encuesta de grado de satisfacción (valoración de 1 a 10) muestra:

Pregunta 1: Recomendación del taller a otras personas/familiares con EC.:
El 82 % de pacientes, valoran 10; el 7 % 9; el 11 % 8.

Pregunta 2: Los conocimientos que ha adquirido le parece que le van a ser útiles a la hora de afrontar su vida diaria.

El 80 % de los pacientes, valoran 10; el 5 % 9; el 15 % 8.

Pregunta 3: Valoración global del taller

El 85 % de los pacientes, valoran 10 ;el 10 % 9 y el 5 % 8.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Lecciones aprendidas:

Se ha detectado la necesidad de incidir en la lectura y comprensión del etiquetado.

La dinámica del taller mejora si los pacientes pertenecen al mismo grupo de edad.

La educación fomenta la adherencia terapéutica, que podría valorarse mediante el uso de una escala de adherencia pre y post talleres.

Conclusiones:

La valoración de los asistentes ha sido positiva

Los pacientes han mejorado los conocimientos y habilidades necesarias para el manejo de su enfermedad, potenciando su motivación y recursos.

En el abordaje de la EC, las instituciones sanitarias no deberían limitar sus objetivos al diagnóstico, sino también considerar una atención asistencial íntegra que proporcione a los afectados los recursos y herramientas necesarios para el autocontrol de la enfermedad.

7. OBSERVACIONES.

Nuestra intención es volver a presentar este proyecto de mejora, en la próxima convocatoria de programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en salud 2017, para poder continuar con la actividad.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/338 ===== ***

Nº de registro: 0338

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0338

1. TÍTULO

EDUCACION TERAPEUTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIACA

Título
EDUCACION TERAPEUTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIACA

Autores:
ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR, REMACHA TOMEY BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad celíaca (EC) es la enfermedad crónica intestinal más frecuente en España, estimándose una prevalencia del 1%.
El único tratamiento para controlarla, se basa en la instauración y cumplimiento exhaustivo (estricto y de por vida) de una dieta exenta de gluten (DEG).
En la actualidad, los pacientes recién diagnosticados no cuentan con ningún tipo de educación terapéutica especializada. La implementación de un proceso educativo favorecería en gran medida la adhesión a la dieta terapéutica,

RESULTADOS ESPERADOS
- Adquisición por parte de los pacientes de los conocimientos y habilidades necesarias para el manejo de la enfermedad celíaca.
- Potenciar la motivación, capacidad y recursos necesarios para una adecuada adherencia al tratamiento dietético.
- Garantizar el seguimiento de los pacientes celíacos del Sector Zaragoza III

MÉTODO
1.- Captación de la población a través de la consulta de EC del HCU "Lozano Blesa" de Zaragoza.
2.- Organización de la educación terapéutica:
2.1- Destinatarios: Dirigido a pacientes celíacos adultos recién diagnosticados
2.2- Inscripción: Se realizará en la consulta de EC del HCU.
2.3- Programación de la educación terapéutica:
2.3.1. Contenido:
Enfermedad Celíaca (etiopatogenia, cronicidad).
Consecuencias de la falta de adherencia a la dieta.
Cómo realizar una dieta equilibrada exenta de gluten.
Adquisición de competencias de autocontrol y de autoadaptación al nuevo estatus.
2.3.2. Sesiones:
Educación grupal con dos talleres teórico-prácticos por paciente, con una duración total de la misma de 5 horas
Realización consulta individualizada en los pacientes con una inadecuada evolución
3.- Evaluación de la formación: indicadores
4.- Seguimiento del paciente

INDICADORES
- Grado de conocimientos de los pacientes/familiares celíacos (antes/después de educación terapéutica).
- Grado de satisfacción de los pacientes/familiares.
- Número de talleres realizados de educación terapéutica
- Número de pacientes que han realizado los talleres de educación terapéutica
- % Pacientes/familiares que han mejorado la adherencia al tratamiento.
- Control analítico de cada paciente: marcadores serológicos de enfermedad celíaca.

DURACIÓN
Octubre 2016: inicio de los talleres
Junio 2017: finalización de los talleres

OBSERVACIONES
Este proyecto de mejora es una continuación del realizado en la convocatoria del 2015.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0338

1. TÍTULO

EDUCACION TERAPEUTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIACA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0449

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE DIEGO RODRIGUEZ MENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTES PEÑA VIZMARY
DEUS FOMBELLIDA JAVIER
MILLERA ESCARTIN ALFONSO
GONZALEZ ENGUITA RAFAEL
GARCIA SAEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A todos los pacientes candidatos a la cirugía de la glándula tiroides, se les realizó una valoración preoperatoria en el laboratorio de Neurofisiología Clínica (Electromiografía (EMG) de músculos fonatorios). Durante la intervención quirúrgica se implementó la modalidad de Monitorización Intraoperatoria de los nervios laríngeos para preservar las estructuras nerviosas durante la cirugía. Al mes de la cirugía, se realizó un nuevo EMG de los músculos fonatorios.

Para todo esto se elaboró un consentimiento informado, que fué entregado a cada paciente, para el conocimiento de la técnica así como la finalidad de la misma.

El inicio de la puesta en marcha del protocolo fue en el mes de Octubre de 2016.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el mes de Noviembre se han llevado a cabo 36 intervenciones de la glándula tiroides. Todos estos bajo el protocolo de actuación elaborado y aprobado por el equipo de trabajo.

El 100% de los pacientes en estudio, fueron valorados pre, intra y postquirúrgico por el equipo de Neurofisiología Clínica, correlacionándose los hallazgos entre los tiempos de evaluación.

De los 36 pacientes, solo 5 pacientes (debido al grado de invasión tumoral), durante la resección tumoral, tuvieron lesión neurológica reversible, la cual se correlacionó con los hallazgos en el laboratorio al mes de la intervención. Todos estos pacientes tuvieron una rehabilitación fonatorio a posterior que ha permitido la recuperación funcional de la lesión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implementación de esta nueva técnica de monitorización ha permitido, disminuir el número de traqueotomías postquirúrgicas, debido a la manipulación de la glándula tiroides y sus estructuras nerviosas comprometidas.

Han disminuido el número de pacientes con lesión neurológica irreversible, con lo cual se aporta una mejora de la calidad del procedimiento quirúrgico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/449 ===== ***

Nº de registro: 0449

Título
VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

Autores:
RODRIGUEZ MENA DIEGO, MONTES PEÑA VIZMARY, GUZMAN CARRERAS BEIRA, DEUS FOMBELLIDA JAVIER, MILLERA ESCARTIN ALFONSO, GONZALEZ ENGUITA RAFAEL, GARCIA SAEZ MARIA PILAR, FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0449

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA

Con la cirugía de la glándula tiroides encontramos un riesgo del 2-3% de lesión del nervio laríngeo recurrente. La lesión del mismo implica trastornos serios de la fonación que pueden variar desde una disfonía hasta la pérdida completa de la voz. En otros casos más graves, podría comportar la realización de una traqueotomía con las consecuencias inherentes a la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir de forma significativa las lesiones del nervio recurrente.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica del nervio laríngeo recurrente en todas las intervenciones de la glándula tiroides, independientemente de su patología de base, participando en su elaboración representantes de todos los profesionales implicados: todos los miembros del equipo.

Evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas de todos los pacientes ser sometidos a una intervención quirúrgica de la glándula tiroides: Diego Rodríguez, Vizmary Montes, Beira Guzman .

Evaluación de las lesiones del nervio recurrente: Diego Rodríguez, Vizmary Montes, Beira Guzman .

INDICADORES

1. Protocolo elaborado por equipo de trabajo y aprobado.
2. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención quirúrgica de la glándula tiroides con evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas
3. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención quirúrgica de la glándula tiroides con lesión nervio laríngeo recurrente postquirúrgica

DURACIÓN

Octubre -Diciembre 2016: elaboración protocolo consensuado entre los profesionales participantes.

Enero -Octubre 2017: evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas en cirugía programada de tiroides.

Enero - Octubre 2017: análisis de resultados de los indicadores y feed-back al equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0449

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE DIEGO RODRIGUEZ MENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUZMAN CARRERAS BEIRA
DEUS FOMBELLIDA JAVIER
MILLERA ESCARTIN ALFONSO
GONZALEZ ENGUITA RAFAEL
GARCIA SAEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica del nervio laringo recurrente en todas las intervenciones de la glándula tiroides, independientemente de su patología de base. Se realizaron a todos los pacientes candidatos, unas evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con la cirugía de la glándula tiroides encontramos un riesgo del 2-3% de lesión del nervio laringo recurrente. Hemos disminuido de forma significativa la lesión porcentual de lesiones del nervio recurrente, evitando las traqueotomías posteriores, y largas estancias hospitalarias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la cirugía de la glándula tiroides encontramos un riesgo del 2-3% de lesión del nervio laringo recurrente. Con la puesta en marcha de este protocolo, hemos obtenido mejores resultados de los despertares de pacientes sometidos a esta cirugía, con una disminución de las complicaciones (disfonía) de manera significativa, así como hemos incrementado una mayor confianza en el desarrollo de este tipo de cirugías.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/449 ===== ***

Nº de registro: 0449

Título
VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

Autores:
RODRIGUEZ MENA DIEGO, MONTES PEÑA VIZMARY, GUZMAN CARRERAS BEIRA, DEUS FOMBELLIDA JAVIER, MILLERA ESCARTIN ALFONSO, GONZALEZ ENGUITA RAFAEL, GARCIA SAEZ MARIA PILAR, FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA
Con la cirugía de la glándula tiroides encontramos un riesgo del 2-3% de lesión del nervio laringeo recurrente. La lesión del mismo implica trastornos serios de la fonación que pueden variar desde una disfonía hasta la pérdida completa de la voz. En otros casos más graves, podría comportar la realización de una traqueotomía con las consecuencias inherentes a la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir de forma significativa las lesiones del nervio recurrente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0449

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

MÉTODO

Elaboración de un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica del nervio laríngeo recurrente en todas las intervenciones de la glándula tiroides, independientemente de su patología de base, participando en su elaboración representantes de todos los profesionales implicados: todos los miembros del equipo.

Evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas de todos los pacientes ser sometidos a una intervención quirúrgica de la glándula tiroides: Diego Rodríguez, Vizmary Montes, Beira Guzman .

Evaluación de las lesiones del nervio recurrente: Diego Rodríguez, Vizmary Montes, Beira Guzman .

INDICADORES

1. Protocolo elaborado por equipo de trabajo y aprobado.

2. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención quirúrgica de la glándula tiroides con evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas

3. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención quirúrgica de la glándula tiroides con lesión nervio laríngeo recurrente postquirúrgica

DURACIÓN

Octubre -Diciembre 2016: elaboración protocolo consensuado entre los profesionales participantes.

Enero -Octubre 2017: evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas en cirugía programada de tiroides.

Enero - Octubre 2017: análisis de resultados de los indicadores y feed-back al equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0449

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE DIEGO RODRIGUEZ MENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUZMAN CARRERAS BEIRA
DEUS FOMBELLIDA JAVIER
MILLERA ESCARTIN ALFONSO
GONZALEZ ENGUITA RAFAEL
GARCIA SAEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica del nervio laringo recurrente en todas las intervenciones de la glándula tiroides, independientemente de su patología de base. Se realizaron a todos los pacientes candidatos, unas evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con la cirugía de la glándula tiroides encontramos un riesgo del 2-3% de lesión del nervio laringo recurrente. Hemos disminuido de forma significativa la lesión porcentual de lesiones del nervio recurrente, evitando las traqueotomías posteriores, y largas estancias hospitalarias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la cirugía de la glándula tiroides encontramos un riesgo del 2-3% de lesión del nervio laringo recurrente. Con la puesta en marcha de este protocolo, hemos obtenido mejores resultados de los despertares de pacientes sometidos a esta cirugía, con una disminución de las complicaciones (disfonía) de manera significativa, así como hemos incrementado una mayor confianza en el desarrollo de este tipo de cirugías.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/449 ===== ***

Nº de registro: 0449

Título
VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

Autores:
RODRIGUEZ MENA DIEGO, MONTES PEÑA VIZMARY, GUZMAN CARRERAS BEIRA, DEUS FOMBELLIDA JAVIER, MILLERA ESCARTIN ALFONSO, GONZALEZ ENGUITA RAFAEL, GARCIA SAEZ MARIA PILAR, FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA
Con la cirugía de la glándula tiroides encontramos un riesgo del 2-3% de lesión del nervio laringeo recurrente. La lesión del mismo implica trastornos serios de la fonación que pueden variar desde una disfonía hasta la pérdida completa de la voz. En otros casos más graves, podría comportar la realización de una traqueotomía con las consecuencias inherentes a la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir de forma significativa las lesiones del nervio recurrente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0449

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

MÉTODO

Elaboración de un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica del nervio laríngeo recurrente en todas las intervenciones de la glándula tiroides, independientemente de su patología de base, participando en su elaboración representantes de todos los profesionales implicados: todos los miembros del equipo.

Evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas de todos los pacientes ser sometidos a una intervención quirúrgica de la glándula tiroides: Diego Rodríguez, Vizmary Montes, Beira Guzman .

Evaluación de las lesiones del nervio recurrente: Diego Rodríguez, Vizmary Montes, Beira Guzman .

INDICADORES

1. Protocolo elaborado por equipo de trabajo y aprobado.

2. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención quirúrgica de la glándula tiroides con evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas

3. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención quirúrgica de la glándula tiroides con lesión nervio laríngeo recurrente postquirúrgica

DURACIÓN

Octubre -Diciembre 2016: elaboración protocolo consensuado entre los profesionales participantes.

Enero -Octubre 2017: evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas en cirugía programada de tiroides.

Enero - Octubre 2017: análisis de resultados de los indicadores y feed-back al equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0450

1. TÍTULO

VALORACION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE VIZMARY MONTES PEÑA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ MENA DIEGO
CALATAYUD PEREZ JUAN BOSCO
COMUÑAS GONZALEZ FERNANDO
BENITO NAVERAC HELENA
GARCIA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A todos los pacientes candidatos a MONITORIZACIÓN NEUROQUIRÚRGICA, se les realizó una valoración preoperatoria en el laboratorio de Neurofisiología Clínica (Potenciales evocados somatosensoriales (PES), potenciales evocados visuales (PEV), según el caso). Durante la intervención quirúrgica se realizaron diferentes técnicas según el protocolo de la cirugía. Al mes de la cirugía, se realizó un nuevo control de PES y/o PEV.

Para todo esto se elaboró un consentimiento informado, que fue entregado a cada paciente, para el conocimiento de la técnica así como la finalidad de la misma.

El inicio de la puesta en marcha del protocolo fue en el mes de Noviembre de 2016.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el mes de Noviembre se han llevado a cabo 69 intervenciones de neurocirugía (cráneo y columna vertebral). Todos estos bajo el protocolo de actuación elaborado y aprobado por el equipo de trabajo.

El 100% de los pacientes en estudio, fueron valorados pre, intra y postquirúrgico por el equipo de Neurofisiología Clínica, correlacionándose los hallazgos entre los tiempos de evaluación.

De toda la población de estudio, solo 7 pacientes (debido al grado de invasión tumoral- Tu. cerebrales)), durante la resección, tuvieron lesión neurológica reversible, la cual se correlacionó con los hallazgos en el laboratorio al mes de la intervención.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implementación de esta nueva técnica de monitorización ha permitido, disminuir el número de secuelas postoperatorias de los distintas estructuras nerviosas, implicadas durante el acto quirúrgico, así como ha otorgado una mayor seguridad al cirujano durante el acto quirúrgico.

Se recomienda continuar con la IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA (MIO), ya que aporta un mayor calidad asistencial de las cirugías de cráneo y columna vertebral.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/450 ===== ***

Nº de registro: 0450

Título
VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL

Autores:
MONTES PEÑA VIZMARY, RODRIGUEZ MENA DIEGO, GUZMAN CARRERAS BEIRA, CALATAYUD PEREZ JUAN BOSCO, COMUÑAS GONZALEZ FERNANDO, OLAGORTA GARCIA SILVIA, BENITO NAVERAC HELENA, MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0450

1. TÍTULO

VALORACION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

Con la cirugía de cráneo y columna vertebral existe el riesgo de lesionar diferentes estructuras nerviosas cerebrales así como de la médula espinal. Estas lesiones pueden desencadenar trastornos serios de la función motriz del paciente, que pueden variar desde una parestesia hasta la pérdida completa de la movilidad. La monitorización neurofisiológica durante la intervención quirúrgica minimiza el riesgo, siendo una práctica llevada a cabo en numerosos centros.

RESULTADOS ESPERADOS

Prevenir de forma significativa las lesiones que puedan derivar de la manipulación durante el acto quirúrgico de las diferentes estructuras nerviosas.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica de la cirugía de cráneo y de columna vertebral, independientemente de su patología de base, participando en su elaboración representantes de todos los profesionales implicados. Responsable: Diego Rodríguez.
Evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas de todos los pacientes a ser sometidos a una intervención quirúrgica de Neurocirugía. Responsable: Vizmary Montes.
Evaluación de las lesiones postquirúrgicas: Juan Bosco Calatayud.

INDICADORES

1. Protocolo elaborado por equipo de trabajo, aprobado e implantado.
2. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención neuroquirúrgica con evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas.
3. Porcentaje de pacientes con lesiones motoras postquirúrgicas.

DURACIÓN

Octubre- Diciembre 2016: Elaboración del protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica de la cirugía de cráneo y de columna vertebral
Enero-Octubre 2017: Implantación del Protocolo, evaluación resultados y feed back al equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0450

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE BEIRA GUZMAN CARRERAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RODRIGUEZ MENA DIEGO
PAÑAR NOVELLA MARIA DEL CARMEN
CALATAYUD PEREZ JUAN BOSCO
BENITO NAVERAC HELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica de la cirugía de cráneo y de columna vertebral, independientemente de su patología de base.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizaron evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas de todos los pacientes a ser sometidos a una intervención quirúrgica de Neurocirugía (cráneo o columna vertebral)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la cirugía de cráneo y columna vertebral encontramos un riesgo de diferentes estructuras nerviosas cerebrales así como de la médula espinal. Estas implican trastornos serios de la función motriz del paciente, que pueden variar desde una parestesia hasta la pérdida completa de la movilidad. En otros casos más graves, podría comprometer el bienestar del paciente, siendo un gran problema de salud pública. Con este proyecto hemos podido conseguir aumentar la seguridad clínica y quirúrgica de la intervención, asegurando una reducción de las lesiones postoperatorias y aumentando la seguridad de los pacientes que ingresan al quirófano.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/450 ===== ***

Nº de registro: 0450

Título
VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL

Autores:
MONTES PEÑA VIZMARY, RODRIGUEZ MENA DIEGO, GUZMAN CARRERAS BEIRA, CALATAYUD PEREZ JUAN BOSCO, COMUÑAS GONZALEZ FERNANDO, OLAGORTA GARCIA SILVIA, BENITO NAVERAC HELENA, MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con la cirugía de cráneo y columna vertebral existe el riesgo de lesionar diferentes estructuras nerviosas cerebrales así como de la médula espinal. Estas lesiones pueden desencadenar trastornos serios de la función motriz del paciente, que pueden variar desde una parestesia hasta la pérdida completa de la movilidad. La monitorización neurofisiológica durante la intervención quirúrgica minimiza el riesgo, siendo una práctica llevada a cabo en numerosos centros.

RESULTADOS ESPERADOS
Prevenir de forma significativa las lesiones que puedan derivar de la manipulación durante el acto quirúrgico de las diferentes estructuras nerviosas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0450

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL

MÉTODO

Elaboración de un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica de la cirugía de cráneo y de columna vertebral, independientemente de su patología de base, participando en su elaboración representantes de todos los profesionales implicados. Responsable: Diego Rodríguez.
Evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas de todos los pacientes a ser sometidos a una intervención quirúrgica de Neurocirugía. Responsable: Vizmary Montes.
Evaluación de las lesiones postquirúrgicas: Juan Bosco Calatayud.

INDICADORES

1. Protocolo elaborado por equipo de trabajo, aprobado e implantado.
2. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención neuroquirúrgica con evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas.
3. Porcentaje de pacientes con lesiones motoras postquirúrgicas.

DURACIÓN

Octubre- Diciembre 2016: Elaboración del protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica de la cirugía de cráneo y de columna vertebral
Enero-Octubre 2017: Implantación del Protocolo, evaluación resultados y feed back al equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0244

1. TÍTULO

MANEJO DE LA INFECCION EN EL ICTUS AGUDO

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE CRISTINA PEREZ LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ VALIENTE SARA
GARRIDO FERNANDEZ ALBERTO
NAVARRO PEREZ MARIA PILAR
SIERRA MONZON JOSE LUIS
HERNANDEZ GARCIA IGNACIO
JOSA FORNIES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se realizaron encuestas dirigidas para averiguar el manejo de la fiebre, infección y los antibióticos entre el personal sanitario de la planta, para conocer las necesidades y los puntos débiles en la práctica clínica
-Se analizaron y se presentaron al personal dichos resultados
-Se elaboró un check-list específico de manejo de fiebre, infección y antibióticos para el paciente con ictus agudo
-Se empieza a aplicar y utilizar dicho check-list en los pacientes con ictus agudo que presentan fiebre e infección durante su ingreso y se empiezan a recoger las variables en una base de datos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido unificar el manejo de la fiebre en los pacientes con ictus agudo, concienciar de la importancia del correcto tratamiento de las infecciones en el pronóstico de dichos pacientes
Se ha reducido la duración de la terapia antibiótica, al replantear cada 3 y 5 días (con el check.list) la necesidad de continuar o no con la terapia
Se ha protocolizado la solicitud de pruebas complementarias así como la elección de las terapias antibióticas más indicadas en estos casos
El check list no toma las decisiones por el médico pero dirige su actuación y le obliga a plantearse cuestiones importantes a lo largo de la estancia del paciente en la fase aguda del ictus

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de todas estas actuaciones es muy positiva, debiendo generalizarse a todos los pacientes con ictus agudo que ingresan en Neurología
Seguir recogiendo los datos de la práctica clínica
Elaborar un protocolo escrito para oficializar todas las actuaciones y recomendaciones en el manejo de estos pacientes

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/244 ===== ***

Nº de registro: 0244

Título
OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA INFECCION EN EL ICTUS AGUDO

Autores:
PEREZ LAZARO CRISTINA, TEJERO JUSTE CARLOS, NAVARRO PEREZ MARIA PILAR, SANCHEZ VALIENTE SARA ISABEL, JOSA FORNIES CARMEN, GARRIDO FERNANDEZ ALBERTO, SIERRA MONZON JOSE LUIS, HERNANDEZ GARCIA JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0244

1. TÍTULO

MANEJO DE LA INFECCION EN EL ICTUS AGUDO

PROBLEMA

El objetivo del manejo del ictus en fase aguda es conseguir que el paciente sobreviva con la menor discapacidad posible. Uno de los factores que influyen negativamente en la evolución y pronóstico son las infecciones en la fase aguda. Existen protocolos de manejo de los pacientes con fiebre y sospecha de infección, pero se requiere adaptarlos a los pacientes con ictus y sus peculiaridades, para conseguir un uso más racional de los antibióticos y recursos diagnósticos disponibles

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar la selección de fármacos, conseguir mejor y más eficaz control de las infecciones para evitar fiebre mantenida en la fase aguda, y reducir el gasto hospitalario, tanto en reducción de estancia como en gasto farmacéutico

MÉTODO

Se ha diseñado un ciclo de mejora de la calidad que

- Establecer un Grupo de Trabajo multidisciplinar que incluya médicos especialistas (Neurología, Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva) y enfermería
- Analizar y priorizar los problemas y barreras para la mejora
- Protocolización del manejo diagnóstico y terapéutico de la fiebre/sepsis en pacientes con ictus agudo y fiebre
- Implementación del protocolo de manejo diagnóstico y terapéutico, incluyendo formación y feed-back periódico al Servicio de Neurología
- Evaluación del impacto de la actividad y replanteamiento

INDICADORES

- Número de días de tratamiento antibiótico/100 estancias en unidad de ictus
- Número de días de tratamiento antibiótico/100 ingresos en unidad de ictus
- Número de DDD (dosis diarias definidas) de tratamiento antibiótico/100 en unidad
- Número de días de tratamiento antibiótico/100 ingresos en unidad de ictus
- Número de días con T^a =38°C/100 estancias en unidad de ictus
- Número de días con T^a =38°C/100 ingresos en unidad de ictus
- Estancia media y mediana de duración de estancia en unidad de ictus
- Mortalidad en pacientes ingresados en la unidad de ictus
- Número de infecciones o colonizaciones por microorganismos multirresistentes/100 ingresos
- Número de pacientes con infección por C. difficile/100 ingresos

DURACIÓN

INICIO: Último trimestre de 2016

- Constitución del grupo de trabajo: Octubre de 2016
- Evaluación y priorización de problemas y barreras: Noviembre-Diciembre de 2016
- Protocolización del manejo diagnóstico y terapéutico de infecciones en pacientes con ictus agudo: Enero de 2017
- Implementación del protocolo de manejo diagnóstico y terapéutico en pacientes con ictus agudo: Febrero-Octubre de 2017
- Evaluación del impacto: Octubre-Diciembre 2017

FIN: Último trimestre de 2017

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0244

1. TÍTULO

MANEJO DE LA INFECCION EN EL ICTUS AGUDO

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0034

1. TÍTULO

MANEJO CLINICO DE LA RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO: ESTANDARIZACIÓN DE LA VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL Y ESTADO HEMODINÁMICO

Fecha de entrada: 12/12/2017

2. RESPONSABLE DANIEL OROS LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL
GONZALEZ DE AGÜERO LABORDA RAFAEL
IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA
RUIZ MARTINEZ SARA
PEREZ HIRALDO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos desarrollado las cuatro primeras fases del proyecto.

Por lo tanto, se ha completado con éxito:

1) Revisión sistemática de todas las curvas de normalidad hemodinámica fetal.

2) Seleccionar las publicaciones con mejor calidad metodológica.

3) Evaluar retrospectivamente la sensibilidad y especificidad de cada una de las curvas publicadas seleccionadas.

A pesar de que el objetivo cuarto era evaluar de forma prospectiva el resultado perinatal de acuerdo con la mejor curva de referencia publicada, la baja calidad de todas las curvas Doppler analizadas nos obligan a replantear los objetivos, dado que ninguna satisface completamente los requisitos de calidad exigidos. En estos momentos estamos solicitando financiación para realizar unos nuevos estándares Doppler fetal de calidad en el contexto de un proyecto de investigación multicéntrico internacional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1) En la primera fase realizamos un Revisión Sistemática. Encontramos y revisamos 303 artículos potencialmente relacionados.

2) Tras la revisión de todos los artículos seleccionamos los 41 trabajos que cumplieran con los criterios de inclusión.

3) Tras evaluar la calidad metodológica de estos trabajos, seleccionamos sólo los que cumplieran con los criterios de calidad prefijados internacionalmente. Un total de 21 trabajos.

4. Disponemos de resultados del estudio retrospectivo en una cohorte histórica de nuestro centro de 600 fetos con restricción de crecimiento, de acuerdo a su clasificación y potencial actuación según los 21 trabajos de mayor calidad publicados. La elección de las curvas de referencia Doppler parece tener un impacto más relevante del a priori conocido en la tasa de diagnóstico del feto CIR, oscilando del 2.1% al 18%, y por lo tanto de la tasa de inducción, oscilando para la misma cohorte de pacientes del 2.1% al 25%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La adecuada selección de los valores Doppler de referencia para el control clínico del feto CIR tiene un impacto directo el manejo clínico muy superior al esperado.

Todas las curvas Doppler fetal publicadas tienen una baja calidad metodológica. No encontramos justificación para cambiar las tablas que actualmente utilizamos por otras, dado que ninguna ofrece garantías.

Hemos decidido crear en el entorno de un estudio multicéntrico internacional, unas nuevas tablas de referencia Doppler fetal bajo las máximas consideraciones metodológicas.

7. OBSERVACIONES.

Consideramos el proyecto muy satisfactorio, dado que hemos demostrado un punto de gran debilidad en el control de los fetos CIR. En estos momentos somos más conscientes en el manejo clínico de estos fetos de la gran variabilidad asistencial a la que pueden estar sometidos.

Dada la nueva dimensión de nuestros objetivos, crear unas referencias nuevas a nivel internacional, consideramos oportuno dar por concluido este proyecto de calidad, ya que este nuevo proceso no estaba incluido en los objetivos iniciales del proyecto de calidad, y por su complejidad no podremos tenerlo finalizado hasta dentro de al menos un par de años.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/34 ===== ***

Nº de registro: 0034

Título
MANEJO CLINICO DE LA RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO: ESTANDARIZACIÓN DE LA VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL Y ESTADO HEMODINÁMICO

Autores:
OROS LOPEZ DANIEL, ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL, GONZALEZ DE AGÜERO LABORDA RAFAEL, IBAÑEZ BURILLO LUISA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0034

1. TÍTULO

MANEJO CLINICO DE LA RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO: ESTANDARIZACION DE LA VALORACION DEL CRECIMIENTO FETAL Y ESTADO HEMODINAMICO

PATRICIA, RUIZ MARTINEZ SARA, PEREZ HIRALDO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los fetos con restricción de crecimiento intrauterino presentan un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad perinatal. Estos fetos exigen un control más estrecho, y en muchas ocasiones la necesidad de inducir el parto. El manejo de estos fetos se realiza mediante la estimación ecográfica seriada de su crecimiento intrauterino y el estado hemodinámico realizado por Doppler. Sin embargo, no hay consenso sobre los valores de normalidad sobre el comportamiento hemodinámico fetal. La ausencia de consenso en estos parámetros conduce a un incremento innecesario de las inducciones de parto.

RESULTADOS ESPERADOS

Determinar los estándares de normalidad para evaluar la respuesta hemodinámica fetal que presenten la mejor sensibilidad y especificidad, de forma que nos permitan disminuir el porcentaje de inducción de parto manteniendo un buen resultado perinatal en las gestaciones de fetos con restricción de crecimiento,

MÉTODO

1) Revisión sistemática de todas las curvas de normalidad hemodinámica fetal.
2) Seleccionar las publicaciones con mejor calidad metodológica.
3) Evaluar retrospectivamente la sensibilidad y especificidad de cada una de las curvas publicadas seleccionadas.
4) Evaluar prospectivamente la sensibilidad y especificidad de los valores que hallamos elegido como referencia y comparar la tasa de inducción y resultado perinatal con una cohorte histórica de nuestro centro de fetos con restricción de crecimiento.

INDICADORES

Tasa de inducción de parto en fetos con sospecha de restricción de crecimiento. (%)
Resultado perinatal:
- Tasa de cesárea total (%)
- Tasa de cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal (%)
- Ingreso neonatal (%)
- pH arteria umbilical neonatal < 7,15 (%)

DURACIÓN

1) Revisión sistemática de todas las curvas de normalidad hemodinámica fetal. (Septiembre-Noviembre/2016)
2) Seleccionar las publicaciones con mejor calidad metodológica. (Diciembre 2017)
3) Evaluar retrospectivamente la sensibilidad y especificidad de cada una de las curvas publicadas seleccionadas. (Enero 2017)
4) Evaluación prospectiva (Febrero-Junio/2017)

OBSERVACIONES

La metodología estadística (evaluación, análisis y selección de las curvas de normalidad publicadas) de este protocolo se va a desarrollar con la colaboración con el Instituto Perinatal de la Universidad de Oxford.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0187

1. TÍTULO

REDEFINICION DE CONTENIDOS DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ANTICONCEPCION DEL AREA 3 DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE SIRA REPOLLES LASHERAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE
ARIÑO MONEVA ELENA
LAHOZ PASCUAL ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Redefinición de circuitos de derivación a consulta de anticoncepción desde Atención Primaria
Modificación de agenda de consultas cumpliendo criterios de Alta Resolución
Redistribución de las competencias del personal implicado
Elaboración de registros e informes normalizados de actividad
Creación de informes de alta para su seguimiento en Atención Primaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente, la consulta funciona a pleno rendimiento con periodicidad diaria. No existe demora (No hay pacientes pendientes de cita) y son atendidas antes de 20 días. Los informes llegan perfectamente a Atención Primaria. El origen de las pacientes que acceden a esta consulta desde Primaria, está perfectamente definido y se atiende a la prestación requerida siguiendo criterios de Alta Resolución. Alta motivación del personal que atiende estas consultas. Cumplimiento de protocolos por parte de los facultativos en todos los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias a la alta motivación y colaboración tanto de los facultativos de Atención Primaria, como de las matronas y el personal de enfermería, se han conseguido los objetivos esperados en tiempo record.
El interés que se ha mostrado en la formación del personal implicado, ha contribuido a la consecución de los objetivos definidos.
La satisfacción de la usuaria es muy alta, comprobado mediante encuestas aleatorias realizadas en colaboración con Atención Primaria. La satisfacción del personal adscrito a esta prestación, es altísima, a pesar de haber incrementado su carga de trabajo.

7. OBSERVACIONES.
Proyecto exitoso, gracias a la colaboración e implicación de Atención Primaria. Perfectamente exportable a otra área sanitaria, o a otra prestación

*** ===== Resumen del proyecto 2016/187 ===== ***

Nº de registro: 0187

Título
REDEFINICION DE CONTENIDOS DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ANTICONCEPCION DEL AREA III DE ZARAGOZA

Autores:
REPOLLES LASHERAS SIRA, GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE, ARIÑO MONEVA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Medicina preventiva. Anticoncepción
Línea Estratégica ..: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: Accesibilidad y Confort usuaria

PROBLEMA
En el marco de la nueva reorganización de la Asistencia en Anticoncepción en Aragón, se están desarrollando

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0187

1. TÍTULO

REDEFINICION DE CONTENIDOS DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ANTICONCEPCION DEL AREA 3 DE ZARAGOZA

numerosas acciones, destinadas a la mejora de esta prestación y a la redistribución de competencias, tanto de los Servicios de Ginecología, como de los Servicios de Atención Primaria El Objetivo final es garantizar el acceso a la Anticoncepción de todas las mujeres, en condiciones de Equidad con una demora máxima de 30 días.

RESULTADOS ESPERADOS

Modificación de la Agenda de la Consulta Específica de Anticoncepción, adaptándola a la nueva condición de "Consulta de Alta Resolución"
Redefinición de los contenidos de esta consulta
Aumento del número de pacientes de primer día
Implementación de documentos para su control en Atención Primaria
Atención equitativa a la usuaria
Satisfacción usuaria
Calidad de la prestación
Disminución de Demoras
Reducción Lista de Espera
Agilización de asistencia (Evitar pasos intermedios)
Consulta Alta Resolución
Homogeneización del trabajo de los facultativos
Redefinición contenido de consulta
Intercambio de información con Atención Primaria
Emisión de Informes normalizados

MÉTODO

Puesta en Marcha del primer punto del Programa de Anticoncepción en Aragón (En Elaboración)
- Redefinición de Circuitos desde Atención primaria
- Redistribución de Competencias
- Elaboración de Informes Normalizados
?
- Modificación de las Agendas
- Modificación del funcionamiento interno de la consulta
- Incremento de la Formación reglada a los médicos de Atención primaria para adecuarla a las nuevas competencias

INDICADORES

Numero de pacientes remitidos correctamente para su control en Atención Primaria
Número de pacientes remitidas para control de filamentos de DIU a matrona de Atención Primaria Disminución del tiempo de Demora para Consulta desde Atención Primaria
Satisfacción de pacientes

DURACIÓN

Fecha de inicio: Enero 2016
?
Fecha de finalización: Diciembre 2016
Calendario:
Inicio en Enero. Se han elaborado líneas fundamentales y documentos
Se han mantenido reuniones informativas a profesionales implicados
Modificación de Agendas desde 1 de marzo
Pendientes de recursos materiales (Ecógrafo básico y Bisturí eléctrico) para completar funcionamiento de consulta.

OBSERVACIONES

Con motivo de la nueva organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón, se va a proceder a la puesta en marcha del nuevo "Programa de Anticoncepción en Aragón" del cual ha sido nombrada como Coordinadora la Dra. Repollés Lasheras, responsable de este Proyecto de Medora de la Calidad.
Entre los objetivos prioritarios de este programa se encuentra la redefinición de competencias y la actualización de la Cartera de Servicios, tanto de Atención primaria como de Atención Especializada.
En el ámbito en que los ginecólogos desarrollamos nuestra actividad, se hace necesario, un cambio en el modo de trabajar de nuestra consulta Específica de Anticoncepción, que actualmente se pasa en el CE "Inocencio Jimenez", adaptándola a las nuevas prestaciones para que cumpla criterios de "Consulta de Alta Resolución".
Asimismo se procederá a la modificación de las Agendas, para permitir reducir la demora de esta consulta hasta un máximo de 30 días.
Este ambicioso proyecto, además de la implicación de los profesionales, requiere la dotación de estas consultas de un equipamiento básico, para poder realizar pequeñas actuaciones que permitan dar de alta a las pacientes y resolver su demanda de anticoncepción en un solo acto médico.
Esta última acción es fundamental para cumplir nuestro objetivo.
Por ello me permito solicitar los siguientes equipamientos:

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0187

1. TÍTULO

REDEFINICION DE CONTENIDOS DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ANTICONCEPCION DEL AREA 3 DE ZARAGOZA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0275

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALIVIO DEL DOLOR CON TECNICAS NO FARMACOLOGICAS Y ALTERNATIVAS A LA ANALGESIA EPIDURAL EN DILATAACION Y PARTO

Fecha de entrada: 12/12/2017

2. RESPONSABLE VIRGINIA MORENO LAMANA
· Profesión MATRONA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ECHARTE OBREGOZO MARIA TERESA
FLETA VISIEDO MARIA DEL MAR
ALBA GIMENEZ LAURA
CARAZO HERNANDEZ BELEN
SORLI LATORRE DIEGO
RUIZ SALVADOR INES
RODRIGUEZ MARQUEZ ADELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han realizado dos reuniones de equipo.
- 03/07/2017: primera reunión de equipo donde se hizo un reparto de tareas y se diseñó el cronograma del grupo de trabajo. Se hicieron tres grupos de trabajo para diseñar los consentimientos informados, la hoja de recopilación de datos y diseño de una charla informativa para el servicio de obstetricia y matronas del hospital Clínico Lozano Blesa.
- 14/07/2017: puesta en común del consentimiento informado, hoja de valoración y recogida de datos y diseño de la charla informativa.
- 18/10/2017: sesión informativa para poner en conocimiento los objetivos del proyecto.
- Noviembre 2017: Se inicia la recogida de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta la fecha se han recopilado 7 casos para el proyecto. Hemos tenido bastante dificultad para la incorporación de casos para el proyecto, debido a que existe todavía desconocimiento de las técnicas por parte del personal y de las pacientes.
De los casos, en un 100% se ha visto que ha disminuido el dolor en la escala EVA 2-3 puntos tras la utilización de cualquiera de las tres técnicas indicadas en el proyecto.
En este momento estamos recopilando más datos. Siguiendo el orden de nuestro cronograma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos ampliado la muestra de casos a la fase de pródromos de parto y no solo a la de dilatación. También a las mujeres que se van a poner la analgesia epidural, pero están en una fase temprana.

7. OBSERVACIONES.

Nos gustaría modificar el título. Poner PROGRAMA DE ALIVIO DEL DOLOR CON TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS EN LA FASE DE PRÓDROMOS DE PARTO Y DILATACIÓN

*** ===== Resumen del proyecto 2016/275 ===== ***

Nº de registro: 0275

Título
PROGRAMA DE ALIVIO DEL DOLOR CON TECNICAS NO FARMACOLOGICAS Y ALTERNATIVAS A LA ANALGESIA EPIDURAL EN DILATAACION Y PARTO

Autores:
MORENO LAMANA VIRGINIA, ECHARTE OBREGOZO MARIA TERESA, FLETA VISIEDO MARIA DEL MAR, RUIZ SALVADOR INES, ALBA GIMENEZ LAURA, RODRIGUEZ MARQUEZ ADELA, CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN, SORLI LATORRE DIEGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0275

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALIVIO DEL DOLOR CON TECNICAS NO FARMACOLOGICAS Y ALTERNATIVAS A LA ANALGESIA EPIDURAL EN DILATACION Y PARTO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se proporciona más información a las gestantes sobre los métodos farmacológicos para el alivio del dolor, especialmente sobre analgesia epidural y sería necesario informar sobre otras opciones no farmacológicas. Hay mujeres que eligen no utilizar fármacos o simplemente lo tienen contraindicado. Existe una amplia variedad de técnicas encaminadas a mejorar las sensaciones físicas y también a prevenir la percepción psicoemocional del dolor de parto. En este proyecto nos centraremos en algunas de ellas, entendiendo la dificultad a la hora de implementarlas o formar, en este tipo de técnicas, a matronas del servicio de Obstetricia y Ginecología del HCU Lozano Blesa que así lo deseen.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aliviar el dolor de la gestante en la fase de dilatación y parto.
- Aumentar el número de gestantes que utilizan una de las técnicas descritas.
- Aumentar la motivación del personal a la hora de recomendar y utilizar las técnicas.
- Aumentar la implicación y satisfacción de los usuarios que utilizan las técnicas

MÉTODO

La matrona, explicará y ofrecerá este tipo de técnicas no farmacológicas a aquellas gestantes que lo deseen o cuando exista una contraindicación para la administración de la analgesia epidural. Para ello, se le proporcionará un documento donde se desarrollarán las técnicas ofertadas desde este programa y deberá dar su consentimiento.

Nos centraremos en tres técnicas:

- La inyección de agua estéril en rombo de Michaelis. La GPC sobre atención al parto normal del SNS habla de un GRADO DE RECOMENDACIÓN B
- Musicoterapia y audioanalgesia: relaja la musculatura, mejora la respiración, el ritmo cardiaco además de ser un elemento distractor aumentando el control sobre su proceso de parto y provocando una elevación de los niveles de endorfinas. La GPC sobre atención al parto normal del SNS recomienda el uso de técnicas de relajación y respiración.
- El masaje y contacto físico: El masaje y el tacto tranquilizador durante el parto, estimula la producción de endorfinas y disminuye las hormonas del estrés, además de transmitir interés y comprensión. El masaje y contacto físico tiene un Grado de recomendación B.

INDICADORES

- Realización de escala EVA de dolor en mujeres que han utilizado una de las técnicas descritas y en las que no han utilizado nada (ni analgesia epidural). Comparación de medias aritméticas de dichas muestras.
- Número de mujeres que utilizan una de las técnicas del programa en el área de dilatación / total de mujeres sin analgesia epidural en el área de dilatación.
- Número de mujeres que utilizan una de las técnicas del programa en el área de dilatación / total de mujeres que pasan al área de dilatación.
- Número de gestantes a las que se le ofrece la utilización de las técnicas del programa en el área de dilatación / total de gestantes que pasan al área de dilatación.
- Análisis y evaluación de los resultados de la implementación del programa: valoración positiva del programa de al menos el 75% de los usuarios (encuesta de satisfacción).

DURACIÓN

- Elaboración del protocolo: diciembre 2016
- Información al resto del personal de la Unidad sobre las técnicas no farmacológicas que abarca el programa: diciembre 2016
- Inicio del proyecto: enero 2017
- Evaluación del programa y registro de resultados: julio 2017

OBSERVACIONES

Sería necesario la realización de cursos formativos sobre este tema.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0339

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD DENTRO DE LA BUENA PRACTICA CLINICA (BPC) DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE BELEN CARAZO HERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ MUÑOZ ANA
PROCAS RAMON BEATRIZ
MATEO ALCALA PURIFICACION
ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL
GONZALEZ DE AGÜERO LABORDA RAFAEL
BRETON HERNANDEZ PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Establecimiento de grupo de mejora
Encuesta al staff sobre posibilidades de mejora
Monitorización de determinados indicadores de calidad
Elaboración de formulario de encuesta a pacientes durante hospitalización

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al evaluar distintos indicadores de atención clínica dentro de un plan de calidad dentro de la buena práctica clínica observamos que diversos marcadores pueden ser obtenidos directamente mediante el programa habitualmente utilizado de altas libres de Obstetricia y altas de parto elaborado en HP doctor así como con los datos recogidos dentro de nuestra Sección de Ecografía y Diagnóstico prenatal en colaboración con la Consulta de Patología Fetal del Servicio de Obstetricia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Por otro lado ha existido una sensibilización especial hacia marcadores como la incidencia de desgarros perineales de III-IV grado, que ha dado lugar a la puesta en marcha de un protocolo de actuación de derivación de dichas pacientes para evaluación postparto de dicha condición en la Consulta 4 de Obstetricia y remisión a la consulta de Suelo Pélvico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este programa es una inmejorable oportunidad de mejora de calidad para nuestro Servicio dentro de la buena práctica clínica ya que permite identificar situaciones clínicas-asistenciales que tienen margen de mejora. Además, ofrece la oportunidad al staff para que exprese distintos puntos de vista de posibilidades de mejora. Observamos que algunos de los indicadores pueden ser fácilmente obtenidos permitiendo cambiar estrategias en corto espacio de tiempo al detectar variaciones llamativas, si así fuera el caso. En cambio otros, requieren control historia clínica a historia clínica y esto implica que la monitorización es más dificultosa y puede generar más errores. Por tanto, tardaríamos a detectar variaciones y establecer una estrategia de cambio o de corrección.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/339 ===== ***

Nº de registro: 0339

Título
DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD DENTRO DE LA BUENA PRACTICA CLINICA (BPC) DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Autores:
CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN, PEREZ MUÑOZ ANA, PROCAS RAMON BEATRIZ, MATEO ALCALA PURIFICACION, ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL, BRETON HERNANDEZ PATRICIA, PARIS BOJ VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0339

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD DENTRO DE LA BUENA PRACTICA CLINICA (BPC) DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES A

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestro hospital el parto es uno de los motivos de atención sanitaria más frecuentes. En el año 2015 se produjeron 2.212 nacimientos, 75 nacimientos menos que en el año 2014 (2.287 nacimientos). Se desea desarrollar e implementar un plan de calidad con el fin de monitorizar e incrementar la mejora continua de la calidad en relación con la asistencia sanitaria llevada a cabo por parte de los profesionales de nuestro Servicio de Obstetricia. Los métodos de detección son encuesta al staff del Servicio de Obstetricia, encuesta a pacientes, y buzón de quejas y sugerencias. El desarrollo y la aplicación de un plan de mejora continua de calidad en nuestro Servicio podría generar una importante variación en la organización del trabajo llevado a cabo por el personal que trabaja en el Servicio teniendo como finalidad la mejora continua a nivel asistencial. Asimismo la implementación de dicho plan de mejora de calidad también influiría ya que mejoraría la percepción subjetiva sobre la calidad de la atención de las pacientes atendidas en nuestro Servicio. Dado que el parto es uno de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) más habituales en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, la mejoría continua de la calidad de nuestro plan de calidad repercutiría enormemente en las usuarias y en el Hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera incrementar la colaboración de aquellos profesionales implicados en la asistencia sanitaria de nuestro Servicio. Asimismo se espera mejorar la valoración de las pacientes respecto a la asistencia prestada en nuestro Servicio de Obstetricia.

MÉTODO

1. Formación del grupo de trabajo
2. Evaluación de indicadores de atención obstétrica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia a monitorizar con el fin de estudiar estrategias de cambio y lograr acciones de mejora, incrementando así la calidad de la asistencia prestada a las pacientes:
 - Investigación colonización streptococo B-agalactaie (Dra. Procas)
 - Estudio analítico preparto (Dra. Pérez Muñoz)
 - Tasa total de cesáreas (Dr. Romero)
 - Tasa de partos vaginales postcesárea (Dr. Romero)
 - Tasa de partos instrumentados (Dr. Romero)
 - Incidencia de desgarros perineales de III-IV grado (Dra. Mateo)
 - Intervalo indicación cesárea-extracción fetal. (Dra. Mateo)
 - Fiebre puerperal tras parto (Dra. Carazo)
 - Hemorragia postparto (Dra. Carazo)
 - Tasa de prematuridad (Dr Romero)
 - Porcentaje de pacientes que han recibido información escrita sobre control gestacional y Diagnostico prenatal. (Dra. Carazo)
 - Porcentaje de satisfacción por parte de las pacientes sobre la información en relación con su proceso. (Dra. Carazo)
 - Tasa de recién nacidos macrosomas o CIR sin sospecha clínica durante el embarazo (Dr. González de Agüero)
 - Tasa de mortalidad materna (Dr. Romero)
 - Tasa de mortalidad perinatal ampliada (Dr. Romero)

3. Basándonos en la detección de las diferentes oportunidades de mejora señaladas tanto por parte de los integrantes del Servicio de Obstetricia como por las encuestas de pacientes post-estancia hospitalaria y el buzón de sugerencias y quejas se llevará a cabo la elaboración de un plan de calidad que aumente la colaboración por parte del staff de profesionales del Servicio de Obstetricia.

INDICADORES

1. Número de reuniones del grupo de trabajo
2. Monitorización de los indicadores asistenciales obstétricos
3. Análisis de las variaciones de dichos indicadores y valoración de oportunidades de mejora.

DURACIÓN

- Fecha de inicio y finalización proyecto : octubre de 2016-septiembre de 2017
1. Formación grupo de trabajo: octubre de 2016
 2. Encuesta al staff sobre oportunidades de mejora: octubre 2016
 3. Buzón de quejas y sugerencias: continuo desde octubre 2016
 4. Encuesta posthospitalización: desde octubre de 2016 recepción continua de encuestas y monitorización de resultados trimestral
 5. Monitorización mensual de indicadores obstétricos: desde octubre 2016
 6. Decisión de estrategias de cambio tras identificación de oportunidades de mejora: noviembre de 2016
 8. Comunicación profesionales del Servicio de plan de mejora: noviembre
 9. Implantación de plan de mejora continua de calidad: noviembre de 2016

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0339

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD DENTRO DE LA BUENA PRACTICA CLINICA (BPC) DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0426

1. TÍTULO

VIA CLINICA DE PARTO NORMAL

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE LUISA PATRICIA IBAÑEZ BURILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ MUÑOZ ANA
CARRERAS CASANOVA VICTORIA
CASTRO FERNANDEZ ANA ESMERALDA
TEIRA SOLANO YOLANDA
PENA ALIERTA MARIA
BUJEDA BLANCO EVA
MORENO RUTIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Información a los profesionales que participan en el proceso de ingreso anteparto y evaluación postparto: enfermeras de planta, matronas de planta y urgencias y obstetras. Compromiso de desarrollar vía clínica por el Servicio.
2- Elección de profesionales encargados del diseño de la vía clínica: los incluidos en el proyecto de calidad.
3- Sugerencias de los profesionales seleccionados para la elaboración de la vía clínica. Fundamentadas en la Medicina basada en la Evidencia.
4- Elaboración del primer borrador de la vía clínica por el coordinador del proyecto basado en las sugerencias del punto 3.
5- Recepción del primer borrador por el grupo de trabajo; corrección/modificación del mismo
6- Elaboración de la matriz definitiva por el coordinador una vez realizadas las correcciones oportunas.
7- Presentación de la matriz definitiva de la vía clínica al Jefe de Sección de Obstetricia y a los profesionales que participan en la asistencia obstétrica que nos ocupa para su aceptación
8- Modificación de la matriz definitiva por el Jefe de Sección y los miembros facultativos de la sección Materno Fetal
9- Presentación a la Unidad de Calidad del Sector 3.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido un documento que permite la unificación de todas las actuaciones por cualquier profesional sanitario (matrona, enfermera, médico) en el curso de un parto normal. Y que cuenta con el consenso de los miembros de la Sección de Medicina Materno Fetal (Obstetricia) y de las representantes de Enfermería

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora está muy satisfecho con el documento, pues ha sido creado con la participación de todos los eslabones que intervienen el manejo del parto normal (matrona de urgencias, matrona/enfermera de planta, matrona de paritorio, médico) y resultaría de gran utilidad práctica con la unificación de actuaciones por parte de todos. En el momento actual el documento no ha sido aceptado por la Unidad de Calidad del Sector 3, ya que en algunos puntos no se ajusta a los estándares de una vía clínica. Por lo que debe ser modificado y nuevamente presentado a los miembros integrantes del proyecto y del Servicio.

7. OBSERVACIONES.

Todo el servicio está muy interesado en la puesta en marcha de la vía clínica.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/426 ===== ***

Nº de registro: 0426

Título
VIA CLINICA DE PARTO NORMAL

Autores:
IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA, CASTRO FERNANDEZ ANA ESMERALDA, PENA ALIERTA MARIA, TEIRA SOLANO YOLANDA, FERRER SAMATAN MARIA ELENA, CARRERAS CASANOVA VICTORIA, BUJEDA BLANCO EVA, PEREZ MUÑOZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0426

1. TÍTULO

VIA CLINICA DE PARTO NORMAL

Línea Estratégica : Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque : Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque:

PROBLEMA

Con la entrada del RD 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, se establece que será necesario que el médico haya determinado previamente el diagnóstico, la prescripción y el protocolo o guía de práctica clínica y asistencial a seguir por parte del enfermero.

Esta situación impide expresamente cualquier actuación o decisión de enfermería relacionada con estos medicamentos cuando esta no vaya acompañada de una prescripción médica realizada de forma oficial donde se especifique claramente cuál es el acto enfermero objeto de atención. Esto afecta de lleno a gran parte de la actividad asistencial de los enfermeros, pues el RD habla expresamente del "uso" de los medicamentos. No en vano, en todos los ámbitos donde los enfermeros desarrollan su trabajo, ya sea en hospitales, atención primaria, instituciones penitenciarias, ambulancias, residencias, servicios de salud laboral, etc., la prescripción enfermera supone una herramienta fundamental para garantizar la continuidad de los cuidados y agilizar la toma de decisión respecto al proceso de salud del paciente, aspectos que inciden directamente en la optimización y coordinación de los recursos del Sistema Nacional de Salud y en la seguridad del paciente.

Las matronas (enfermeras especialistas) gestionan un parto de forma autónoma, y para ello, prescriben diferentes medicamentos como la oxitocina.

Desde hace más de 10 años, en nuestro servicio son las encargadas de ingresar a la paciente, momento en el que gran número de pacientes van a requerir antibioterapia intravenosa. Desde hace 2 años, también son las encargadas del cuidado y vigilancia del puerperio inmediato, salvo que haya complicaciones, hasta el momento del alta.

Así, es factible, que una matrona sea la responsable del manejo de una paciente desde su llegada al hospital hasta el alta, momento en el cual un médico obstetra dará el alta a la paciente.

Proponemos como oportunidad de mejora, la instauración de una VÍA CLÍNICA PARA EL INGRESO DE PARTO Y PUERPERIO

NORMAL

La Vía Clínica es instrumento dirigido a estructurar las actuaciones ante situaciones clínicas que presentan una evolución predecible. Describe los pasos que deben seguirse, establece las secuencias en el tiempo de cada una de ellas y definen las responsabilidades de los diferentes profesionales que van a intervenir.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Garantizar el cumplimiento de la ley vigente (Real Decreto 954/2015 del 23 de Octubre de 2015). Proporcionando a los profesionales, especialmente a las matronas (enfermeras especialistas) seguridad legal ante posibles demandas.
- 2- Evitar la variabilidad en la práctica clínica, definiendo la secuencia, duración y responsabilidad de las actividades de médicos, enfermeras, y otros profesionales, para un diagnóstico o procedimiento particular (en nuestro caso el ingreso anteparto y el puerperio), mejorando el uso de recursos y maximizando la calidad de la asistencia.
- 3- Coordinar las actividades del día a día en la atención del paciente con un diagnóstico específico, consiguiendo así la optimización de la secuencia de actos médicos.
- 4- Incluir la vía clínica como un documento único dentro de la historia clínica. Facilitando la comprensión por cualquier profesional que acceda a la misma. Al ser un documento estándar, sirve de fuente de datos para las revisiones clínicas

MÉTODO

- 1- Información a los profesionales que participan en el proceso de ingreso anteparto y evaluación postparto: enfermeras de planta, matronas de planta y urgencias y obstetras. Compromiso de desarrollar vía clínica por el Servicio.
- 2- Elección de profesionales encargados del diseño de la vía clínica: los incluidos en el proyecto de calidad.
- 3- Sugerencias de los profesionales seleccionados para la elaboración de la vía clínica. Fundamentadas en la Medicina basada en la Evidencia.
- 4- Elaboración del primer borrador de la vía clínica por el coordinador del proyecto basado en las sugerencias del punto 3.
- 5- Recepción del primer borrador por el grupo de trabajo; corrección/modificación del mismo
- 6- Elaboración de la matriz definitiva por el coordinador una vez realizadas las correcciones oportunas.
- 7- Presentación de la matriz definitiva de la vía clínica al Jefe de Sección de Obstetricia y a los profesionales que participan en la asistencia obstétrica que nos ocupa para su aceptación
- 8- Implantación de la vía clínica en la práctica asistencial
- 9- Evaluación de los indicadores: Estancia Media y Encuesta de satisfacción de los profesionales que utilizan la vía clínica en su práctica diaria.

INDICADORES

- Estancia media hospitalaria.
- Encuesta de valoración al personal de enfermería respecto a la satisfacción del uso de la vía clínica.

DURACIÓN

- Actividades 1 y 2: Noviembre 2016.
- Actividades 3 y 4: Diciembre 2016.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0426

1. TÍTULO

VIA CLINICA DE PARTO NORMAL

Actividad 5: Diciembre 2016- Enero 2017
Actividad 6: Enero-Febrero 2017
Actividad 7: Marzo 2017
Actividad 8: Marzo-Abril 2017
Actividad 9: Septiembre- Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0478

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESIA

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ELENA BESCOS SANTANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANZ LOPEZ ALEJANDRO
RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL
CORDOBA DIAZ DE LASTRA MARIA ELENA
BERGUA SANCLEMENTE MARIA ISABEL
CIA BLASCO PEDRO
SARTAGUDA ALABART MIREYA
AMBROJ NAVARRO CARMEN
TIMON GARCIA ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Reuniones del Grupo de Trabajo:

Un martes /mes, a las 8,30 horas en 2ª planta:

23 enero, 20 febrero, 13 marzo, 10 abril, 22 mayo, 12 junio, 11 septiembre, 16 octubre, 20 noviembre.

Miembros del grupo:

Elena Bescos, ginecóloga, coordinadora
Isabel Villarreal, Rehabilitadora
Jose Manuel Ramirez Rodriguez, Cirujano General
Elena Córdoba, Cirujano General
Manuela Elia, Cirujano General
Mireya Sartaguda, Fisioterapeuta
Alejandro Timón, Urólogo
Pedro Cía Blasco, Anestesia Unidad del Dolor
Julián Mozota, Unidad de Calidad
Concepción Gómez Opic, Rehabilitadora
Carmen Ambroj, Urologa

Resumen de actividades realizadas en las reuniones:

- Elaboración consensuada de documentos comunes.
- Presentación de casos complejos, decisión multidisciplinar del plan terapéutico a seguir.
- En cirugías complejas decisión de qué equipos multidisciplinares van a participar en las mismas.

2.- Documentos elaborados.

- Documento unificado de valoración de paciente de primer día.
- Tríptico informativo a pacientes Unidad suelo pélvico.
- Consentimiento informado de terapia rehabilitadora.

3.- Modificaciones de Estructura Hospitalaria.

- Nueva consulta de Rehabilitación y de tratamiento fisioterápico en planta -1 de consultas externas. Ha sido una modificación estructural imprescindible para realizar la evaluación por parte de la Rehabilitadora y el tratamiento por parte de fisioterapia en un área aislada que permite el respeto a la intimidad.
- Se ha incluido en cartera de servicios electroestimulación y biofeedback, y se ha dotado de los instrumentos necesarios para ello.
- Dotación de Ecógrafo, para evaluación y diagnóstico en consulta de Cirugía de las lesiones, lo que permite una orientación terapéutica guiada.
- Espacio en Intranet para disponer todos los miembros de los documentos comunes.

3.- Otras actividades.

- Desde el Servicio de Ginecología se ha puesto en marcha un proyecto para mejorar el seguimiento de los desgarros perineales postparto formando parte de este proyecto y colaborando en el diagnóstico y rehabilitación el Servicio de Cirugía
- Desde el Servicio de Anestesia y formando parte de la Unidad del Dolor, el Dr. Cía colabora con la Unidad y aportó las variedades de tratamientos que puede aportar para la mejoría del dolor pélvico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Utilización de hoja evaluación común: 85%
- Creación documentos comunes: Historia clínica de valoración disfunción suelo pélvico, Tríptico informativo con recomendaciones para pacientes, Consentimiento informado de rehabilitación.
- Cirugías interdisciplinares: Siete : 2 ginecología- cirugía general y 5 ginecología- urología
- Reuniones realizadas 2018: 10

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0478

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

- Casos complejos evaluados 2018 en sesiones: 12

Los resultados conseguidos en los indicadores han sido extraídos de las actas de las reuniones realizadas, mediante el análisis de las mismas por la coordinadora del Proyecto.

El impacto del proyecto ha sido muy importante al haber conseguido constituir el grupo, desarrollar un trabajo consensuado y abordar de manera multidisciplinar los casos más complejos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Considerábamos fundamental para un Hospital terciario como es nuestro Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" la existencia de la Unidad de Suelo Pélvico, constituida por un equipo multidisciplinar que pueda abordar las diferentes vertientes de las disfunciones del Suelo de la Pelvis. Ya que engloban múltiples patologías que deterioran en gran medida la calidad de vida de nuestras pacientes.

El trabajo multidisciplinar favorece el diálogo y el debate sobre casos complejos, permitiendo establecer decisiones terapéuticas consensuadas.

Las reuniones periódicas de la Unidad son un punto clave ya que de esta manera todos los miembros de la Unidad conocemos la situación y necesidades de cada Servicio que la forma pudiendo colaborar todos en su mejora.

La inclusión en cartera de servicios de tratamientos como el biofeedback y electroestimulación, así como la dotación de ecógrafo y de un espacio nuevo para poder tratar a estos pacientes han sido logros que van a mejorar la atención a las pacientes afectadas de esta patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/478 ===== ***

Nº de registro: 0478

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Autores:
BESCOS SANTANA ELENA, SANZ LOPEZ ALEJANDRO, RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL, CORDOBA DIAZ DE LASTRA MARIA ELENA, MARTINEZ GONZALEZ ANA, BERGUA SANCLEMENTE MARIA ISABEL, CIA BLASCO PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Patología coloproctorectal
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: mejora de la calidad de vida de la paciente con disfunciones del suelo pélvico

PROBLEMA

Siendo el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" un hospital terciario de servicio público y que atiende a un amplio sector de población, y si realmente pretendemos mejorar la calidad de vida de nuestra comunidad con programas preventivos y asistenciales, y contamos con una estructura suficiente, está más que justificada la existencia de una UNIDAD DE SUELO PÉLVICO.

Puede que no sea una necesidad prioritaria para nuestro Hospital contar con una Unidad de Suelo Pélvico. Pero si ya contamos con una asistencia ginecológica y urológica básicas cubiertas, una asistencia obstétrica bien estructurada y una asistencia oncológica definida en estas dos áreas es posible que el siguiente paso que debemos dar sea crear una Unidad de Suelo Pélvico.

La disfunción del suelo pélvico (DSP), que incluye principalmente la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y el prolapso pélvico afecta al menos a un tercio de las mujeres adultas. La identificación de factores de riesgo, el desarrollo de programas preventivos y el abordaje terapéutico de esta patología es, por lo tanto, una prioridad en el campo de la salud de la mujer. También deben tener cabida en esta unidad el dolor pélvico crónico, las disfunciones sexuales y las DSP que aparecen en los hombres adultos.

El desarrollo de la sociedad del bienestar ha llevado a una creciente demanda social del tratamiento de las DSP. En este momento los conocimientos en este campo nos dan la posibilidad de poder ofrecer soluciones más efectivas, cirugías con mejores resultados y menos agresivas y fármacos mejor tolerados junto con mejores estrategias de prevención.

Dado que la pelvis, y en concreto el suelo de ésta, es un área de interés de diversas especialidades, se han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0478

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESÁ

ido constituyendo recientemente las denominadas UNIDADES MULTIDISCIPLINARES para el estudio y manejo de DSP para valorar a la paciente de forma conjunta obteniendo mayor beneficio la paciente.
Otro gran campo de las Unidades de Suelo Pélvico consiste en promocionar la aparición de unidades de Rehabilitación especializadas en las DSP, ya que constituyen la primera línea de tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Cuando el paciente (la mayoría de pacientes con DSP son mujeres pero esta patología aunque en menos medida también afecta al sexo masculino) acude refiriendo alguna de las patologías relacionadas con la disfunción del suelo pélvico es evaluada inicialmente por uno de los siguientes especialistas: ginecólogo, urólogo, cirujano colorrectal o medico rehabilitador
La primera visita es fundamental para realizar una historia clínica detallada, que incluya antecedentes (obstétricos, traumáticos, quirúrgicos, infecciosos,...), hábitos de vida (tabaco, deporte,...), medicación, actividad sexual, habito intestinal,...
A continuación se realizará una exploración física, neurológica y esfinteriana.
En el caso de la incontinencia de orina, se acompañará de un diario miccional.
Para llegar a un diagnóstico lo más preciso posible será preciso contar con distintas colaboraciones, como laboratorio, urodinamia, ecografía, endoscopia, manometría.
Dado que un gran número de las consultas están relacionadas con trastornos de la micción, el laboratorio de urodinámica adquiere un carácter fundamental, siendo necesario que permita realizar flujometría libre, cistometría, perfil de presión uretral y estudio de flujo-presión.

MÉTODO

La unidad estará constituida por los Drs. Elena Bescós y Dr. Alejandro Sanz (Ginecólogos), Drs. Alejandro Timón y Carmen Ambroj (Urólogos) y Drs. José Manuel Ramírez, Elena Córdoba y Manuela Elía (Cirujanos colo-rectal), que atenderán a sus pacientes en las diferentes consultas de Suelo Pélvico de sus respectivos servicios.
Parte importante de esta unidad es la Rehabilitación, contando en este servicio con la colaboración de las Dras. Isabel Bergua y Ana Martínez. En los casos que la causa que suscite la consulta sea un dolor pélvico contaremos con el apoyo del Dr. Pedro Cía, dentro de la Unidad del Dolor.
De esta manera tenemos una unidad funcional multidisciplinar e ineterrelacionada.

Tras la primera visita, el facultativo que atiende a la paciente, mediante un cuestionario u hoja de evaluación común (de prolapso genital, incontinencia urinaria o fecal), valorará si su patología es subsidiaria de tratamiento y seguimiento por parte de ginecología, urología, colo-proctología o rehabilitación, o si requiere un tratamiento conjunto.

Con periodicidad trimestral se reunirán para discutir los casos más complejos y que probablemente requieran una actuación conjunta.

De esta manera las pacientes recibirán la mejor asistencia posible, actualizada y consensuada, de la patología del suelo de la Pelvis.

INDICADORES

- Utilización de la hoja de evaluación común
- Creación de documentos informativos comunes
- Reuniones realizadas al año
- Unificación de criterios
- Cirugías interdisciplinarias realizadas

DURACIÓN

Inicio en 2017, evaluar al año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0478

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 10/12/2017

2. RESPONSABLE ELENA BESCOS SANTANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ LOPEZ ALEJANDRO
RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL
CORDOBA DIAZ DE LASTRA MARIA ELENA
BERGUA SANCLEMENTE MARIA ISABEL
CIA BLASCO PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 5 reuniones desde el inicio del Proyecto.

En las reuniones se han manifestado las necesidades de cada Servicio que conforma la Unidad (ginecología, urología, cirugía, rehabilitación y anestesia) para llevar a cabo la puesta en marcha de dicha Unidad.

Se están creando documentos de consulta de acuerdo con todos los miembros de la Unidad para que las pacientes sean valoradas y tratadas de una manera más uniforme y sentando los puntos clave de exploración y pruebas complementarias para cada tipo de patología.

En estos momentos en punto clave de la Unidad es la Rehabilitación del Suelo Pélvico. Se va a dotar de un espacio que cumpla los requisitos de intimidad e higiene para la realización personalizada de dicha rehabilitación y se va a introducir en cartera de servicios la electroestimulación y biofeedback, contando así del material necesario. En estos momentos la responsable de la Rehabilitación del Suelo Pélvico es la Dra. Concepción Opic con la colaboración de la Dra. Isabel Bergua (la Dra. Ana Martínez en estos momentos no forma parte de la Unidad debido a que se encuentra en el Hospital de Barbastro tras los traslados recientes)

Se han discutido en las sesiones casos complejos para poder contar con la opinión de todos los especialistas.

Han sido realizadas 7 cirugías conjuntas Ginecología - Urología para casos complejos de Incontinencia Urinaria
Se ha planteado 1 caso complejo de prolapso de cúpula y componente posterior conjuntamente Ginecología - Cirugía precisando cirugía por ambos Servicios.

Desde el Servicio de Ginecología se ha puesto en marcha un proyecto para mejorar el seguimiento de los desgarros perineales postparto formando parte de este proyecto y colaborando en el diagnóstico y rehabilitación el Servicio de Cirugía

Desde el Servicio de Anestesia y formando parte de la Unidad del Dolor, el Dr. Cía colabora con la Unidad y aportó las variedades de tratamientos que puede aportar para la mejoría del dolor pélvico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Utilización de la hoja de evaluación común: en proceso. Hoja realizada pendiente de aprobar por la Unidad.
 - Creación de documentos informativos comunes: en proceso. Varios documentos ya están realizados y accesibles en Intranet pero la intención es de ampliación del número de documentos.
 - Reuniones realizadas al año: 5 reuniones realizadas.
 - Unificación de Criterios: en proceso. Se están creando hojas de consulta comunes para la unidad.
 - Cirugías interdisciplinarias realizadas: 8.
- 7 realizadas por Ginecología - Urología y 1 realizada por Ginecología - Cirugía

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es fundamental para un Hospital terciario como es nuestro Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" la existencia de una Unidad de Suelo Pélvico.

Las disfunciones del Suelo de la Pelvis engloban múltiples patologías que deterioran en gran medida la calidad de vida de nuestras pacientes y que ocupan gran parte de nuestras consultas, por ello es importante disponer de facultativos con amplio conocimiento en el tema que formen parte de Unidades Multidisciplinares. Estas unidades favorecen el diálogo y conocimiento sobre casos complejos pudiendo tener a las mejores técnicas terapéuticas. Las reuniones periódicas de la Unidad son un punto clave ya que de esta manera todos los miembros de la Unidad conocemos la situación y necesidades de cada Servicio que la forma pudiendo colaborar todos en su mejora.

El futuro próximo de la Unidad es la creación de hojas de consulta comunes para las patologías más frecuentes tratadas en la Unidad como son la Incontinencia Urinaria, la Incontinencia Fecal y el Prolapso de Órganos Pélvicos. Progresivamente la intención es de una mayor facilidad de colaboración entre Servicios para mejorar la atención de nuestras pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/478 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0478

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Nº de registro: 0478

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Autores:
BESCOS SANTANA ELENA, SANZ LOPEZ ALEJANDRO, RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL, CORDOBA DIAZ DE LASTRA MARIA ELENA, MARTINEZ GONZALEZ ANA, BERGUA SANCLEMENTE MARIA ISABEL, CIA BLASCO PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Patología coloproctorectal
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: mejora de la calidad de vida de la paciente con disfunciones del suelo pélvico

PROBLEMA

Siendo el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" un hospital terciario de servicio público y que atiende a un amplio sector de población, y si realmente pretendemos mejorar la calidad de vida de nuestra comunidad con programas preventivos y asistenciales, y contamos con una estructura suficiente, está más que justificada la existencia de una UNIDAD DE SUELO PÉLVICO.

Puede que no sea una necesidad prioritaria para nuestro Hospital contar con una Unidad de Suelo Pélvico. Pero si ya contamos con una asistencia ginecológica y urológica básicas cubiertas, una asistencia obstétrica bien estructurada y una asistencia oncológica definida en estas dos áreas es posible que el siguiente paso que debemos dar sea crear una Unidad de Suelo Pélvico.

La disfunción del suelo pélvico (DSP), que incluye principalmente la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y el prolapso pélvico afecta al menos a un tercio de las mujeres adultas. La identificación de factores de riesgo, el desarrollo de programas preventivos y el abordaje terapéutico de esta patología es, por lo tanto, una prioridad en el campo de la salud de la mujer. También deben tener cabida en esta unidad el dolor pélvico crónico, las disfunciones sexuales y las DSP que aparecen en los hombres adultos.

El desarrollo de la sociedad del bienestar ha llevado a una creciente demanda social del tratamiento de las DSP. En este momento los conocimientos en este campo nos dan la posibilidad de poder ofrecer soluciones más efectivas, cirugías con mejores resultados y menos agresivas y fármacos mejor tolerados junto con mejores estrategias de prevención.

Dado que la pelvis, y en concreto el suelo de ésta, es un área de interés de diversas especialidades, se han ido constituyendo recientemente las denominadas UNIDADES MULTIDISCIPLINARES para el estudio y manejo de DSP para valorar a la paciente de forma conjunta obteniendo mayor beneficio la paciente.

Otro gran campo de las Unidades de Suelo Pélvico consiste en promocionar la aparición de unidades de Rehabilitación especializadas en las DSP, ya que constituyen la primera línea de tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Cuando el paciente (la mayoría de pacientes con DSP son mujeres pero esta patología aunque en menos medida también afecta al sexo masculino) acude refiriendo alguna de las patologías relacionadas con la disfunción del suelo pélvico es evaluada inicialmente por uno de los siguientes especialistas: ginecólogo, urólogo, cirujano colorrectal o medico rehabilitador

La primera visita es fundamental para realizar una historia clínica detallada, que incluya antecedentes (obstétricos, traumáticos, quirúrgicos, infecciosos,...), hábitos de vida (tabaco, deporte,...), medicación, actividad sexual, habito intestinal,...

A continuación se realizará una exploración física, neurológica y esfinteriana.

En el caso de la incontinencia de orina, se acompañará de un diario miccional.

Para llegar a un diagnóstico lo más preciso posible será preciso contar con distintas colaboraciones, como laboratorio, urodinamia, ecografía, endoscopia, manometría.

Dado que un gran número de las consultas están relacionadas con trastornos de la micción, el laboratorio de urodinámica adquiere un carácter fundamental, siendo necesario que permita realizar flujometría libre, cistometría, perfil de presión uretral y estudio de flujo-presión.

MÉTODO

La unidad estará constituida por los Drs. Elena Bescós y Dr. Alejandro Sanz (Ginecólogos), Drs. Alejandro Timón y Carmen Ambroj (Urólogos) y Drs. José Manuel Ramírez, Elena Córdoba y Manuela Elía (Cirujanos colo-rectal), que atenderán a sus pacientes en las diferentes consultas de Suelo Pélvico de sus respectivos servicios.

Parte importante de esta unidad es la Rehabilitación, contando en este servicio con la colaboración de las Dras. Isabel Bergua y Ana Martínez. En los casos que la causa que suscite la consulta sea un dolor pélvico contaremos con el apoyo del Dr. Pedro Cía, dentro de la Unidad del Dolor.

De esta manera tenemos una unidad funcional multidisciplinar e ineterrelacionada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0478

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Tras la primera visita, el facultativo que atienda a la paciente, mediante un cuestionario u hoja de evaluación común (de prolapso genital, incontinencia urinaria o fecal), valorará si su patología es subsidiaria de tratamiento y seguimiento por parte de ginecología, urología, colo-proctología o rehabilitación, o si requiere un tratamiento conjunto.

Con periodicidad trimestral se reunirán para discutir los casos más complejos y que probablemente requieran una actuación conjunta.

De esta manera las pacientes recibirán la mejor asistencia posible, actualizada y consensuada, de la patología del suelo de la Pelvis.

INDICADORES

- Utilización de la hoja de evaluación común
- Creación de documentos informativos comunes
- Reuniones realizadas al año
- Unificación de criterios
- Cirugías interdisciplinarias realizadas

DURACIÓN

Inicio en 2017, evaluar al año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0771

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL DIU JAYDESS® A LOS METODOS DE ANTICONCEPCION FINANCIADOS EN ARAGON

Fecha de entrada: 16/12/2017

2. RESPONSABLE NADIA NASSAR MELIC
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ
GASCON MAS ELENA
REPOLLES LASHERAS SIRA
PELLICER SORIA ANA MARIA
RUIZ MARTINEZ SARA
POLO OLIVEROS LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde mediados del 2016 el DIU Jaydess es un método financiado y del que disponemos en la consulta de Planificación Familiar de Inocencio Jiménez Delicias. Se ha difundido la información de este DIU por todos nuestros centros de Atención Primaria, tanto para su conocimiento a la hora de informar a las pacientes como para su seguimiento o resolución de dudas.
Hemos realizado un estudio observacional prospectivo en el que se han incluido un total de 111 pacientes a las que se les colocó un DIU de Levonorgestrel tipo Jaydess® en la consulta de Planificación familiar del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza desde el mes de Septiembre de 2016 hasta Septiembre de 2017.
Posteriormente, se ha realizado una encuesta telefónica individualizada y totalmente confidencial sobre el grado de tolerancia y la aparición o no de efectos secundarios. Se incluyó dentro de la definición de efectos secundarios: retirada del dispositivo y consulta en el Servicio de Urgencias.
Dentro de los criterios de inclusión se incluyen: *Pacientes que solicitan como método anticonceptivo el DIU Jaydess® durante el periodo de seguimiento descrito en nuestra consulta de Planificación Familiar del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.
*Cumplimiento de los criterios médico de elegibilidad para el uso de DIU Jaydess® de la OMS.
*Periodo de uso entre la inserción del dispositivo y la encuesta o bien retirada mínima de 2 meses.
*Financiación completa del método anticonceptivo DIU Jaydess® por la Seguridad Social en Aragón.
Dentro de los criterios de exclusión: *Colocación de DIU Jaydess® fuera de nuestras consultas.
*Retirada del DIU Jaydess® con menos de 2 meses de utilización.
*Colocación de Dispositivos no financiados por la Seguridad Social en Aragón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Del total de 111 pacientes, 2 rechazaron la encuesta y 18 no fueron localizadas telefónicamente tras un mínimo dos intentos. Finalmente, 91 pacientes fueron incluidas en el análisis.
El 89 % de las pacientes que optaron por su inserción fueron de raza caucásica. La edad media fue de 28,35 años, siendo el 63,7% nulíparas y con antecedentes obstétricos de aborto el 84%.
El principal método de inserción entre las usuarias (76.9%) fue el deseo de un método LARC, y otros, la contraindicación de uso de estrógenos, mal cumplimiento con otros métodos o sangrado menstrual abundante.
Las usuarias de este DIU presentan diferentes patrones de sangrado. Un 39.6% presenta eumenorrea, 30.8% sangrado menstrual irregular, 13.2 % amenorrea, 8.8% sangrado menstrual escaso y 7.7% sangrado menstrual abundante.
El 60.4% de las pacientes refieren dolor en el momento de la inserción y el 46.2% dolor durante las primeras 24 horas.
Acudieron a urgencias por algún motivo durante su uso el 19.8% y se lo retiraron el 12% de las pacientes. Los principales motivos por los que las pacientes decidieron retirarse el DIU fueron por sangrado anómalo o por dolor. Respecto a la tolerancia el 73% de las usuarias opinan que es buena o muy buena.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con el objetivo de unificar la oferta anticonceptiva en la comunidad autónoma, en mayo de 2016 se creó un programa para unificar la organización de la Atención anticonceptiva en Aragón. Se intentaba garantizar una asistencia anticonceptiva de calidad y equitativa en toda la población en edad fértil, desde tres puntos fundamentales, la consulta del médico de Atención Primaria, matrona y en el último nivel, la consulta de planificación familiar. En el programa se establecen las actuaciones propias de cada facultativo remitiendo a la consulta de planificación familiar aquellas pacientes que deseen colocación de método LARC tipo DIU. Tras la incorporación del programa, se consiguió la completa financiación de todos los métodos LARC (Implanon NXT, DIU cobre, DIU Mirena y finalmente DIU Jaydess) que se encuentran disponibles en la consulta de planificación familiar.
El punto fuerte de nuestro estudio es su característica prospectiva de recogida de datos durante 13 meses de duración, con buena documentación de las características demográficas de las usuarias. Podemos concluir que se trata de un método de planificación con buena tolerabilidad, índice de retirada muy similar a otros métodos y que permite dada su financiación y disponibilidad en consulta que puedan acceder a él pacientes jóvenes y nuligestas que deseen un método de larga duración.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0771

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL DIU JAYDESS® A LOS METODOS DE ANTICONCEPCION FINANCIADOS EN ARAGON

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/771 ===== ***

Nº de registro: 0771

Título
INCORPORACION DEL DIU JAYDESS® A LOS METODOS DE ANTICONCEPCION FINANCIADOS EN ARAGON

Autores:
NASSAR MELIC NADIA, ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ, GASCON MAS ELENA, PELLICER SORIA ANA MARIA, RUIZ MARTINEZ SARA, POLO OLIVEROS LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Planificación familiar
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Planificación familiar

PROBLEMA
Hasta este año los métodos anticonceptivos financiados parcialmente por la Seguridad Social en Aragón englobaban a un grupo de anticonceptivos hormonales combinados orales, a la minipíldora de progesterona y al implante anticonceptivo. Disponíamos como métodos completamente financiados en Aragón de los DIUs de Cobre y el DIUs Mirena.
Hasta la fecha los DIUs disponibles, tanto financiados como de pago, tienen unas dimensiones estándar que pueden dificultar su colocación en pacientes nuligestas, por lo que su uso en estas pacientes era excepcional.

El DIU Jaydess® es el DIU hormonal más pequeño disponible y contiene una dosis hormonal baja. El dispositivo tiene una longitud de 30mm siendo de plástico flexible.

El Diu Jaydess® previene el embarazo de tres formas:

1. Aumentando el espesor del moco cervical, impidiendo el paso de los espermatozoides.
2. Disminuyendo el espesor endometrial, dificultando así la implantación.
3. Creando un entorno desfavorable para los espermatozoides dentro del útero, disminuyendo su movilidad.

La eficacia de Jaydess® en la prevención de embarazos es superior al 99 % desde el momento en que se introduce en el útero hasta que se extrae. Jaydess® es eficaz durante un período máximo de 3 años, periodo ideal en población joven.

RESULTADOS ESPERADOS

Desde su existencia y sobretodo desde su completa financiación se ha convertido en un método útil y cómodo en población joven nuligesta.

Gran parte de la población joven desea métodos anticonceptivos de larga duración, eficaces y que no dependan de los olvidos en su toma, por lo que este método cumple este tipo de requisitos.

La ventaja de disponer de ellos en la consulta de planificación es que la paciente si lo desea sale de la consulta con un método anticonceptivo altamente eficaz durante 3 años y con muy buena tolerancia.

MÉTODO

Desde mediados del 2016 es un método financiado y del que disponemos en la consulta de Planificación Familiar de Inocencio Jiménez Delicias. Se ha difundido la información de este DIU por todos nuestros centros de Atención Primaria, tanto para su conocimiento a la hora de informar a las pacientes como para su seguimiento o resolución de dudas.

Desde septiembre de 2016 se están registrando los DIU Jaydess® que colocamos para tener conocimiento de las preferencias de uso de las pacientes, la tolerancia y los motivos que pueden suscitar su retirada.

INDICADORES

- Número de DIUs Jaydess® colocados en 1 año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0771

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL DIU JAYDESS® A LOS METODOS DE ANTICONCEPCION FINANCIADOS EN ARAGON

- Número de DIUs Jaydess® retirados en 1 año.

DURACIÓN

1 año. Desde septiembre 2016 a septiembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0816

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE FETAL ANTEPARTO Y SEGUIMIENTO DEL DUELO

Fecha de entrada: 14/12/2017

2. RESPONSABLE PURIFICACION MATEO ALCALA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALVO CAROD MARIA PILAR
MACHIN RICOL MARIA PILAR
PARIS BOJ VIRGINIA
FERRER SAMATAN ELENA
MARCO SAN JUAN CARLOS
SALAS MARTINEZ ANNA
GIL TOMAS JOAQUINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5. ACTIVIDADES REALIZADAS *

- Elaboración de checklist de Estudio de muerte fetal anteparto, incluyendo antecedentes familiares, personales e historia obstétrica, pruebas realizadas y estudio feto-placentario.
- Instauración de comunicación fluida con psicósomática, informándoles de los casos acontecidos durante el ingreso de la paciente, para poder ser atendidas previamente al alta domiciliaria e instaurar atención psicológica temprana.
- Elaboración de encuestas de calidad de la atención obstétrica y psicológica para las pacientes.
- Sesión de Servicio sobre Duelo Fetal con Psiquiatría, con el objetivo de aprender "expresiones desafortunadas", herramientas de comportamiento y cómo manejar este tipo de situaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Unificación de la atención a las pacientes en los casos de óbito fetal, siguiendo todos el checklist para solicitar las pruebas pertinentes.
- Atención personalizada a estas pacientes por el mismo grupo de personas.
- Colaboración estrecha y eficiente con otros servicios del hospital: psiquiatría, microbiología, anatomía patológica y hematología especialmente.
- Detección PRECOZ de casos que requieren atención y seguimiento por parte de psicósomática.
- Derivación al alta de todas las pacientes a la "Consulta Preconcepcional", donde se les informa de los resultados obtenidos en los diversos estudios y de la causa del óbito fetal si esta ha sido identificada. Se les ofrece información sobre su futuro reproductivo y la opción de volver a la consulta cuando consideren para resolver posibles dudas.
- Habitación individual en el Área de Ginecología, de modo que la paciente esté lo más aislada posible del resto de pacientes obstétricas del servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Resulta fundamental ofrecer una atención individualizada a estas pacientes, con un trato cercano y personal, evitando juicios de valor o expresiones desafortunadas que puedan incrementar el malestar de la paciente y su pareja. Hemos aprendido que muchas de las cosas que decimos a diario "con buena intención" pueden no ser las más adecuadas ante esta situación. No tenemos formación adecuada en el manejo de situaciones complicadas.

Contar con un checklist para unificar la atención y no olvidar ninguna prueba complementaria ha sido de gran ayuda, y podríamos extenderlo a otros cuadros clínicos de la especialidad.

Resulta muy gratificante a nivel formativo y personal colaborar con otros servicios de forma tan estrecha, ya que aprendemos unos de los otros y se trata al paciente desde diferentes puntos de vista que ayudan a tener una visión global de un cuadro clínico. La colaboración entre servicios ha funcionado perfectamente y ha resultado fundamental para poder identificar de manera precoz aquellas pacientes en riesgo de desarrollar un duelo patológico y comenzar a trabajar con ellas desde el ingreso, ofertándole todas las medidas de apoyo personal y farmacológico que han necesitado, así como el posterior seguimiento por parte de psicósomática en casos concretos.

Con respecto a las encuestas, la idea inicial era entregarlas durante el ingreso o incluso en la visita del puerperio en la consulta preconcepcional, pero no nos ha parecido adecuado, dado el estado emocional de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0816

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE FETAL ANTEPARTO Y SEGUIMIENTO DEL DUELO

pacientes. La percepción subjetiva es que hemos mejorado en la atención a los casos de óbito fetal.

En general, ha supuesto una mejora en la calidad asistencial a las pacientes con muerte fetal intrauterina y a sus familiares, ofreciéndoles todas las armas que tenemos a nuestra disposición para atenderlas tanto en la esfera física como emocional y poder realizar un seguimiento adecuado a sus necesidades

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/816 ===== ***

Nº de registro: 0816

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE FETAL ANTEPARTO Y SEGUIMIENTO DEL DUELO

Autores:
MACHIN RICOL MARIA PILAR, CALVO CAROD MARIA PILAR, MATEO ALCALA PURIFICACION, PARIS BOJ VIRGINIA, FERRER SAMATAN MARIA ELENA, MARCO SAN JUAN CARLOS, SALAS MARTINEZ ANNA, GIL TOMAS JOAQUINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología: embarazo, parto y puerperio
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Nos encontramos ante un evento (muerte fetal anteparto) bastante inusual, al que pocas veces nos enfrentamos, motivo por el cual no estamos preparados ni formados para poder atender a estas familias sin empeorar su sufrimiento. Además, la atención profesional debería ir más allá de la actuación médica para garantizarles un adecuado seguimiento en todas las esferas.
Así mismo, al no haber un protocolo establecido, muchas veces la actuación o el estudio de la etiología, puede diferir en dependencia del profesional responsable en ese momento y sería bueno unificar criterios.
Con este proyecto nuestro objetivo es establecer un circuito de actuación interdisciplinar que abarque todo el proceso, proporcionando a la familia una atención integral.

RESULTADOS ESPERADOS

Necesitamos mejorar la atención a los pacientes que se encuentran en esta situación evitando frases desafortunadas que les incrementen el posible sentimiento de culpa que puedan tener.
Así mismo, garantizar una atención profesional integral, humanizada y científica. Dicha atención se basaría en sensibilizar sobre la trascendencia de la muerte gestacional y neonatal a pesar de los tabúes culturales existentes y favorecer el duelo normal reduciendo la morbilidad psicológica a largo plazo.
Con esta guía de actuación se pretende proporcionar recursos de apoyo en el proceso del duelo favoreciendo la consulta con psicología en caso de ser necesario o favoreciendo el acceso a grupos o asociaciones de apoyo tras el alta hospitalaria.
A su vez, tras una recogida muestras y analíticas para poder encontrar la posible etiología, se busca la derivación de todos los casos a una consulta específica (preconcepcional) para ofrecer información sobre resultados y pasos a seguir ante futuras gestaciones.

MÉTODO

Para poder realizar dicho proyecto tenemos que mantener continua comunicación con otros servicios como:
- Obstetricia (Dra. Calvo, Dra. Lou, Dra. Machín, Dra. Mateo, Dra. París): Verificación de recogida adecuada de muestras y remisión a los servicios pertinentes, así como conocimiento del caso por parte de psicología y posterior seguimiento en consultas.
- Psicología (Dr. Marco, Dra. Salas): Evitar la elaboración de duelo patológico, apoyo psicológico y farmacológico.
- Microbiología (Dra. Gil): poder avisar de la existencia de uno de estos casos y que se puedan buscar más factores que hayan podido desencadenar el fatal desenlace.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0816

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE FETAL ANTEPARTO Y SEGUIMIENTO DEL DUELO

Para valorar la satisfacción de las pacientes en cuanto a la atención recibida, tenemos a nuestra disposición un cuestionario para poder entregarles durante el proceso y así poder mejorar en la atención a otros pacientes que se encuentren en su misma situación.

Además se les ofrecerá otro cuestionario que valorará la escala del duelo perinatal y así poder diagnosticar cuando un duelo se convierte en patológico y poder actuar en consecuencia.

DURACIÓN

Desde enero de 2017 hasta diciembre del mismo año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0843

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BOILLOS CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAVENTOS TATO RUT
PELIGERO DEZA JAVIER
LEAL CARIÑENA CONCEPCION
GONZALEZ MORAN CARMEN
ROLDAN RIVAS FERNANDO
SOLA GARCIA JOSE LUIS
LLORENTE ALAMA SOFIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hasta ahora se han comenzado a desarrollar las siguientes actividades en coordinación con enfermería:
- Información detallada al ingreso a la paciente, del procedimiento quirúrgico que se le va a realizar
- Descripción detallada de su estancia hospitalaria a la paciente
- Evitar enemas de limpieza intestinal en la mayoría de las intervenciones
- Profilaxis en todas las cirugías que está indicada con elaboración del protocolo adecuado
- Profilaxis tromboembólica en las intervenciones indicadas, con elaboración del protocolo adecuado
- Movilización más temprana de las pacientes postoperatoriamente
- Reducción del ayuno postoperatorio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se están elaborando encuestas de satisfacción para las pacientes
Se están recogiendo las complicaciones postoperatorias inmediatas
Se están recogiendo las estancias medias de cada intervención quirúrgica.

Posteriormente se analizarán los resultados obtenidos para analizar el impacto del proyecto analizando distintos indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todavía queda pendiente la aplicación de todas las medidas preoperatorias que incluyen la reducción del ayuno preoperatorio, así como la ingesta de carbohidratos preoperatoriamente. También queda pendiente la retirada más temprana de cateteres epidurales y la movilización de las pacientes el mismo día de la intervención. Todo esto hay que coordinarlo con el Servicio de Anestesia y se piensa ponerlo en marcha a lo largo de estos primeros meses del año 2018.
Hemos observado en general que todas las modificaciones que hasta ahora se han ido introduciendo son del agrado de las pacientes y contribuyen a su satisfacción, estando más tranquilas durante su estancia hospitalaria. Por otra parte la recuperación postoperatoria con la movilización precoz y la introducción de alimentación más precoz, es más rápida acortando la estancia hospitalaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/843 ===== ***

Nº de registro: 0843

Título
APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Autores:
BOILLOS CALVO MARIA JOSE, RAVENTOS TATO RUT, PELIGERO DEZA JAVIER, LEAL CARIÑENA CONCEPCION, GONZALEZ MORAN CARMEN, ROLDAN RIVAS FERNANDO, SOLA GARCIA JOSE LUIS, LLORENTE ALAMA SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0843

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

Se ha demostrado que algunos hábitos quirúrgicos/anestésicos tradicionales han resultado ser factores de riesgo para la aparición de complicaciones postoperatorias. Los hábitos no recomendados son los ayunos prolongados, la preparación colónica, la administración de opioides intravenosos para el control del dolor, la administración de fluidoterapia de forma "liberal", la colocación de sondas nasogástricas de forma rutinaria, el retraso en el inicio de la alimentación oral y en la deambulación. El protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) se trata de un programa de Recuperación Acelerada tras Cirugía.

La filosofía principal del protocolo ERAS es reducir el estrés metabólico causado por el trauma quirúrgico y apoyar la recuperación temprana desde un abordaje multidisciplinar. Esta actuación sobre factores implicados en la respuesta biológica a la agresión impacta en las complicaciones postoperatorias y disminuye la estancia hospitalaria y los costes de hospitalización.

- 1) Abordaje preoperatorio con base en protocolo ERAS
 - Proporcionar información adecuada: desde la consulta ginecológica y de anestesia.
 - Evitar ayunos prolongados: se recomienda un ayuno a sólidos de seis horas y de líquidos hasta dos horas antes de la inducción.
 - Aporte de Hidratos de Carbono: reduce la respuesta catabólica, disminuyendo la resistencia a la insulina.
 - Evitar preparación intestinal: los pacientes sin preparación no tienen un incremento de la morbilidad ni la mortalidad.
 - Premedicación: sedantes de vida media corta.
 - Profilaxis antimicrobiana: dosis única previa a la incisión. Si más de 3h o sangrado mayor a 1,5l administrar segunda dosis.
 - Tromboprofilaxis: heparina y medias de compresión mecánica
- 2) Abordaje intraoperatorio con base en el protocolo ERAS
 - Fármacos de acción corta, anestesia locorregional: la analgesia atenúa la respuesta de estrés, disminuye el dolor dando mejorando la función pulmonar y reduce el íleo. En caso de contraindicación, se puede realizar un bloqueo de pared abdominal ecoguiado (bloqueo TAP bilateral) y/o infiltración con anestésicos locales de las incisiones de trócares.
 - Mantener la normotermia: manta térmica y administración de líquidos intravenosos a temperatura controlada.
 - Evitar la sobrecarga hídrica: se recomienda una fluidoterapia basada en el peso ideal (3-5 ml/kg/h para laparoscopia y 5-7 ml/kg/h para laparotomía).
 - Tipo de incisión: cirugía de mínima invasión, incisiones transversas u oblicuas.
 - Evitar el uso de drenajes: aumenta el riesgo de infecciones y retrasa la movilización.
- 3) Abordaje postoperatorio con base en el protocolo ERAS
 - Retirada temprana de sondas y catéteres.
 - Analgesia y anestesia epidural: la analgesia epidural se mantiene durante 48 horas. El uso de opioides como analgésico se limita a rescate.
 - Evitar uso de sonda nasogástrica: el uso rutinario retrasa la recuperación de la función intestinal, incrementa complicaciones pulmonares y prolonga la estancia, sin evitar los vómitos, la distensión abdominal ni las dehiscencias de anastomosis.
 - Reinicio temprano de la dieta: iniciar a las cuatro horas con líquidos, ya que, la ingesta precoz es segura, disminuye las complicaciones postoperatorias y reduce la estancia hospitalaria.
 - Movilización temprana.
 - Los criterios fundamentales de alta hospitalaria son: tolerancia a sólidos, analgesia oral eficaz y una correcta movilización.

RESULTADOS ESPERADOS

Adaptar el protocolo Eras a la cirugía ginecológica.
Aplicar el protocolo Eras en nuestro servicio.
Evaluar las complicaciones de la cirugía ginecológica tras la implantación de este protocolo.

MÉTODO

La optimización del manejo perioperatorio en base a la implementación del protocolo ERAS ha mostrado en diferentes estudios que mejora de manera significativa la evolución de los enfermos y la calidad y seguridad de atención, por lo que recomendamos sea considerada su implementación. Para lo cual se propone la coordinación con el Servicio de anestesia para la implantación del nuevo protocolo de actuación durante el preoperatorio y la intervención quirúrgica, así como con el personal de enfermería que se va a hacer cargo de los pacientes durante el ingreso hospitalario.

INDICADORES

Análisis detallado de todas las complicaciones aparecidas en el postoperatorio inmediato de cada una de los tipos de intervención quirúrgica.
Análisis de la estancia media de cada tipo de intervención quirúrgica.
Se va a evaluar la satisfacción subjetiva de las pacientes durante la estancia hospitalaria con una pequeña encuesta.

DURACIÓN

Fecha de inicio: Marzo-2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0843

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Fecha de finalización: Diciembre-2017

Marzo: Puesta en común con el servicio de anestesia del protocolo para su implantación en nuestras pacientes.

Abril: Información y entrenamiento del personal de enfermería para su adecuación en nuestra planta de ingreso hospitalario

Mayo en adelante implantación del protocolo en todas nuestras pacientes intervenidas quirúrgicamente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0843

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BOILLOS CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAVENTOS TATO RUT
PELIGERO DEZA JAVIER
LEAL CARINENA CONCEPCION
GONZALEZ MORAN CARMEN
SOLA GARCIA JOSE LUIS
LLORENTE ALAMA SOFIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Constituimos un equipo de mejora interdisciplinar con integrantes de diferentes servicios para ofrecer un mejor abordaje al proceso quirúrgico. Para ello, contamos con dos anestesiólogos, uno de los cuales participa es el facultativo habitual de los procedimientos ginecológicos. También contamos con una enfermera de planta de hospitalización habituada en cuidados postoperatorios de pacientes quirúrgicos y los 5 especialistas que componían en ese momento la sección de ginecología oncológica.

Revisamos lo publicado sobre aplicación de protocolos de recuperación intensiva en cirugía, objetivando que estos protocolos reducen la estancia hospitalaria y las complicaciones sin presentar diferencias en cuanto a la tasa de readmisión o mortalidad. A pesar de las ventajas demostradas la aplicación de estos protocolos representa un cambio en la práctica clínica que dificulta la implementación y una vez establecidos, el mantenimiento requiere un esfuerzo permanente. Uno de los grupos pioneros en nuestro país en la aplicación de este protocolo en cirugía ginecológica es el grupo de Vall Hebron cuyos datos presentados en los diferentes congresos han servido de inspiración en nuestro proyecto.

Tras elaborar el protocolo y constituir el equipo de mejora comenzamos con el reclutamiento de las pacientes. Los datos presentados por el grupo catalán se refieren exclusivamente a pacientes operadas por cáncer de ovario. Sin embargo, nosotros decidimos incluir todas aquellas a las que se les iba a realizar una laparotomía exploradora bien por sospecha de tumoración pélvica sin catalogar o bien por sospecha de cáncer de ovario, la cuales valoramos como las más beneficiadas por la aplicación de estos procedimientos. La inclusión de pacientes se realizó desde enero de 2018 hasta diciembre de 2018. En total fueron 19 pacientes las reclutadas.

Se planteó un abordaje preoperatorio, peroperatorio y postoperatorio con diferentes estrategias en cada uno de ellos, tal y como se relató en el documento aportada cuando propusimos el proyecto de mejora.

A nivel preoperatorio se planteó trabajar desde dos lugares diferentes, desde la consulta ofreciendo información detallada del diagnóstico e información oral y escrita sobre el procedimiento que se le va a realizar, explicándole las posibles complicaciones del mismo. Así mismo, se les informó de la estancia media esperada para cada procedimiento resolviendo dudas y haciéndole partícipe del proceso en todo momento. La otra parte del abordaje preoperatorio consistió valorar a las pacientes en consulta de prehabilitación del servicio de anestesia para que pudieran llegar a la cirugía en las mejores condiciones físicas y psíquicas. En este último aspecto encontramos algunas dificultades ya que, en ocasiones, el tiempo transcurrido entre esta visita y la cirugía era muy corto, entre 7-10 días, tiempo probablemente insuficiente para desarrollar toda la estrategia.

A nivel peroperatorio se planteó reducir la hospitalización previa a la tarde anterior al procedimiento salvo que la paciente tuviera algún requerimiento especial que aconsejara su valoración en el preoperatorio inmediato (p.e. pacientes diabéticas tipo 1). Al ingreso todas las pacientes fueron valoradas por enfermería para identificar cualquier tipo de comorbilidad física o psíquica no detectada hasta el momento. También se les recomendó a las pacientes evitar ayunos prolongados antes de la intervención.

Se evitó la preparación intestinal anterógrada en todos los casos limitándose a la administración de enemas de limpieza a los casos en los que existía una mayor posibilidad de cirugía rectal como parto del procedimiento, ya que el beneficio de la preparación del intestino en cirugía rectal es todavía controvertido.

Todas las pacientes sometidas a este tipo de cirugía recibieron profilaxis antibiótica media hora antes de la cirugía, empleando como opción preferente Amoxicilina/Clavulánico 2 gr, en caso de alergia se administró Clindamicina 900 mg y gentamicina 80 mg. En caso de que la cirugía se prolongara más de tres horas o se produjera un sangrado superior a 1l se administraba una nueva dosis de antibiótico (estrategia consensuada con grupo PROA). Así mismo, todas ellas recibieron tromboprofilaxis con enoxiparina o bempiparina, prolongando el tratamiento un mes tras la cirugía.

En cuanto al abordaje intraoperatorio, se procuró el uso de fármacos de acción corta para favorecer la recuperación más rápida.

Las pacientes sometidas a este tipo de intervenciones recibieron anestesia general y locorregional, lo cual permitió un mejor control en el postoperatorio inmediato, aunque en algún caso, pensamos que también retrasó la recuperación al no permitir una deambulación precoz.

Los anestesiólogos realizaron un uso racional de líquidos durante la intervención para evitar la sobrecarga hídrica, siempre manteniéndola estabilidad hemodinámica y la oxigenación tisular.

Durante la cirugía se intentó minimizar el sangrado. El tipo de incisión empleada mayoritariamente fue la laparotomía media infra y en ocasiones supraumbilical bien por el tamaño de la tumoración o bien porque el acceso necesario a las regiones linfoganglionares así lo requerían. No se colocaron de forma rutinaria drenajes intraabdominales ni de pared abdominal, únicamente cuando el procedimiento así lo requirió. La retirada se realizó de forma precoz siempre que el débito fuera bajo.

La retirada de la sonda vesical en el postoperatorio se realizó de forma precoz, durante el primer día

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0843

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

postquirúrgico que se hubiera producido alguna lesión vesical durante el procedimiento, en estos casos la sonda se mantuvo durante 2-4 semanas a criterio del urólogo.

En los casos en los que las pacientes llevaron catéteres epidurales estos se mantuvieron durante las primeras 48 horas del postoperatorio.

No se colocaron sondas nasogástricas rutinariamente y en los casos en los que se precisó de descompresión gástrica intraoperatoriamente se retiraron al terminar el procedimiento.

Todas las pacientes comenzaron de forma temprana en inicio de la tolerancia oral entre las primeras 6 y 24 horas, reservando únicamente el ayuno para aquellos casos en los que se hubiera producido cirugía intestinal, en estos casos, la reintroducción de la dieta se dejó a criterio del cirujano que realizó la intervención.

La movilización se realizó de forma precoz, salvo aquellos casos en los que las pacientes llevaban un catéter epidural que dificultaba la deambulacion. En estas situaciones se aconsejó que realizaran movilización de extremidades inferiores en la cama y se retrasó la deambulacion a la retirada del catéter epidural.

Los criterios de alta de hospitalización fueron la presencia de tolerancia oral a dieta sólida, un control correcto del dolor postoperatorio con analgesia oral y una correcta movilización de la paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se incluyeron un total de 19 pacientes sometidas a laparotomía exploradora por tumoración pélvica o sospecha de cáncer de ovario.

Tres de las pacientes recibieron profilaxis antibiótica con Clindamicina y Gentamicina por ser alérgicas a penicilina. No se produjeron complicaciones infecciosas en ninguna de las pacientes.

No hubo complicaciones anestésicas en ningún caso. Así mismo, tampoco se registraron complicaciones relacionadas con el manejo de los líquidos en nuestras pacientes.

En algún caso tenemos la impresión subjetiva de que la presencia del catéter epidural retrasó la movilización de las pacientes y, por tanto, la recuperación postoperatoria, por ejemplo, en aquellas pacientes que tuvieron un diagnóstico intraoperatorio de benignidad y no fueron sometidas a cirugías muy amplias.

No se produjeron complicaciones postoperatorias en ninguna de las pacientes incluidas, sin embargo, el bajo número de pacientes incluidas no permite extraer conclusiones definitivas en este aspecto.

Siete de las pacientes incluidas obtuvieron finalmente un diagnóstico de malignidad, 6 de ellas procedentes de ovario y una de ellos correspondió a un leiomioma uterino. Cuatro pacientes obtuvieron el diagnóstico de tumor de ovario borderline. De las 6 pacientes con cáncer de ovario, tres de ellas habían recibido tratamiento con quimioterapia neoadyuvante.

Solamente una de las pacientes incluidas requirió la realización de una resección intestinal de colon a nivel de sigma con anastomosis término-terminal.

La estancia media fue 4,21 días, siendo 3 días la estancia media mínima y 10 la máxima.

Falta por consensuar las horas de ayuno para líquidos con el servicio de anestesia (aunque el tiempo recomendado por la Sociedad Española de anestesia es de dos horas). No realizamos aporte suplementario de maltodextrina previa a la intervención para reducir la respuesta catabólica, disminuyendo la resistencia a la insulina siendo este uno de los aspectos pendientes de introducción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La adaptación del protocolo ERAS a las intervenciones quirúrgicas se produjo progresivamente, por lo que, en realidad, las pacientes incluidas en este trabajo forman parte del periodo de instauración del mismo y, por tanto, un momento de cambio. Este hecho supone un cambio de mentalidad y en la práctica clínica de los profesionales que requiere un tiempo para su completa instauración. No obstante, algunas de las medidas propuestas en él ya se habían implementado en la especialidad antes de la elaboración de este protocolo, por lo que únicamente hubo que seguir en el mismo sentido las actuaciones (p.e. no colocación de catéteres de forma rutinaria, profilaxis antibiótica o tromboprofilaxis).

Probablemente, las pacientes que más se beneficien de la estrategia preoperatoria de este protocolo sean aquellas ya diagnosticadas de cáncer de ovario y sometidas a quimioterapia neoadyuvante y posterior cirugía puesto que el hecho de que han de transcurrir 4 semanas desde el último ciclo hasta la cirugía permite establecer medidas higiénico-dietéticas indicadas desde la consulta de prehabilitación que les permitan llegar a la cirugía en condiciones óptimas para afrontar el procedimiento, añadido al hecho de que estas pacientes probablemente sean las que lleguen en un estado funcional peor.

Sólo incluimos pacientes con tumoraciones pélvicas (de útero o de ovario) diagnosticadas o sospechosas de malignidad en la instauración de este protocolo sin tener en cuenta otra entidad no poco frecuente de nuestra especialidad como la endometriosis profunda que podría beneficiarse en gran medida de la aplicación de esta estrategia por varias razones. La primera de ellas es que, en ocasiones, las cirugías que requieren son de igual o mayor entidad que las cirugías oncológicas (incluyendo cirugía colorrectal y/o de la vía urinaria) y la segunda de ellas es que, al no tratarse de una patología maligna se puede demorar algo más la cirugía para permitir que las pacientes lleguen en una situación óptima tanto física como emocional.

Probablemente, más adelante, con una casuística mayor, podamos aportar resultados más concluyentes que refrenden el beneficio de la implantación de un protocolo de estas características en cirugía ginecológica.

Queda pendiente reforzar la comunicación de la estrategia al resto de profesionales del servicio de ginecología, anestesia y enfermería para unificar las actuaciones, la información proporcionada a las pacientes en las consultas pre y posquirúrgicas y durante la hospitalización.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0843

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/843 ===== ***

Nº de registro: 0843

Título
APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Autores:
BOILLOS CALVO MARIA JOSE, RAVENTOS TATO RUT, PELIGERO DEZA JAVIER, LEAL CARIÑENA CONCEPCION, GONZALEZ MORAN CARMEN, ROLDAN RIVAS FERNANDO, SOLA GARCIA JOSE LUIS, LLORENTE ALAMA SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha demostrado que algunos hábitos quirúrgicos/anestésicos tradicionales han resultado ser factores de riesgo para la aparición de complicaciones postoperatorias. Los hábitos no recomendados son los ayunos prolongados, la preparación colónica, la administración de opioides intravenosos para el control del dolor, la administración de fluidoterapia de forma "liberal", la colocación de sondas nasogástricas de forma rutinaria, el retraso en el inicio de la alimentación oral y en la deambulación. El protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) se trata de un programa de Recuperación Acelerada tras Cirugía. La filosofía principal del protocolo ERAS es reducir el estrés metabólico causado por el trauma quirúrgico y apoyar la recuperación temprana desde un abordaje multidisciplinar. Esta actuación sobre factores implicados en la respuesta biológica a la agresión impacta en las complicaciones postoperatorias y disminuye la estancia hospitalaria y los costes de hospitalización.

- 1) Abordaje preoperatorio con base en protocolo ERAS
 - Proporcionar información adecuada: desde la consulta ginecológica y de anestesia.
 - Evitar ayunos prolongados: se recomienda un ayuno a sólidos de seis horas y de líquidos hasta dos horas antes de la inducción.
 - Aporte de Hidratos de Carbono: reduce la respuesta catabólica, disminuyendo la resistencia a la insulina.
 - Evitar preparación intestinal: los pacientes sin preparación no tienen un incremento de la morbilidad ni la mortalidad.
 - Premedicación: sedantes de vida media corta.
 - Profilaxis antimicrobiana: dosis única previa a la incisión. Si más de 3h o sangrado mayor a 1,5l administrar segunda dosis.
 - Tromboprofilaxis: heparina y medias de compresión mecánica
- 2) Abordaje intraoperatorio con base en el protocolo ERAS
 - Fármacos de acción corta, anestesia locorregional: la analgesia atenúa la respuesta de estrés, disminuye el dolor dando mejorando la función pulmonar y reduce el íleo. En caso de contraindicación, se puede realizar un bloqueo de pared abdominal ecoguiado (bloqueo TAP bilateral) y/o infiltración con anestésicos locales de las incisiones de trócares.
 - Mantener la normotermia: manta térmica y administración de líquidos intravenosos a temperatura controlada.
 - Evitar la sobrecarga hídrica: se recomienda una fluidoterapia basada en el peso ideal (3-5 ml/kg/h para laparoscopia y 5-7 ml/kg/h para laparotomía).
 - Tipo de incisión: cirugía de mínima invasión, incisiones transversas u oblicuas.
 - Evitar el uso de drenajes: aumenta el riesgo de infecciones y retrasa la movilización.
- 3) Abordaje postoperatorio con base en el protocolo ERAS
 - Retirada temprana de sondas y catéteres.
 - Analgesia y anestesia epidural: la analgesia epidural se mantiene durante 48 horas. El uso de opioides como analgésico se limita a rescate.
 - Evitar uso de sonda nasogástrica: el uso rutinario retrasa la recuperación de la función intestinal, incrementa complicaciones pulmonares y prolonga la estancia, sin evitar los vómitos, la distensión abdominal ni las dehiscencias de anastomosis.
 - Reinicio temprano de la dieta: iniciar a las cuatro horas con líquidos, ya que, la ingesta precoz es segura, disminuye las complicaciones postoperatorias y reduce la estancia hospitalaria.
 - Movilización temprana.
 - Los criterios fundamentales de alta hospitalaria son: tolerancia a sólidos, analgesia oral eficaz y una correcta movilización.

RESULTADOS ESPERADOS

Adaptar el protocolo Eras a la cirugía ginecológica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0843

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Aplicar el protocolo Eras en nuestro servicio.
Evaluar las complicaciones de la cirugía ginecológica tras la implantación de este protocolo.

MÉTODO

La optimización del manejo perioperatorio en base a la implementación del protocolo ERAS ha mostrado en diferentes estudios que mejora de manera significativa la evolución de los enfermos y la calidad y seguridad de atención, por lo que recomendamos sea considerada su implementación. Para lo cual se propone la coordinación con el Servicio de anestesia para la implantación del nuevo protocolo de actuación durante el preoperatorio y la intervención quirúrgica, así como con el personal de enfermería que se va a hacer cargo de los pacientes durante el ingreso hospitalario.

INDICADORES

Análisis detallado de todas las complicaciones aparecidas en el postoperatorio inmediato de cada una de los tipos de intervención quirúrgica.
Análisis de la estancia media de cada tipo de intervención quirúrgica.
Se va a evaluar la satisfacción subjetiva de las pacientes durante la estancia hospitalaria con una pequeña encuesta.

DURACIÓN

Fecha de inicio:Marzo-2017.
Fecha de finalización:Diciembre-2017
Marzo: Puesta en común con el servicio de anestesia del protocolo para su implantación en nuestras pacientes.
Abril: Información y entrenamiento del personal de enfermería para su adecuación en nuestra planta de ingreso hospitalario
Mayo en adelante implantación del protocolo en todas nuestras pacientes intervenidas quirúrgicamente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0982

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO DESDE SU COMPLETA FINANCIACION EN ARAGON

Fecha de entrada: 03/01/2018

2. RESPONSABLE ELENA GASCON MAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE
CALVO CAROD PILAR
BOILLOS CALVO MARIA JOSE
PEREZ-SERRANO ARTIGAS CARMEN
MORENO ROMEA ESTHER
RAVENTOS TATO RUT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Registro de los datos tras recogida de la encuesta del trabajo fin de master de la Dra. Calvo Carod "Perfil de la usuaria de implante relación del patrón de sangrado con variables sociodemográficos, epidemiológicas de las mismas."

Cursos y talleres formativos en los centro de Salud y en el colegio oficial de enfermería que han permitido, coordinar atención primaria y especializada, organizar/ mejorar la atención a la mujer en los centro de Salud y mejorar la formación y confianza de los profesional con el implante anticonceptivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Aumento de la inserción de implantes anticonceptivos en Aragón, de 134 implantes en 2015 a 1718 servidos por las Unidades de Farmacia durante el primer año de funcionamiento del Programa. En consecuencia, se ha disminuido la tasa de embarazos no deseados y de interrupciones voluntarias de embarazo.

- Se ha conseguido disminuir la lista de espera de consultas de Planificación familiar ya que del total de implantes insertados, un 63% se realizó en Atención Primaria (1083) y el resto en Atención Especializada (635)

- Perfil de la usuaria: edades en torno a los 20-40 años, correspondiendo a más de 90% de las mujeres y un menor porcentaje de las edades más extremas. Se observa que el 40% de las usuarias presentan sobrepeso u obesidad, se podría explicar a que éste es un factor de riesgo para el uso de estrógenos y se aconseje en dichas mujeres métodos de sólo gestágenos como el implante. El porcentaje de implantes retirados ha sido aproximadamente de un 10% y el motivo más frecuente es la alteración en el patrón de sangrado.

En consecuencia, con este perfil de usuaria del implante anticonceptivo se refleja una mayor equidad en el acceso a la atención anticonceptiva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dentro de las novedades más importantes del Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón, publicado en Mayo 2016, incluía la financiación gratuita del implante, la accesibilidad al mismo desde atención primaria y la inserción a cargo mayoritariamente de matronas.

Con los resultado anteriormente descritos, un incremento exponencial de la utilización del implante (x12) y que no exista un cambio significativo en el porcentaje de retirada antes de su caducidad se traduce en un éxito del nuevo programa de anticoncepción desde su completa financiación.

En la actualidad, es un referente de programa en anticoncepción en el resto de España.

7. OBSERVACIONES.

Sería interesante seguir evaluando ya que llevamos sólo un año, y la muestra es pequeña, es necesario seguir valorando la evolución en el tiempo y en otros sectores.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/982 ===== ***

Nº de registro: 0982

Título
SEGUIMIENTO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO DESDE SU COMPLETA FINANCIACION EN ARAGON

Autores:
GASCON MAS ELENA, REPOLLES LASHERAS SIRA, CALVO CAROD MARIA PILAR, BOILLOS CALVO MARIA JOSE, PEREZ-SERRANO ARTIGAS CARMEN, MORENO ROMEA ESTHER, RAVENTOS TATO RUT

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLANIFICACIÓN FAMILIAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0982

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO DESDE SU COMPLETA FINANCIACION EN ARAGON

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque .: PLANIFICACIÓN FAMILIAR

PROBLEMA

El implante subdérmico es un anticonceptivo formado por una sola varilla que contiene 68 mg de etonogestrel, gestágeno de 3ª generación. El principal beneficio de los anticonceptivos con sólo gestágeno es evitar los efectos secundarios metabólicos y clínicos de los estrógenos, por tanto, es una muy buena opción para las mujeres con alguna contraindicación para la toma de estrógenos.

Otra de las ventajas que ofrecen los implantes, a diferencia de otros métodos anticonceptivos, es que no dependen de la persona que los utiliza y, por lo tanto, no presentan diferencias en las tasas de efectividad entre el "uso perfecto" y el "uso típico"; con un Índice de Pearl de 0.05 constituye el método más seguro. Además, el implante está entre los métodos que se denominan de larga duración (tres años) suponiendo una mayor comodidad para la usuaria.

Hasta Junio de 2016, el implante suponía para las usuarias un coste económico, realizar un visado de inspección médica, asistencia a un mínimo de tres consultas ginecológicas, lo cual, conllevaba un riesgo de embarazo no deseado durante la espera. Además, su inserción y retirada debía ser realizada por un facultativo especialista en ginecología. En los sucesivos meses, se ha ido incorporando un programa aprobado por la D.G.A que incluye:

1. Financiación completa del método.
2. Prescripción por médico de atención primaria.
3. Cursos y talleres formativos en Anticoncepción para atención primaria (matronas y facultativos)
4. Seguimiento del método en los centros de salud.

Todo ello con el fin de conseguir la equidad en prestación de un método anticonceptivo prácticamente exento de riesgo y favorecer la accesibilidad de la usuaria mediante la modificación de competencias, de forma que se inserten en Atención Primaria, y que sean financiados, lo cual evita pasos intermedios.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir la lista de espera en las consultas de Planificación Familiar.
- Garantizar la equidad en el acceso a la atención anticonceptiva.
- Disminuir la tasa de embarazos no deseados, y en consecuencia, el número de interrupciones voluntarias del embarazo.
- Conocer el perfil de la usuaria del implante, el patrón de sangrado del implante y la tasa de retiradas prematuras (antes del año).
- Establecer los criterios y circuitos de derivación entre los diferentes niveles de asistencia anticonceptiva (Atención Primaria / Atención Especializada).
- Aumentar la adhesión al método a través del seguimiento en Atención Primaria.
- Centralizar la atención integral a la mujer en los centros de salud.

MÉTODO

Responsables: F.E.A Ginecología de la Consulta de Orientación Familiar del Centro de Especialidades de Zaragoza "Inocencio Jiménez".

? Registro de inserción y retirada de los implantes, así como su motivos, y características epidemiológicas de las usuarias (edad, raza, paridad, IMC...)

Responsables: Matronas de Centro de Salud del Área III de Zaragoza.

? Registro del patrón de sangrado, satisfacción con el método y adherencia al método a los 3-6 meses de inserción del implante.

Para lo anteriormente mencionado, se va a utilizar:

1. Base de datos "Excel" centralizada en la consulta de orientación familiar de ginecología de Inocencio Jiménez.
2. Encuesta entregada en el momento de la inserción del implante, que será entregada a la matrona del centro de salud cuando realicen el control a los 3-6 meses.
3. Cursos y talleres formativos en los centros de salud del Área III de Zaragoza.

INDICADORES

- Número de implantes insertados en atención especializada.
- Número de implantes insertados en atención primaria.
- Número de implantes retirados antes del primer año tras su inserción si el motivo es el patrón de sangrado irregular.

DURACIÓN

-Fecha de inicio: Octubre 2016 ; Fecha de finalización Octubre 2017

- Exposición del proyecto de calidad al grupo de trabajo tras su aprobación.
- Programación de cursos y talleres a atención primaria.
- Recogida de registro de la base de datos y de encuestas en Atención Primaria cada 3-4 meses.
- Análisis de los datos y exposición de los mismos.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0982

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO DESDE SU COMPLETA FINANCIACION EN ARAGON

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1623

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LAS INYECCIONES INTRAVITREAS DEANTIANGIOGENICOS Y DEL IMPLANTE INTRAVITREO DE DEXAMETASONA

Fecha de entrada: 17/05/2018

2. RESPONSABLE JAVIER MATEO GABAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASAS PASCUAL PAULA
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER
ESTEBAN FLORIA OLIVIA
MARTINEZ VELEZ MIREYA
RAMIRO MILLAN PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El implante intravítreo de dexametasona es usado para el tratamiento del edema macular secundario a trombosis venosa retiniana o a uveítis. Se lleva a cabo la actualización de los consentimientos informados de estos fármacos, para ampliar las indicaciones de este fármaco y manejar una información mas actualizada de cara a informar a los pacientes.

Entrega del consentimiento por parte del personal de enfermería o auxiliar de enfermería.
Aclaración de dudas que puedan surgir al paciente o sus acompañantes por parte del médico. Firma del consentimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido una mejoría a la hora de informar a los pacientes que reciben estos tratamientos, permitiendo que el paciente comprenda el procedimiento al que se le va a someter, consiguiendo un mejor cumplimiento de las medidas profilácticas pre y post inyección.

Por otra parte, el hecho de actualizar dichos consentimientos, nos ha permitido incluir nuevas indicaciones para el uso de estas inyecciones, sin necesidad de solicitarlas como uso compasivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante realizar una actualización de los consentimientos que manejamos de forma habitual en nuestras consultas, ya que las indicaciones oftalmológicas para ciertos medicamentos se están ampliando en los últimos tiempos. De tal forma que, lo que antes debíamos solicitarlo como uso compasivo y no disponíamos de consentimientos específicos, en la actualidad, existen indicaciones específicas oftalmológicas. Es necesario que todos los oftalmólogos conozcamos las nuevas indicaciones de estas inyecciones y que disponemos de consentimientos específicos para su uso.

7. OBSERVACIONES.

no

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1623 ===== ***

Nº de registro: 1623

Título
ACTUALIZACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LAS INYECCIONES INTRAVITREAS DE ANTIANGIOGENICOS Y DEL IMPLANTE INTRAVITREO DE DEXAMETASONA

Autores:
MATEO GABAS JAVIER, CASAS PASCUAL PAULA, ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER, ESTEBAN FLORIA OLIVIA, MARTINEZ VELEZ MIREYA, RAMIRO MILLAN PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1623

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LAS INYECCIONES INTRAVITREAS DEANTIANGIOGENICOS Y DEL IMPLANTE INTRAVITREO DE DEXAMETASONA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los fármacos antiangiogénicos se utilizan desde hace años para el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. El implante intravítreo de dexametasona es usado para el tratamiento del edema macular secundario a trombosis venosa retiniana o a uveítis. En los últimos años, las indicaciones de dichos fármacos se han ampliado al edema macular diabético, en el caso de antiangiogénicos e implante intravítreo de dexametasona y a la trombosis venosa retiniana y la neovascularización coroidea de origen miópico en el caso de los antiangiogénicos. Es por lo tanto necesario actualizar los consentimientos informados de dichos fármacos tanto para incorporar las sus nuevas indicaciones como para añadir la información que la bibliografía más reciente aconseja.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la información que reciben los pacientes sobre dichos fármacos y sus acompañantes.
Población diana: pacientes con edema macular diabético, degeneración maculas asociada a la edad, uveítis, trombosis venosa retiniana, membrana neovascular miópica.
Intervenciones: inyecciones intravítreas.
Servicios: servicio de Oftalmología. Sección de Retina. Sección de uveítis.

MÉTODO

Se seguirá la misma rutina que habitualmente, ya que sólo habrá que sustituir el consentimiento utilizado hasta ahora por los nuevos consentimientos actualizados.
Explicación por parte del personal médico de la patología y el tratamiento propuesto al paciente y sus acompañantes si fuera necesario. Entrega del consentimiento por parte del personal de enfermería o auxiliar de enfermería. Aclaración de dudas que puedan surgir al paciente o sus acompañantes por parte del médico. Firma del consentimiento.

INDICADORES

Valoración del número de pacientes que son tratados por las patologías a las que se refieren las nuevas indicaciones frente al número total de pacientes tratados con inyecciones intravítreas de antiangiogénicos e implante intravítreo de dexametasona.

DURACIÓN

Los nuevos consentimientos se implantarán en cuanto hayan sido aprobados por la dirección del H Clínico Universitario.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1639

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRURGICO EN PACIENTES CON GLAUCOMA REFRACTARIO

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE JUAN IBAÑEZ ALPERTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GARCIA DIANA
MARTINEZ MORALES JUANA
BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL
CHACON VALLES MANUEL
GUILLEN ANTON JULIA
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se intervinieron 19 casos durante el año 2017, con un tiempo de seguimiento de entre 3 semanas y 8 meses. La edad media fue de 63,4 ($\pm 14,89$) con un rango de 47 y 83 años. Se operaron 11 varones y 8 mujeres, 9 ojos derechos y 10 ojos izquierdos.

Las válvulas fueron implantadas en diferentes tipos de glaucoma refractario. 13 casos fueron glaucomas neovasculares, de los cuales 10 casos eran diabéticos afectos de Retinopatía Diabética Proliferativa y el resto eran casos de oclusiones vasculares. 2 casos eran glaucomas secundarios en pacientes vitrectomizados, postqueratoplastia (1 caso) y otro postraumático. El resto (2 casos) fueron pacientes en que se había practicado 2 o más trabeculectomías fallidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS TENSIONALES

La PIO prequirúrgica media con tratamiento máximo (3 colirios e inhibidores de la anhidrasa carbónica por vía oral) fue de 36,72 ($\pm 8,88$) con un rango entre 25 y 55 mmHg. En la primera semana la TO era de 12,07 mmHg ($\pm 5,98$) con un rango entre 2 y 33. Al mes la PIO media fue de 16,64 mmHg ($\pm 4,42$) con un rango entre 9 y 28. A los 3 meses de 19,11 ($\pm 4,77$) y a los 6 meses de 20,62 ($\pm 6,33$).

La PIO se redujo de 36,72 ($\pm 8,8$) a 18,54 ($\pm 8,65$) en la última revisión. El porcentaje de éxito fue del 80,8%. El 61,54% de los pacientes mantuvo tensiones iguales o inferiores a 20 mmHg. El 30,76% de los casos no precisó tratamiento antiglaucomatoso tras la cirugía.

El porcentaje de casos con tensiones no superiores a 21 mmHg con o sin tratamiento asociado fue superior al 70% en todas las revisiones.

El control tensional obtenido con la válvula ha sido superior al 70% de los casos.

TIEMPO ESPERA QUIRURGICO.

Dado el carácter refractario de este tipo de glaucomas los convierten en una de las cirugías preferentes de oftalmología.

Durante el año 2016 se han intervenido 75 pacientes de glaucoma, con un tiempo de espera media quirúrgica de 72,45 días y en el transcurso del año 2017, se han intervenido 108 pacientes (44% mas que el año anterior) con una media de 91,55 días.

En nuestra muestra de 19 pacientes con glaucoma refractario, existe una media de 9 días, con un rango que oscila entre los 4 y los 17 días.

La oscilación de dichos valores depende del día de la semana con la que el paciente es visto en consulta y es programado para cirugía.

En un 42% (9 casos) y relacionado con su patología de base (cardiopatía, valvulopatía, ACV), referían estar en tratamiento antiagregante, lo que propicio una demora de unos 4 -5 días para la realización de la cirugía por el riesgo de sangrado intraoperatorio.

La estancia media hospitalaria se ha reducido drásticamente a 0,3 días de ingreso (solo 2 casos de los 19) por tratarse de ojos únicos y no cumplir con criterios de cirugía mayor ambulatoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha de este programa de calidad ha permitido crear una vía de canalización rápida, para pacientes pendientes de cirugía de glaucoma refractario, optimizando el tiempo de espera quirúrgico, lo que posibilita un abordaje mas óptimo y rápido, que se traduce en mejores resultados visuales y tensionales por parte del paciente y una optimización de los recursos, al reducir los ingresos por esta patología, minimizando los costes y la morbilidad asociada así como el numero de reintervenciones.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1639

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRURGICO EN PACIENTES CON GLAUCOMA REFRACTARIO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1639 ===== ***

Nº de registro: 1639

Título
OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRURGICO EN PACIENTES CON GLAUCOMA REFRACTARIO

Autores:
IBAÑEZ ALPERTE JUAN, PEREZ GARCIA DIANA, MARTINEZ MORALES JUANA, BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL, CHACON VALLES MANUEL, GUILLEN ANTON JULIA, ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad existen pacientes con glaucomas refractarios, que aun con máximo tratamiento, están muy mal controlados y que por tanto revisten por tanto un carácter urgente (la mayoría derivado de otros centros). La propuesta de mejora, es disminuir al máximo el tiempo de espera quirúrgico en este tipo de pacientes, pudiendo asignarles en la consulta, el día de la cirugía, debido al carácter urgente que presentan. Esto implicaría una colaboración estrecha con el Servicio de Anestesia, elaborando un protocolo que garantizase un circuito específico para este tipo de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir el tiempo de espera en pacientes incluidos en lista quirúrgica con glaucoma refractario.

MÉTODO
Establecer un circuito específico de canalización, basado en un protocolo, y la literatura actual, así como en la experiencia de otros centros, para proponer su aprobación por parte del Servicio de Anestesiología.

INDICADORES
Evaluación trimestral del tiempo de espera quirurgico, desde el momento en el que se apruebe el protocolo.

DURACIÓN
Fecha de inicio: 1/2/2017 Fecha de finalización: 31/12/2017
Marzo 2017: Elaboración de un protocolo basado en la literatura y en la experiencia de otros centros. .
Abril 2017: Reunión con el Servicio de Anestesia y aceptación del contenido del protocolo.

Trimestralmente: Comprobación del tiempo de espera quirurgico y problemas surgidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1669

1. TÍTULO

USO FUERA DE INDICACION DEL COLIRIO DE BEVAZUCIMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION CORNEAL

Fecha de entrada: 03/01/2018

2. RESPONSABLE PAULA CASAS PASCUAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MINGUEZ MURO ENRIQUE
SALVADOR GOMEZ TRANSITO
PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO
DEL BUEY SAYAS MARIA ANGELES
CAMELLO ALVAREZ CONSTANZA
LOPEZ RODRIGUEZ NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Búsqueda bibliográfica para establecer los criterios precisos que deben cumplir los pacientes a los que se desee instaurar el tratamiento con bevacizumab en colirio.
Reunión con el servicio de farmacia hospitalaria para determinar la concentración y modo de dispensación del colirio. Además se acuerdan los puntos básicos del protocolo que se deberá realizar para establecer un canal de rápido para la obtención de la medicación fuera de indicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la fecha, y desde que el proyecto fue iniciado, se ha instaurado el tratamiento con colirio de bevacizumab en tres pacientes. Dos de ellos han precisado ocho semanas de tratamiento (dos dispensaciones) y uno ha requerido cuatro semanas (una dispensación). En los tres casos se ha informado al servicio de farmacia hospitalaria de la evolución de los pacientes. En ningún caso se han observados efectos adversos locales o sistémicos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Reunión con el servicio de farmacia hospitalaria para agilizar la obtención del tratamiento.
Valoración clínica del tratamiento, valorar sus resultados clínicos en la mejoría de la supervivencia del injerto corneal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1669 ===== ***

Nº de registro: 1669

Título
USO FUERA DE INDICACION DEL COLIRIO DE BEVAZUCIMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION CORNEAL

Autores:
CASAS PASCUAL PAULA, MINGUEZ MURO ENRIQUE, ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER, SALVADOR GOMEZ TRANSITO, PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO, DEL BUEY SATAS MARIA ANGELES, CAMELLO ALVAREZ CONSTANZA, LOPEZ RODRIGUEZ NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La neovascularización corneal (NVC) aparece por múltiples mecanismos patológicos como pueden ser la inflamación, infección, isquemia o pérdida de la barrera limbar de células madre. La presencia de vascularización en la córnea implica la pérdida de la barrera que supone el limbo esclerocorneal y se asocia a inflamación crónica, edema, depósitos lipídicos y, como consecuencia, pérdida de la transparencia corneal y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1669

1. TÍTULO

USO FUERA DE INDICACION DEL COLIRIO DE BEVAZUCIMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION CORNEAL

disminución de agudeza visual. En el caso particular del trasplante corneal, la presencia de vasos en el lecho corneal del receptor, conlleva la pérdida del privilegio inmunitario de la córnea y compromete la supervivencia del injerto. En última instancia, la NVC puede precipitar el fracaso del tejido trasplantado obligando al paciente a someterse a un segundo trasplante, con el coste y riesgos que ello conlleva.

Existen numerosas técnicas para tratar la NVC, si bien ninguna es totalmente efectiva. Éstas incluyen antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos tópicos, diatermia con aguja fina, terapia fotodinámica, o la restauración de la superficie ocular con el trasplante de conjuntiva, limbo o membrana amniótica. A excepción de los antiinflamatorios tópicos (que forman parte del arsenal terapéutico oftalmológico habitual y se utilizan de forma sistemática en este tipo de situaciones), el resto de los tratamientos suponen un procedimiento quirúrgico con riesgo y gasto elevados.

El bevacizumab (Avastin®) es un anticuerpo monoclonal recombinante humanizado que actúa frente todas las isoformas del VEGF-A evitando la aparición de neovascularización e inhibiendo la ya presente. Su uso no ha sido formalmente aprobado por la FDA para indicaciones oftalmológicas; sin embargo, ha sido ampliamente utilizado "off-label o fuera de indicación" por su eficacia y mayor coste-efectividad, habiéndose demostrado la no inferioridad de bevacizumab frente a ranibizumab en múltiples patologías, entre ellas la NVC.

RESULTADOS ESPERADOS

- Introducir en la práctica clínica diaria el colirio de Bevacizumab para pacientes con NVC reciente.
- Facilitar el empleo de colirio de Bevacizumab en pacientes con patología corneal, puesto que su coste es reducido, la vía de administración es cómoda y sencilla y no existen efectos adversos sistémicos asociados publicados.
- Mejorar la supervivencia de los injertos corneales mediante la introducción de nuevas líneas terapéuticas

MÉTODO

Se realizará una reunión con el servicio de farmacia para establecer las indicaciones del tratamiento, concentración y forma de preparación. Además, se establecerá una vía de comunicación adecuada para la petición del tratamiento mediante el formulario adecuado.

Los pacientes en los que se instaure el tratamiento, serán revisados en las consultas de oftalmología dependiendo de la patología que presenten, con una revisión al mes como mínimo (tiempo de caducidad del colirio).

En cada visita el oftalmólogo realizará un registro fotográfico del paciente tratado y reportará cualquier incidencia o efecto adverso al servicio de farmacia, valorando la necesidad de continuar o retirar el tratamiento.

INDICADORES

Valoración de la efectividad del tratamiento mediante comparación de registros fotográficos de los pacientes tratados.

DURACIÓN

Inicio del proyecto: Septiembre de 2017

Comunicación semestral del número de pacientes incluidos en el tratamiento

Fin del proyecto con valoración de la efectividad del tratamiento: Septiembre 2018

OBSERVACIONES

En la literatura médica previa no se ha comunicado ningún efecto secundario sistémico asociado al colirio de Bevacizumab.

Respecto a los efectos adversos locales, podría producir molestias tópicas en el lugar de la instilación, hiperemia conjuntival o queratitis asociadas al principio activo o al conservante utilizado para su formulación (cloruro de Benzalconio). No obstante, estos efectos secundarios son transitorios y desaparecen con la retirada del tratamiento.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1696

1. TÍTULO

USO COMPASIVO DE BEVACIZUMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION OCULAR

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE OLIVIA ESTEBAN FLORIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MATEO GABAS JAVIER
HONRUBIA GRIJALBO ANA
NUÑEZ BENITO ESTHER
PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO
BARTOLOME SESE ISABEL
MARTINEZ VELEZ MIREYA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una sesión clínica explicando el proyecto y las indicaciones posibles para nuestra práctica clínica. Se elaboró una guía a disposición de todos los Oftalmólogos del Servicio, con las indicaciones del fármaco. Se realizó una reunión con el personal auxiliar del servicio (enfermeras y auxiliares) para dar a conocer el proyecto y su implicación en la documentación necesaria posible para solicitarlo. Junto con Farmacia hospitalaria, se realizó un protocolo para la elaboración de la presentación del fármaco: inyección intravitrea. Pendientes de su aprobación dentro del protocolo de antiangiogénicos por el Grupo de Asesoramiento de Medicamentos de Aragón (GAMA).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De momento no se ha comenzado a utilizar el fármaco, pero en la reunión se puso de manifiesto el interés por parte de los Oftalmólogos del proyecto, pues supondría una opción terapéutica hasta ahora no bien resuelta, resaltando la importancia de agilizar los trámites y el conocimiento de su utilización en muchas indicaciones del día a día de la consulta especializada de Oftalmología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No podemos concluir puesto que estamos esperando su aprobación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1696 ===== ***

Nº de registro: 1696

Título
USO COMPASIVO DE BEVACIZUMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION OCULAR

Autores:
ESTEBAN FLORIA OLIVIA, MATEO GABAS JAVIER, HONRUBIA GRIJALBO ANA, NUÑEZ BENITO ESTHER, PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO, SALVADOR GOMEZ TRANSITO, BARTOLOME SESE ISABEL, MARTINEZ VELEZ MIREYA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El tratamiento de la patología neovascular ocular ha experimentado grandes cambios a lo largo de las últimas dos décadas gracias al uso de nuevos fármacos que bloquean el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF). A pesar de que estos nuevos antiVEGF se diseñaron para ser utilizados en el tratamiento de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1696

1. TÍTULO

USO COMPASIVO DE BEVACIZUMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION OCULAR

neovascularización coroidea macular (NVC) en el contexto de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), en los últimos años han visto ampliadas sus indicaciones. El VEGF es un mediador de la inflamación que puede actuar en múltiples procesos. En concreto se conoce su implicación en modelos animales de neovascularización de iris y de retina, así como en el edema macular. Actúa mediante un mecanismo pro-inflamatorio, incrementando la permeabilidad vascular y produciendo y manteniendo nuevos vasos, al tiempo que modula la formación de trombos, el flujo vascular y la vasodilatación. La posibilidad de bloquear estos mecanismos, así como la similitud de la NVC asociada a la DMAE con otros procesos, ha permitido ampliar las indicaciones de los antiVEGF, en muchos casos dentro de ensayos clínicos o como utilización fuera de indicación (off-label), dentro de un procedimiento de Uso Compasivo. Bevacizumab es un anticuerpo murino monoclonal humanizado capaz de bloquear todas las isoformas del VEGF. Este fármaco se diseñó inicialmente para el tratamiento de pacientes con carcinoma colorectal metastásico; sin embargo, posteriormente ha venido siendo utilizado bajo uso compasivo en el tratamiento de otras neoplasias, así como en el tratamiento de la DMAE húmeda y otras neovascularizaciones oculares. Habiéndose demostrado la no inferioridad de bevacizumab frente a otros anti-VEGF, no cabe duda de que uno de los factores más atractivos de bevacizumab es su bajo coste, especialmente comparado con los otros tratamientos antiangiogénicos existentes (ranibizumab y aflibercept). Pese a ser un fármaco no comercializado para uso oftalmológico, y ser necesaria la obtención de una aprobación off-label para su utilización individualizada como uso compasivo, en la actualidad sus indicaciones en Oftalmología siguen multiplicándose.

RESULTADOS ESPERADOS

- Introducir en la práctica clínica diaria el uso de Bevacizumab "off label" para aquellas indicaciones oftalmológicas no recogidas en la ficha técnica de los antiangiogénicos comercializados para uso intraocular (ranibizumab y aflibercept). Podrá ser empleado mediante inyección intravítrea por facultativos pertenecientes a las secciones de Glaucoma, Oftalmología Pediátrica y a la Unidad de Retina Médica y Quirúrgica, así como en inyección subconjuntival por los facultativos de la Sección de Patología del Segmento Anterior.
- Simplificar los trámites para el empleo Bevacizumab intravítreo y subconjuntival fuera de indicación en Oftalmología mediante un impreso único de solicitud para todos los antiangiogénicos incluyendo los fuera de indicación.
- Reducir el impacto económico que el uso de antiangiogénicos para patologías oculares tiene para el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

MÉTODO

1. Vitrectomía posterior (como coadyuvante 48-72 h previo a la cirugía o en el mismo acto operatorio). Previene el sangrado intra y/o postoperatorio en casos de retinopatía diabética proliferativa con o sin hemorragia vítrea asociada.
2. Cirugía de catarata (como coadyuvante 48-72 h previo a la cirugía o en el mismo acto operatorio). Previene el edema macular postquirúrgico, especialmente en pacientes con retinopatía diabética.
3. Edema macular cistoide (quístico) post-quirúrgico (Síndrome de Irvine-Gass) (2ª a facoemulsificación, queratoplastia, VPP, ...)
4. Glaucoma neovascular, con rubeosis iridis.
5. Neovascularización coroidea (NVC) 2ª a:
 - a. Tumores coroideos (nevus coroideo, osteoma coroideo, hemangioma capilar retiniano, ...)
 - b. Rotura coroidea traumática
 - c. Estrías angioides
 - d. Distrofia macular de Best
 - e. Inflamación ocular (idiopática, Vogt-Koyanagi-Harada, uveítis x TBC, coroidopatía punctata interna, ...)
 - f. Síndrome de presunta histoplasmosis ocular
6. Macroaneurisma arterial retiniano
7. Telangiectasias maculares
8. Enfermedad de Eales
9. Enfermedad de Coats
10. Retinopatía del prematuro
11. Coroidopatía serosa central crónica
12. Metástasis coroideas/iridianas de carcinoma mamario
13. Neovascularización corneal
14. Pterigion recurrente
15. Neoplasia escamosa de la superficie ocular
16. Linfangiectasias conjuntivales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1696

1. TÍTULO

USO COMPASIVO DE BEVACIZUMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION OCULAR

INDICADORES

Número de pacientes a los que se ha tratado con bevacizumab por las indicaciones mencionadas en la lista adjunta.
-Ahorro en coste económico del fármaco en la utilización de Bevacizumab frente a Lucentis o Aflibercept en los pacientes tratados.

DURACIÓN

Inicio del Proyecto: Diciembre 2017.
Comunicación semestral del número de pacientes incluidos en el tratamiento.
Final del Proyecto: Diciembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0188

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL TIEMPO DE OCIO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa ("RINCON DE OCIO")

Fecha de entrada: 13/11/2017

2. RESPONSABLE MARTA RAMOS FERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este último año, el proyecto se desarrolló, y lo que era la sala de estar de los pacientes, se convirtió en lo que llamamos, actualmente, el "Rincón de Ocio"; espacio totalmente gratuito creado a partir de donaciones de los propios trabajadores del servicio y de familiares de los pacientes. Dentro de esta sala se ha creado una biblioteca con 435 libros de lectura, periódicos, radio, revistas, televisión, juegos de mesa y decoración diversa con mensajes positivos.

Se han cumplido las revisiones mensuales del material que hay en la sala, mediante recuento de libros y catalogación en hoja de Excel. Las donaciones se siguen recibiendo actualmente.

Las actividades de decoración temáticas en fechas como Navidad y fiestas del Pilar, se han realizado; además de la renovación de la decoración de la sala aproximadamente cada dos meses; y la actualización semanal de la pizarra con "la frase positiva".

En el año 2016 ingresaron en esta Unidad un total de 953 pacientes, cifra importante a tener en cuenta, dada la visualización del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal del proyecto era lograr que los pacientes ingresados consiguieran un estilo proactivo y mejorasen su estado anímico, reduciendo así sus niveles de ansiedad mediante el desarrollo de actividades, como la lectura o los juegos de mesa.

Se ha observado una clara mejoría del estado anímico de los pacientes y familiares, donde el 100% de los encuestados señalaban como muy positivo el "Rincón de Ocio" como medio para mejorar su estado emocional.

Uno de los datos más relevantes es que un 64% de los pacientes consiguió disminuir su estado de ansiedad mediante las actividades desarrolladas en este espacio lúdico que se había creado en el hospital, además el uso de la biblioteca y diversas lecturas supera en un 43% al uso de la televisión.

Los usuarios han aprendido a utilizar la sala fácilmente y a cuidarla, ya que, la ven como una vía de escape a su situación actual y les permite salir de la habitación y conocer una nueva zona donde, ellos, son el punto clave para que este proyecto funcione.

El impacto del proyecto ha sido espectacular, constatado en el uso continuo que los pacientes y familiares dan a la sala; además del impacto profesional, dado que la sala se ha divulgado en medios de comunicación (prensa, radio y vía web) de diferentes instituciones y en congresos nacionales (mediante póster y stand).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Basándonos en el impacto que ha tenido el proyecto sobre los pacientes ingresados, se puede sostener que es necesario su continuidad y constante renovación; dado que ahora estamos intentando aumentar la dotación audiovisual con una tablet para uso de los pacientes.

Dado que es un proyecto a coste cero, sus posibilidades de replicación en otras unidades, como Hospital de día o hematología, crecen y se hacen necesarias.

Mejorar las estancias hospitalarias es un fin que debemos tener en cuenta siempre, ya que, los pacientes son el ítem principal de nuestros cuidados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/188 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0188

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL TIEMPO DE OCIO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA ("RINCON DE OCIO")

Nº de registro: 0188

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL TIEMPO DE OCIO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autores:
RAMOS FERNANDEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....: Mejora del tiempo de ocio en pacientes ingresados

PROBLEMA
Las enfermedades oncológicas tienen gran conexión con el ámbito hospitalario dados los numerosos ingresos y tratamientos que conllevan, por ello, es muy positivo que encuentren en el entorno sanitario un apoyo emocional, tanto físico como psicológico.

Tanto la depresión como la apatía ante las largas horas de la estancia hospitalaria, ayuda a desencadenar pensamientos negativos en estos pacientes (pensar en su enfermedad, en el tiempo que les queda,...). Estos cambios emocionales repercuten tanto individualmente como a nivel familiar y social.

Basándonos en la escala HAD (Hospital, ansiedad y depresión), se realiza un cuestionario de respuestas cerradas a 30 pacientes al azar ingresados en la Unidad de Oncología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

El 55% de los encuestados pasan el mayor tiempo de la estancia viendo la Tv, ya que, no encuentran más divertimentos.

El 71% de los pacientes nos comentan que durante la estancia piensan en su estado de salud y, por ello, su ansiedad aumenta; junto con un 40% que nos responde sentirse apático en los ingresos.

Los sentimientos básicos que sufren estos pacientes durante su estancia son: incertidumbre, sensación de pérdida de intimidad o control de su vida, y sensación de dependencia.

Con este proyecto se ha conseguido un espacio de entretenimiento en la misma planta de Oncología del hospital donde desarrollar un carácter vitalista y cambiar la perspectiva frente del ingreso, creando el "Rincón de Ocio", donde pacientes y familiares disponen, durante toda su estancia y con entrada libre, de una biblioteca, periódico diario, revistas de entretenimiento, juegos de mesa y decoración con mensajes positivos.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS GENERALES: Desarrollar un estilo proactivo para conseguir momentos de entretenimiento en pacientes ingresados y disminuir la apatía durante la estancia hospitalaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Área cognitiva: Convivir con los síntomas, tratamientos, efectos secundarios y aprender a distraerse.

Área emocional: Relacionarse con más facilidad, sentir que puede ejercer el autocuidado (independencia), desarrollar su confianza y autorregular su ansiedad.

Área psicomotora: Realizar actividades, lecturas o juegos para aumentar el ocio durante el ingreso.

MÉTODO
Para comenzar el proyecto se colocaron carteles informativos dentro del control de la planta 11 del Hospital Clínico Lozano Blesa. Cada profesional sanitario voluntariamente cedió libros, revistas y juegos básicos de mesa (parchís, ajedrez, damas y baraja de cartas). La recogida de material se realizó en el mismo control de enfermería.

Como única responsable del proyecto recojo los libros, los catalogo en una lista de Excel con número

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0188

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL TIEMPO DE OCIO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa ("RINCON DE OCIO")

relacionado en el lomo de cada libro, y realizo una revisión mensual de los ejemplares. Actualmente contamos con una biblioteca de 272 libros revisados y etiquetados por título, autor y persona que lo dona.

La decoración ha sido cedida gratuitamente por empresas: Mr. Wonderfull, Asociación Princesa Calva, Balvi y vinilos Chispum.

Contamos con la ayuda del Heraldo de Aragón que nos cede el periódico diario y con el presente trimestral de la revista National Geographic.

La estantería fue realizada a medida por los servicios técnicos del hospital.

El proyecto está enfocado de manera que no suponga ningún coste a los usuarios ni al hospital.

INDICADORES

1) Indicador de ejemplares: cada mes realizo la contabilización y revisión de los libros y juegos. Anoto los que faltan para saber si se devuelven o no al siguiente mes.

2) Indicador de pacientes: tras el inicio del proyecto transformando la sala de estar habitual en un rincón donde los pacientes pueden entretenerse en actividades lúdicas, se ha observado una mejoría del estado anímico de pacientes y familiares. En la evaluación del programa el 80% de los pacientes nos señalan que es muy positivo el Rincón de Ocio para mejorar su estado anímico y ayudar a distraerse; el 60% de los pacientes nos comentan que lo que más utilizan es la biblioteca y el 30% ha disminuido su ansiedad frente a la estancia hospitalaria.

3) Encuestas anuales a los usuarios.

DURACIÓN

El proyecto se inicio en Septiembre del 2015, aprobado por la Dirección del Hospital.

Actualmente sigue en proceso, ya que, contamos solo con una librería y necesitamos otra para completar la biblioteca, estamos en trámites con servicios técnicos del mismo hospital para su realización.

Las actividades anuales que se llevan a cabo son las decoraciones especiales en fechas señaladas: fiestas del Pilar y navidades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0498

1. TÍTULO

MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE ANTONIA PERIBAÑEZ GAIRIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ GOMEZ ANA ISABEL
TORCAL CUBERO MERCEDES
AGÜERAS CRISTOBAL ANA
RAMOS FERNANDEZ MARTA
SALVADOR SANCHEZ FERNANDO
SALAS CLEMENTE ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Seguimiento de los conocimientos de los pacientes ingresados sobre el dolor in situ, mediante tres escalas: EVA (escala de valoración analógica del dolor), escala Karnofsky (calidad de vida en paciente oncológico) y algoritmo de Davies para dolor irruptivo en pacientes oncológicos.
Cumplimiento total del calendario marcado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado principal alcanzado ha sido el de mejorar los conocimientos y el manejo del dolor por parte de los pacientes y familiares.

Hemos logrado que el paciente sepa diferenciar entre su dolor de base y un dolor irruptivo, además de incluir al cuidador principal en las labores de apoyo y colaboración para identificar y alertarnos sobre los cambios en el dolor.

El 29,16% de la muestra es capaz de llevar a cabo actividad normal pero con algún signo o sintoma leve de enfermedad según la escala Karnofsky.

Al finalizar el proyecto tan solo un 2,70% de los pacientes entrevistados presentan un dolor muy severo (8-9) en la escala EVA.

Gracias a la adquisición de conocimientos hemos conseguido que el 75,67% de los pacientes que presentan dolor habitual o de base, lo tengan controlado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por parte del equipo de mejora se valora la buena ejecución en el proyecto dado que los pacientes han logrado:

- utilizar la escala EVA para medir el grado de dolor que presentan en cada turno y comunicarla al personal sanitario.
- solicitar analgesia antes de que el dolor se intensifique.
- implicar a los familiares en la identificación y manejo del dolor.
- mejorar su calidad de vida, ya que, el dolor no interrumpe sus actividades básicas de vida diaria, gracias a que este llega a estar controlado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/498 ===== ***

Nº de registro: 0498

Título
MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Autores:
PERIBAÑEZ GAIRIN ANTONIA, LUCIA TABUENCA MAR, TORCAL CUBERO MERCEDES, SANCHEZ GOMEZ ANA ISABEL, AGÜERAS CRISTOBAL ANA, RAMOS FERNANDEZ MARTA, SALVADOR SANCHEZ FERNANDO, SALAS CLEMENTE ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0498

1. TÍTULO

MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....: Educación para la salud en paciente oncológico

PROBLEMA

El dolor del paciente oncológico es el síntoma patológico que más frecuentemente detectamos en nuestro día a día. La enfermera de oncología está en continua relación con los pacientes y familiares y, por ello, observa su preocupación por este tema.

La situación actual en esta Unidad es: el paciente en su ingreso hospitalario desconoce la variabilidad del dolor y cuando debe comunicarlo.

Con este proyecto intentamos ayudar al paciente a identificar y manejar este síntoma para mejorar su seguridad y calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES:

1)Mejorar los conocimientos y manejo del dolor por parte de los pacientes y familiares.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Área cognitiva: Identificar, por parte del paciente, la diferencia entre dolor basal y dolor irruptivo.

Área psicomotriz: Colaboración y apoyo, por parte de los familiares, solicitando nuestra ayuda.

MÉTODO

Entrega de cuestionario al ingreso del paciente, mediante el cual, realizando preguntas de respuestas cerradas podremos objetivar las necesidades de mejora.

Durante la estancia hospitalaria, las enfermeras responsables del proyecto, formarán al paciente y a sus familiares en datos útiles para afrontar y mejorar el dolor.

Entrega del mismo cuestionario al alta hospitalaria, para poder valorar los progresos.

INDICADORES

Escala EVA- Escala de valoración analógica del dolor.

Escala Karnofsky- Calidad de vida en paciente oncológico.

Algoritmo de Davies para dolor irruptivo en pacientes oncológico.

DURACIÓN

Inicio del proyecto: 1 de Noviembre del 2016.

Cronograma: durante un periodo de seis meses pondremos en activo el proyecto. Del 1 Noviembre del 2016 al 1 Mayo del 2017.

Fin del proyecto: 1 Mayo del 2017. A partir de esta fecha realizaremos la evaluación de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0240

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS PRESENTANDO EPISTAXIS

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE BEATRIZ AGREDA MORENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLES VARELA HECTOR
ROYO LOPEZ JUAN
ALFONSO COLLADO JOSE IGNACIO
FUMANAL SENZ LUIS
LOIS ORTEGA YOLANDA
GARCIA CURDI FERNANDO
LOPEZ BUIL JESSICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró la hoja de indicaciones del paciente que ha presentado epistaxis que ha requerido atención en urgencias. En ella se explican de forma clara las cosas que debe y no debe hacer el paciente los primeros días tras presentar el episodio de sangrado. Una vez realizada y consensuada entre los miembros del grupo, se decidió un lugar del box de Otorrino en urgencias para depositarlas, y que estén accesibles siempre que acudimos allí. Desde el primer momento, se ha entregado dicha hoja de indicaciones a todos los pacientes atendidos, haciendo constar su entrega en el informe de urgencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la hoja de urgencias de alta del paciente se hace constar la entrega de dicha hoja de indicaciones. La mayoría de los pacientes no han vuelto a urgencias por dicho motivo, por lo que no se puede cuantificar si han llevado dichas recomendaciones a cabo. Sí que hemos constatado que los pacientes agradecían mucho que se les entregasen dichos consejos escritos, ya que en el momento de la urgencia se encuentran nerviosos y no prestan la atención necesaria, ni pueden retener, todo lo que se les indica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración global del equipo es muy satisfactoria, ya que para nosotros es una acción muy fácil, tratándose simplemente, a la vez que se le explica al paciente lo que debe y no debe hacer, de entregar lo mismo por escrito. Es un acto muy beneficioso, y que creemos necesario seguir haciendo, ya que son muchos consejos a tener en cuenta, que el paciente, por su situación de nerviosismo que acaba de pasar tras presentar la epistaxis, no va a retener. Una vez en casa y tranquilos, a los pacientes se les ocurren dudas de que cosas puede comer, como le hemos dicho que tenía que dormir o estornudar... lo que ocasiona que se sientan inseguros, intentando localizarnos por teléfono para preguntar dudas. De esta forma, nos aseguramos de que lo entienden bien, y una vez en su domicilio, pueden repasar lo que no les haya quedado claro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/240 ===== ***

Nº de registro: 0240

Título
MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS PRESENTANDO EPISTAXIS

Autores:
AGREDA MORENO BEATRIZ, VALLES VARELA HECTOR, ROYO LOPEZ JUAN, ALFONSO COLLADO JOSE IGNACIO, FUMANAL SENZ LUIS, LOIS ORTEGA YOLANDA, GARCIA CURDI FERNANDO, LOPEZ BUIL JESSICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EPISTAXIS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0240

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS PRESENTANDO EPISTAXIS

Tipo de Objetivos . :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque : Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque. :

PROBLEMA

Una de las urgencias más frecuentes en la especialidad de Otorrinolaringología es la epistaxis o hemorragia nasal. En determinadas épocas del año es frecuente atender varios pacientes al día con este problema: algunos de ellos son ingresados, bien por la cuantía del sangrado, por la localización del punto sangrante, o por su recidiva y la necesidad, por lo tanto, de acudir a urgencias en repetidas ocasiones.

Sin embargo, en otros casos, el paciente es tratado con un taponamiento nasal, y con él es enviado a su domicilio, para ser retirado entre 2 y 4 días después.

Es una situación que preocupa mucho a los pacientes, y que precisa de unas normas claras de conducta durante el periodo que ese taponamiento es mantenido.

Al ser atendidos en urgencias, se les explican verbalmente las pautas de actuación que deben de seguir, así como los motivos o no, de preocupación. No obstante, en muchas ocasiones, tanto el paciente como los acompañantes están tan preocupados y nerviosos que, al llegar a casa, no se acuerdan de las pautas indicadas.

Es por este motivo por lo que pensamos que sería útil entregar una hoja con las indicaciones básicas que estos pacientes deben seguir en sus domicilios.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es mejorar la calidad de la atención, ya que con una simple hoja donde se les recuerdan por escrito las indicaciones que deben seguir, los pacientes se encuentran más orientados respecto de su tratamiento. Estas indicaciones básicas de actuación pueden en gran medida disminuir el número de recidivas de la epistaxis. Por otra parte, esta hoja supone una herramienta de tratamiento ya que señala el lugar y el tiempo en el que ese taponamiento será retirado.

MÉTODO

Hemos realizado una hoja informativa donde se resumen las normas básicas de conducta de un paciente que acaba de tener una epistaxis y ha acudido al servicio de urgencias, donde ha sido taponado. Este paciente será dado de alta con un taponamiento nasal que deberá llevar durante al menos 48 horas.

Esta hoja informativa, será entregada al paciente, junto con el informe de alta, por el facultativo que les haya atendido en urgencias.

INDICADORES

- número de pacientes que acuden al lugar y hora indicados en la hoja de instrucciones (se les preguntará en la llamada telefónica).

-entrevista telefonica en la que el paciente indicará la utilidad de la hoja informativa y su grado de satisfacción con ella.

DURACIÓN

El proyecto se iniciará con carácter inmediato y se prolongará en la medida en la que se compruebe su utilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0269

1. TÍTULO

PROGRAMA ASISTENCIAL DE LA MATRONA A LA GESTANTE EN FASE PRODROMICA Y/O TRABAJO DE PARTO. USO DE LA ESFERODINAMIA

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA TERESA ECHARTE OBREGOZO
· Profesión MATRONA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PARITORIOS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MORENO LAMANA VIRGINIA
FLETA VISIEDO MARIA DEL MAR
RODRIGUEZ MARQUEZ ADELA
ESTEBAN CID MARIA VICTORIA
CENDEJAS ALBERDI ITZIAR
REYES RAMOS MARIA DEL PILAR
MANGLANO ALONSO FLAVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras el cambio de destino laboral de dos antiguas integrantes se procedió a incorporar a dos nuevas compañeras, conformándose de manera definitiva el equipo de trabajo para el diseño del Proyecto de Mejora. Tras una revisión bibliográfica, tuvieron lugar una serie de reuniones de trabajo:

- Junio: diseño del cronograma, del consentimiento informado y de la hoja de seguimiento de encuestas.
- Septiembre: definición de la población diana y diseño de la hoja informativa a la gestante.
- Octubre: realización de las fotos para la hoja informativa a la gestante.
- Octubre: diseño de la encuesta de valoración.
- Octubre: sesión informativa al personal del Servicio. Comunicación vía email con Atención Primaria para que informe sobre el Proyecto de Mejora a las gestantes que acudan a ese nivel asistencial.
- Noviembre: puesta en marcha del Proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde Noviembre hasta el 17 de Diciembre se ha entregado la pelota a 21 gestantes. De éstas, 2 no la utilizaron finalmente, por lo que no se les recogió encuesta. En las restantes, menos una, se constata una disminución del dolor durante el uso de la pelota, cuantificándose entre 1 y 4 puntos en la Escala EVA del dolor. En la gestante que queda, se observa el mismo dolor con y sin pelota. Por otro lado, todas las gestantes refieren volver a usar la pelota en un próximo parto y recomendarla.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Inicialmente el Consentimiento Informado se quedaba en la Historia Clínica de la gestante. Tras consultarlo, actualmente se guardan junto con la Encuesta de Valoración. Es por ello, que se están realizando las gestiones administrativas correspondientes para recuperar los Consentimientos que se han quedado en la Historia. También se observa que compañeras matronas no integrantes del Proyecto utilizan la pelota como una herramienta más en su trabajo. Viendo que es un elemento que ayuda a controlar el dolor y que hay compañeras que lo valoran positivamente, el Equipo de Trabajo está planteándose cómo favorecer la utilización de la esferodinamia por parte de todas las matronas del Servicio interesadas.

7. OBSERVACIONES.

De las pelotas que actualmente disponemos para implementar el Proyecto, dos han sido obsequios de gestantes que han participado en él, mostrándonos de esta manera su agradecimiento y satisfacción.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/269 ===== ***

Nº de registro: 0269

Título
PROGRAMA ASISTENCIAL DE LA MATRONA A LA GESTANTE EN FASE PRODROMICA Y/O TRABAJO DE PARTO. USO DE LA ESFERODINAMIA

Autores:
ECHARTE OBREGOZO MARIA TERESA, RODRIGUEZ MARQUEZ ADELA, FLETA VISIEDO MARIA DEL MAR, MORENO LAMANA VIRGINIA, ESTEBAN CID MARIA VICTORIA, CENDEJAS ALBERDI ITZIAR, REYES RAMOS MARIA DEL PILAR, MANGLANO ALONSO FLAVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0269

1. TÍTULO

PROGRAMA ASISTENCIAL DE LA MATRONA A LA GESTANTE EN FASE PRODROMICA Y/O TRABAJO DE PARTO. USO DE LA ESFERODINAMIA

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el HCU, la matrona, una vez verificado el bienestar fetal, la dinámica uterina y la progresión de la fase de dilatación, ofrece a la gestante en fase prodrómica y/o trabajo de parto numerosos apoyos y recomendaciones que en conjunto tienen dos finalidades: aliviar el dolor de las contracciones y facilitar el encajamiento y descenso del feto por el canal del parto.

Actualmente, las publicaciones científicas y la práctica en otros centros avalan el uso de la esferodinamia como una herramienta más de apoyo a la gestante y que de momento no se emplea en este hospital. Con la esferodinamia se propone a la gestante sentarse sobre una pelota de grandes dimensiones, mientras el tronco y los brazos pueden sujetarse a un soporte fijo. Las piernas pueden adoptar diferentes posiciones. Su uso estaría justificado por los siguientes mecanismos:

- aprovechar el efecto de la gravedad propio de la verticalidad para favorecer el descenso fetal
- mantener una pelvis libre y en movimiento (basculación, traslación, circunducción), consiguiendo un "efecto tamiz" que permite al estrecho superior de la pelvis aumentar sus diámetros cuando la presentación pasa por él y favorecer así el encajamiento y descenso fetal.
- permitir a la gestante un mejor control del dolor.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aliviar el dolor de la gestante en trabajo de parto.
- Reducir el tiempo de fase latente.
- Implicar a la gestante y su acompañante en el trabajo de parto.
- Motivar al personal en el uso de la esferodinamia.

MÉTODO

La matrona, tanto en planta como en paritorio, ofrecerá a aquellas gestantes que lo deseen la posibilidad de usar una pelota de dilatación hasta que les sea administrada la anestesia epidural o ya no necesiten su uso.

Para ello, se les proporcionará un tamaño de pelota adecuada a su complejión. También se les explicará como hacer un uso adecuado y óptimo:

- cómo sentarse y levantarse
- medidas que garanticen una utilización segura.
- posición correcta sentada sobre la pelota: caderas en flexión entre 80 y 90 grados, en abducción. Rodillas flexionadas. Los pies apoyados en el suelo.

INDICADORES

Nº de gestantes que mejoran en 1 ó más puntos en la Escala Eva del dolor / nº total de gestantes en trabajo de parto

Comparación de las medias aritméticas del Bishop de las usuarias de esferodinamia, cuando pasan al área de dilatación, frente a las no usuarias.

Nº de gestantes a las que se les ofrece la esferodinamia / nº total de gestantes en trabajo de parto

Encuesta de satisfacción a la gestante que usa la esferodinamia.

DURACIÓN

Elaboración del proyecto: diciembre 2016

Información sobre el proyecto al personal de la Unidad: diciembre 2016

Implementación del proyecto: desde enero 2017

Evaluación del programa y registro de resultados: julio 2017

OBSERVACIONES

A la iniciativa de mejora está previsto darle continuidad en años sucesivos.

Así mismo, se prevé necesario para la implementación del proyecto los siguientes recursos:

- pelotas de esferodinamia
- curso formativo dirigido a las matronas, por ejemplo: "Técnicas de posicionamiento para un parto natural: Uso de la esferodinamia para la resolución de malposiciones de parto" (Ecufis).

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0616

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLES A

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE GONZALO GONZALEZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FACI ALCALDE ELENA
CUADRON ANDRES LORENA
ROMERO DE AVILA MONTOYA JOSE MARIO
ASCASO MATAMALA ANGELA
GARCIA HERNANDEZ LARA
PEREZ NAVALON LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El cumplimiento de calendario marcado ha sido irregular, pero aunque con retraso se han conseguido todos los objetivos marcados inicialmente.

CALENDARIO

- Enero 2017- Junio 2017: redacción de las hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología más frecuente en la Unidad de Urgencias de Pediatría. Las 10 patologías que se eligieron, debido a su importancia y su frecuencia fueron:
 - Bronquiolitis aguda, Crisis asmática, Dolor abdominal, Fiebre, Gastroenteritis aguda, Laringitis, Neumonía, Otitis media aguda, Traumatismo craneoencefálico, Vómitos.

Para la realización de las hojas de recomendaciones que se muestran a continuación se han utilizado los propios protocolos del servicio y bibliografía actualizada. Cada hoja de recomendaciones consta de 4 apartados:
BRONQUIOLITIS (por ejemplo)
¿QUÉ ES LA BRONQUIOLITIS?
¿QUÉ DEBE HACER EN CASA?
¿CUÁNDO DEBE CONSULTAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS?
¿CUESTIONES IMPORTANTES?

Como muestra de una hoja de recomendaciones entera se muestra la siguiente:

FIEBRE

¿QUÉ ES LA FIEBRE?

La fiebre consiste en la elevación de la temperatura normal del cuerpo: más de 38° C si se mide en el recto o más de 37,5° C si se mide en la axila.

La causa más frecuente en los niños es una infección vírica.

¿QUÉ DEBE HACER EN CASA?

- No decida que su hijo tiene fiebre poniéndole la mano sobre la frente, use el termómetro.
- Mantenga una temperatura ambiental agradable. No ponga mucha ropa al niño.
- Ofrézcale abundantes líquidos, sin forzarle.
- No es necesario bajar la fiebre en todas las circunstancias, sólo si el niño está molesto. Esto ocurre, generalmente, a partir de 38-38,5°C.
- Utilice las dosis de antitérmicos recomendadas por su pediatra respetando los intervalos entre las mismas aunque la fiebre reaparezca antes. Siempre que sea posible adminístrelas por la boca, no por vía rectal.
- No se debe alternar medicamentos para tratar la fiebre.
- Los baños con agua templada disminuyen poco la fiebre. Puede usarlos para ayudar a los antitérmicos. No utilice compresas de alcohol, ni de agua fría.

¿CUÁNDO DEBE ACUDIR A UN SERVICIO DE URGENCIAS?

- Si el niño tiene menos de 3 meses de edad.
- Si su hijo está adormilado, decaído o, por el contrario, muy irritable.
- Si ha tenido por primera vez una convulsión
- Si se queja de dolor de cabeza intenso y vomita varias veces.
- Si el niño respira con dificultad.
- Cuando aparecen manchas rojas en la piel que no desaparecen al presionar.

CUESTIONES IMPORTANTES

- Algunas personas piensan que la fiebre es siempre mala y que puede provocar lesiones importantes. ¡Esto no es verdad! Cuando tenemos una infección el cuerpo produce más calor (fiebre) para que nuestras defensas luchan contra ella.
- La fiebre no produce daños en el cerebro hasta que llega a 42° C o más.
- Los antitérmicos no curan la infección, sólo ayudan a que el niño se sienta mejor.

BIBLIOGRAFIA

1. Tesouro L, Ramos E. Vómitos. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0616

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLES A

- y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 349-355.
2. Saceda JM, Carceller F. Traumatismo craneoencefálico. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 483-488.
3. Vilanova A, de la Torre CA. Dolor abdominal. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 211-228.
4. Udaondo C, López R. Fiebre. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 247-265.
5. Alós M, Morillo P. Asma bronquial. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 1931-1945.
6. Sánchez M, Calvo C. Laringitis. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 1365-1372.
7. Sánchez M, Calvo C. Neumonía de origen comunitario. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 1379-1387.
8. Salas D, Baquero F. Otitis media aguda y otitis externa. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 1355-1360.
9. Sánchez M, Calvo C. Bronquiolititis. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 1379-1387.
10. Calzado I, Méndez A. Gastroenteritis aguda. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 1399-1407.
11. Benito J, Luaces C, Mintegi S, Pou J. Tratado de Urgencias de Pediatría. Madrid: Ergón; 2011.

- Junio 2017: presentación en sesión en el Servicio de Pediatría de estas hojas de información y puesta en marcha para su difusión.

- A partir de Junio-Julio de 2017 en adelante: se entregaron estas hojas informativas a todos los padres que acudieron por motivos de consulta o patología especificada.

Junto con la hoja de recomendación se repartieron encuestas de satisfacción a los acompañantes:

ENCUESTA URGENCIAS PEDIATRÍA HCU

1. ¿Qué patología le han diagnosticado a su hijo/a? (Marque con una X)

-Bronquiolititis -Gastroenteritis aguda

-Bronquitis -Traumatismo craneal

-Fiebre -Otitis media aguda

-Dolor abdominal -Laringitis

-Vómitos -Neumonía

2. ¿Qué le ha parecido el tiempo de espera a ser atendido?

-Muy adecuado, Adecuado, No adecuado, Muy poco adecuado

3. De 0 a 10 indique el grado de urgencia por su consulta (0 nada grave, 10 muy urgente)

4. ¿Le parece útil la hoja de recomendaciones sobre la patología de su hijo/a?

-Si -No

5. El hecho de haber recibido la hoja de recomendaciones, le da más tranquilidad y le aclara en que situaciones volver a urgencias? (De 0 a 10)

6. ¿Qué es lo que más ha valorado de su asistencia? Puede marcar 2

-Amabilidad -Poco tiempo de espera -Hoja de recomendaciones

-Profesionalidad

- Noviembre 2017 se analizaron aleatoriamente 60 pacientes a los que se les entregaron las hojas de recomendaciones para analizar cual fue su evolución posterior. Si volvieron a urgencias o si fueron a su centro de salud.

- Diciembre 2017 se realizó de nuevo sesión en el servicio de Pediatría para mostrar resultados de encuestas y analisis de pacientes a los que se les hizo seguimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS DE ENCUESTA:

Encuestas realizadas: n=60 de forma aleatoria en el mes de Noviembre de 2017.

Pregunta 1. ¿Qué patología le han diagnosticado a su hijo/a?

1. Bronquiolititis:2

2. Bronquitis:16

3. Fiebre:8

4. Dolor abdominal:6

5. Vómitos:6

6. Gastroenteritis aguda:8

7. Traumatismo craneal:0

8. Otitis media aguda:0

9. Laringitis:10

10. Neumonía:4

Las patologías más frecuentes son las bronquitis y las laringitis (patología respiratoria) que se corresponde con las enfermedades más prevalentes en la época del año en que se recogieron las encuestas aleatoriamente.

Pregunta 2. ¿Qué le ha parecido el tiempo de espera a ser atendido?

1. Muy adecuado 47%

2. Adecuado 50%

3. No adecuado 0%

4. Muy poco adecuado 3%

El 97 % de los padres que acudieron a urgencias consideraron que el tiempo que habían esperado era adecuado o muy adecuado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0616

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLES A

Pregunta 3. De 0 a 10 indique el grado de urgencia por su consulta (0 nada grave, 10 muy urgente)

De 0 a 10 la moda es 5.

El 86% (52 pacientes) le dieron una puntuación por encima de la media de gravedad (5 o más puntos) y hasta al 53,3% les pareció que la patología de su hijo tenía una gravedad de 6 o más sobre 10.

La sensación de gravedad que tienen los padres ante la enfermedad de sus hijos tiende a ser importante sin ser concordante con la realidad ya que el 100% de los encuestados fue derivado a su domicilio.

Pregunta 4. ¿Le parece útil la hoja de recomendaciones sobre la patología de su hijo/a?

El 100% de los encuestados consideró de utilidad la hoja de recomendaciones

Pregunta 5. El hecho de haber recibido la hoja de recomendaciones, le da más tranquilidad y le aclara en que situaciones volver a urgencias? (De 0 a 10)

La moda es 10

El 83,3% de los encuestados respondieron a la pregunta con 8 puntos o más. Es decir la hoja de recomendaciones le da más tranquilidad y le aclara los motivos por los que volver a urgencias.

Pregunta 6. ¿Qué es lo que más ha valorado de su asistencia? Puede marcar 2

1. AMABILIDAD= 56/60

2. ESPERA=12/60

3. RECOMENDACIONES=6/60

4. PROFESIONALIDAD=42/60

A la mayoría de los acompañantes lo que más les importa es la amabilidad con la que se les trata y en segundo lugar la profesionalidad

ANALISIS ALEATORIO DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZÓ ENCUESTA

Se analizaron 64 pacientes a los que se entregó encuesta de satisfacción y se analizó diagnóstico al alta, si el paciente volvió a consultar en urgencias en los primeros 7 días, si el paciente consultó antes de 7 días en su centro de salud y si el paciente consultó de nuevo en urgencias entre los 7 y los 15 días postalta.

1. TIPO DE PATOLOGÍA

1. Bronquiolitis:2

2. Bronquitis:14

3. Fiebre:8

4. Dolor abdominal:2

5. Vómitos:8

6. Gastroenteritis aguda:10

7. Traumatismo craneal:6

8. Otitis media aguda:0

9. Laringitis:10

10. Neumonía:4

2. ¿Cuántos pacientes volvieron a urgencias en los primeros 7 días?

Volvieron 10 personas de 64 consultas iniciales. De las cuales: 6 (60%) fueron bronquitis, 2 bronquiolitis (20%) y 2 vómitos.

3. ¿Cuántas personas regresaron de 7-15 días a urgencias?

Regresaron a urgencias 6 personas. De las cuales 4 ya habían consultado a los 7 días por bronquitis y 2 personas más regresaron por primera vez a urgencias por una laringitis.

4. ¿Cuántas personas fueron a su Centro de salud antes de 7 días después de su consulta inicial en urgencias?

De las 64 personas analizadas 32 (50%) consultaron en su centro de salud y de estos 18, es decir la mitad lo hicieron por procesos respiratorios, sobre todo bronquitis

Los indicadores que se marcaron al inicio del proyecto fueron los siguientes:

1. Encuestas de satisfacción y utilidad valoradas por los acompañantes de los pacientes. (Nivel de Utilidad de 1 a 10)

2. Registro aleatorio de diferentes patologías durante un mes y seguimiento durante el mes siguiente para comprobar nuevas visitas a urgencias y efectividad de las recomendaciones dadas.

3. Realización de memoria al finalizar proyecto con los resultados obtenidos.

El resultado de las encuestas fue satisfactorio en líneas generales. Por la época de del año en que se analizaron las encuestas la patología más prevalente fue la respiratoria. Sorprende que a la mayoría de los padres el tiempo de espera les parece adecuado y que consideran que la patología por la que acuden es relativamente grave, aunque al final ningún niño acabe ingresado ni tenga prioridad vital. Los padres a los que se dio la hoja de recomendaciones quedaron muy satisfechos y según refieren les da tranquilidad y les aclara los motivos por los que volver a Urgencias. Sorprende que lo más que valoran de los profesionales que les atienden sea la amabilidad por delante de otras cualidades.

En cuanto al seguimiento de los pacientes analizados es grato comprobar que solo regresaron a urgencias 10 de los 64 pacientes analizados y que ninguno requirió ingreso

Sorprende que solo un 50% de los pacientes acuda a su pediatra en los primeros 7 días desde la atención en urgencias, porque se les aconseja a todos, y se deja escrito, que sean revisados por su pediatra

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

1. En la época del año encuestada la mayoría de los pacientes tenía patología respiratoria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0616

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLESÁ

2. A la mayoría de los pacientes el tiempo de espera les pareció adecuado o muy adecuado
3. A la más de la mitad de los padres la patología de su hijo les parece grave
4. Al 100% la hoja de recomendaciones le parece útil
5. Al 83,3% les aclara porqué motivos volver a urgencias
6. Lo que más valora la gente en nosotros es la AMABILIDAD Y LA PROFESIONALIDAD
7. Reconsultan de nuevo en urgencias un porcentaje pequeño de pacientes y lo hacen sobre todo por temas respiratorios.
8. La mitad de los pacientes que acude a urgencias consulta en su pediatra de atención primaria y de estos la mitad, lo hacen por problemas respiratorios, sobre todo bronquitis.
9. Ningún paciente de los analizados terminó ingresando en el Hospital
10. Es necesario seguir realizando hojas de recomendaciones de patologías frecuentes en años posteriores, ya que parecen útiles y los padres de los pacientes los valoran.

7. OBSERVACIONES.

Los padres de los pacientes consideran útiles las hojas de recomendaciones y sería interesante seguir ampliando patologías.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/616 ===== ***

Nº de registro: 0616

Título
REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLESÁ

Autores:
GONZALEZ GARCIA GONZALO, FACI ALCALDE ELENA, CUADRON ANDRES LORENA, ROMERO DE AVILA MONTOYA JOSE MARIO, ASCASO MATAMALA ANGELA, GARCIA HERNANDEZ LARA, PEREZ NAVALON LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DIFERENTES PATOLOGÍAS PEDIATRICAS FRECUENTES EN URGENCIAS PEDIATRICAS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La demanda asistencial en el Servicio de Pediatría del HCU Lozano Blesa es cada año mayor, disponiendo de menos tiempo para la atención de las urgencias y para las explicaciones que requiere cada acto médico. Tras la atención pediátrica en el servicio de Urgencias de Pediatría se dan verbalmente una serie de indicaciones en cuanto al tratamiento y signos de alarma a los padres o acompañantes del menor sobre la patología que padece y el cuidado que precisa.

En ocasiones, consiste en una gran cantidad de información nueva que puede resultar difícil de comprender. En otras ocasiones, esta información se da al acompañante del niño que acude a Urgencias sin ser ninguno de los dos progenitores (pueden ser tíos, abuelos, tutores o el miembro familiar que normalmente se ocupa de su cuidado) pudiendo resultar difícil la transmisión de esta información de una manera completa.

Es por este motivo que se presenta la oportunidad de facilitar esta información por escrito, de una manera ordenada, esquemática y de sencilla comprensión para poder ser recordada en el domicilio en cualquier momento. Se pretende realizar una serie de hojas de recomendaciones con información, cuidados y signos de alarma sobre la patología o motivos de consulta más frecuentes que les ha motivado a acudir al servicio de Urgencias de Pediatría.

No se pretende sustituir a la información verbal que se les comunica mientras está siendo atendido sino apoyar con un documento por escrito donde puedan consultar de nuevo la información facilitada. Así mismo puede ser una manera de realizar educación sanitaria sobre cuando acudir de nuevo a un servicio de urgencias con los signos de alarma más importantes, cómo tratar la patología y cuándo debe ser revisado por su pediatra.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la educación sanitaria a los familiares y acompañantes de los niños sobre motivos de consultas y patología clínica más frecuente en nuestra Unidad de Urgencias Pediátricas.

- Informar de una manera ordenada, detallada y de sencilla comprensión sobre los signos de alarma por los que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0616

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLESÁ

acudir nuevamente a Urgencias en el proceso por el que el paciente ha consultado, mejorando así los recursos sanitarios y la sobrecarga de volumen en segundas consultas innecesarias.

- Con la facilitación de esta información se pretende diagnosticar posibles complicaciones médicas de dichas patologías, de una manera precoz por el conocimiento por parte de los padres de los signos de alarma.

- Asegurar que todos los acompañantes reciban una información unificada y clara sobre la patología aguda del niño.

MÉTODO

- Realización de hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología pediátrica más frecuente en la Unidad de Urgencias de pediatría para ser entregadas en el mismo acto médico cuando se da de alta al paciente (al menos 20 patologías). (González García, Gonzalo; García Hernández Lara; Pérez Navalón, Laura)

- Realización de una sesión médica en el servicio de pediatría para presentar la nueva herramienta de apoyo en la Unidad de Urgencias y difusión de las nuevas hojas de recomendaciones (Muñoz Jalle, Elena).

- Se valorará el uso de las hojas de recomendaciones anotando su entrega en el informe de alta y haciendo un registro aleatorio de entrega durante un mes y evolución posterior de estos niños (Cuadrón Andrés, Lorena; Ascaso Matamala, Angela; Faci Alcalde, Elena)

- Encuesta de satisfacción a padres sobre la entrega de dichas hojas en la Unidad de Urgencias de Pediatría (Romero de Avila Montoya, Jose Mario).

INDICADORES

1. Encuestas de satisfacción y utilidad valoradas por los acompañantes de los pacientes. (Nivel de Utilidad de 1 a 10)

2. Registro aleatorio de diferentes patologías durante un mes (por lo menos 10 pacientes recogidos de cada patología) y seguimiento durante el mes siguiente para comprobar nuevas visitas a urgencias y efectividad de las recomendaciones dadas.

3. Realización de memoria al finalizar proyecto con los resultados obtenidos.

DURACIÓN

- Enero 2017- Marzo 2017: redacción de las hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología más frecuente en la Unidad de Urgencias de Pediatría.

- Marzo 2017: presentación en sesión en el Servicio de Pediatría de estas hojas de información y puesta en marcha para su difusión.

- A partir de Abril de 2017 en adelante: entrega de estas hojas informativas a todos los padres que acudan por motivos de consulta o patología especificada. Realización de encuestas de satisfacción a acompañantes y realización de registro de entrega de hojas de recomendaciones para monitorización posterior.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0532

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE TALLERES INCLUIDO EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA. REGISTRO BASICO Y PRIMERA APROXIMACION EVALUATIVA

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE BELEN REVILLA PEIRO
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUBIO ASENSIO RAQUEL
RUIZ GONZALEZ MARIA VICTORIA
SOLA TALAYERO BEATRIZ NATIVIDAD
BASTAROS MARTINEZ INES
ASCOZ CARRIO BRENDA
RODENES CERVERA IVAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Abril de 2016 se celebra una reunión conjunta, denominada "Día de Trabajo", en la que participan el personal de la Unidad de Agudos: TCAEs, Enfermeras Especialistas en salud mental y Celadores. En ella el personal más implicado en la elaboración del Programa de Talleres describe al resto del personal las diferentes dinámicas. Después se lleva a cabo la presentación del Programa de Talleres al personal médico y responsables facultativos de la unidad. Asiste el Jefe de Servicio de Psiquiatría Dr. Valero Pérez Camo y el Jefe de Sección de la Unidad de Hospitalización de Agudos el Dr. Ricardo Campos Ródenes.

Puesta en marcha del 100% de los talleres propuestos en el Programa de Talleres. Comenzamos a trabajar con la totalidad del Programa desde el mes de julio de 2016 hasta la fecha actual.

Registrada la asistencia y características de las dinámicas propuestas por la Enfermera de salud mental del Programa de talleres. Nos valemos para ello de la Hoja de Registro, archivo incluido en el escritorio de los ordenadores de la planta.

En junio de 2017 se diseña una encuesta de satisfacción adaptada a este proyecto para evaluar el Programa de Talleres. Se elabora una encuesta donde se valoran 5 parámetros: Material/ Información, Material /tiempo empleado, Profesional que lo imparte, Grado de interés y Grado de utilidad. Utilizamos una escala tipo Likert. Se muestran 5 iconos para valorar los 5 posibles resultados: Totalmente insuficiente, Insuficiente, Ni suficiente ni insuficiente, Suficiente y Totalmente suficiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde julio del 2016 se vienen realizando talleres propios de enfermería pensados y diseñados para colaborar en la recuperación del paciente de salud mental. Es un programa pionero, basado en Patrones Funcionales y desarrollado por Enfermeras especialistas en salud mental. Este programa ha sido aceptado satisfactoriamente tanto por el personal como por los pacientes ingresados, configurándose como una actividad propia de la planta.

De forma objetiva obtenemos esta impresión tras analizar los datos obtenidos en la Encuesta de satisfacción; Evaluación del sondeo hecho entre octubre y noviembre de 2017: La máxima valoración la obtiene el "Personal que lo imparte" con un 55,7% de "Totalmente suficiente". El resto de parámetros obtienen la evaluación máxima de "Suficiente". Se valoran de forma individual los 11 patrones sobre los que se desarrollan las dinámicas del Programa de Talleres y todos obtienen la valoración máxima de "Suficiente".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este programa demuestra los beneficios de involucrar al personal sanitario en actividades con pacientes. El programa de Talleres y su evaluación nos muestra beneficios tanto en los pacientes como en los profesionales. El Programa se ha diseñado como una "herramienta terapéutica" y sus beneficios redundan tanto en los pacientes, que la valoran satisfactoriamente, como en los profesionales que lo imparten. Vemos totalmente viable continuar con el desarrollo de este programa en la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/532 ===== ***

Nº de registro: 0532

Título
PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE TALLERES INCLUIDO EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA, DESEMPEÑADO POR TCAES Y ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN S.MENTAL. REGISTRO BASICO Y PRIMERA APROXIMACION EVALUATIVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0532

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE TALLERES INCLUIDO EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA. REGISTRO BASICO Y PRIMERA APROXIMACION EVALUATIVA

Autores:
REVILLA PEIRO BELEN, MEDINA ROMERO MARIA CRUZ, RUBIO ASENSIO RAQUEL, RUIZ GONZALEZ MARIA VICTORIA, SOLA TALAYERO BEATRIZ NATIVIDAD, BASTAROS MARTINEZ INES, ASCOZ CARRIO BRENDA, RODENES CERVERA IVAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....: Psicoeducación

PROBLEMA

En la Unidad de Corta Estancia de adultos del Hospital Clínico Universitario los pacientes disponen de varios momentos de Actividades en los que se crean espacios dirigidos por profesionales de Enfermería, donde se fomentan habilidades físicas, sociales y cognitivas. Corresponde a dos horas al día. Con el objetivo de dotar de un mayor contenido terapéutico a estos espacios, un grupo de Enfermería de las plantas de adultos e infanto-juvenil comienza la tarea de recoger información sobre actividades y dinámicas de grupo. Se pretende elaborar un calendario de actividades que se extienda de forma reglada a lo largo del año, programando actividades diferentes para las diferentes semanas. Como referencia para empezar a trabajar nos basamos en el Modelo de Enfermería de Matjory Gordon, donde se describen 11 Patrones Funcionales: Percepción y manejo de la salud, Nutricional y metabólico, Eliminación, Actividad y ejercicio, Reposo y sueño, Cognitivo y perceptual, Auto percepción autoconcepto, Función y relación, Sexualidad y reproducción, Afrontamiento y tolerancia al estrés, Valores y creencias.". Se ha obtenido un PROGRAMA DE TALLERES pendiente de ser implementado de forma completa en la Unidad de Corta Estancia

RESULTADOS ESPERADOS

Como resultado del trabajo realizado en el anterior Programa de calidad 2015 "Diseño e implementación de talleres/actividades para el cuidado del paciente psiquiátrico ingresado en una Unidad de Corta Estancia, incluido dentro del Plan de Cuidados de Enfermería", se obtuvo un PROGRAMA DE TALLERES. El principal objetivo en el año 2016 es implementarlo de forma completa en la Unidad de Corta Estancia de adultos. Pretendemos convertirlo en una herramienta más del trabajo diario de las Enfermeras Especialistas en salud mental junto a TCAEs.

- A través de la puesta en marcha del Programa de Talleres, los pacientes ingresados en la UCE de adultos se beneficiarán de los contenidos de Psicoeducación y Educación para la Salud tratados en las reuniones de gran grupo.
- Bajo el modelo de Patrones Funcionales, diseñado por Matjory Gordon, los Talleres propuestos abarcan los 11 Patrones y se distribuyen en un calendario de 9 semanas
- Con el Registro de las actividades del Programa se pretende crear una herramienta que sirva para analizar el desempeño del Programa de Talleres. Se pretende que este programa sea flexible en cuanto a que acepte cambios que mejoren el desempeño del mismo

MÉTODO

- Se celebrará un "Día de trabajo" donde reunirse el personal de la Unidad de Corta Estancia, que incluye y Enfermeras Especialistas en salud mental, TCAE y Celadores para familiarizarse con el material didáctico. Reflexiones y puesta en común de los detalles para la puesta en marcha del Programa. Durará una jornada entera de 7 horas.
- Implementación del 100% del Programa de Talleres.
- Celebración de reuniones de equipo donde evaluar y modificar, si es necesario, aspectos en el desempeño de los Talleres.
- Registro de las actividades a través de la Hoja de Registro. A diario se registrará cómo ha transcurrido el Taller en cuanto a: Tema del Taller, asistentes, incidencias, posibles mejoras en el desempeño del Taller.

INDICADORES

- Levantar Actas de las reuniones celebradas por los Miembros de Equipo, en las que se describan contenidos tratados y asistentes a las mismas.
- Dejar constancia del "Día de Trabajo" a través de Acta y Hoja de firmas para informar de los contenidos tratados y los/as asistentes a Dirección de Enfermería del Centro.
- Utilizar la Hoja de Registro de Talleres como herramienta para registrar la práctica o no del Programa de Talleres por parte del personal de la Unidad.

DURACIÓN

Fecha de inicio: enero de 2016
Fecha de finalización: diciembre de 2016
Calendario:
Enero:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0532

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE TALLERES INCLUIDO EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA. REGISTRO BASICO Y PRIMERA APROXIMACION EVALUATIVA

- 1. Celebrar una reunión conjunta de Enfermeras Especialistas de salud mental, TCAEs y Celadores a través de un "Día de Trabajo".
 - 2. Presentación del Programa de Talleres al personal médico y responsables facultativos de la unidad.
- Febrero:
- 1. Implementar el 100% del Programa de Talleres
 - 2. Registrar a través de la Hoja de Registro el 100% de los Talleres.
- Marzo:
- 1. Repetir reunión conjunta de TCAEs y Enfermeras Especialistas de salud mental para evaluar el Programa una vez iniciado.
- Junio:
- 1. Repetir reunión conjunta de TCAEs y Enfermeras Especialistas de salud mental para evaluar el Programa una vez iniciado.
- Septiembre:
- 1. Repetir reunión conjunta de TCAEs y Enfermeras Especialistas de salud mental para evaluar el Programa una vez iniciado.
- Diciembre:
- 1. Repetir reunión conjunta de TCAEs y Enfermeras Especialistas de salud mental para evaluar el Programa una vez iniciado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0628

1. TÍTULO

CREACION DE REGISTRO DE CASOS DE PACIENTES AFECTOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL IRIGOYEN RECALDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARO REBOLLO FRANCISCO
PEREZ CAMO VALERO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- TRABAJO CONTINUADO A LO LARGO DE TODO EL AÑO CON INFORMATICOS DEL SALUD (COORDINADOS POR RAFAEL MARRON) PARA LA CONFECCION DEL REGISTRO ELECTRONICO, VARIAS REUNIONES.

2- DOS REUNIONES MANTENIDAS CON EL DIRECTOR DE ATENCION ESPECIALIZADA Y UNA CON EL COORDINADOR DE SALUD MENTAL DEL DEPARTAMENTO PARA AJUSTE DEL PROGRAMA DE REGISTRO.

3- REUNION CON PROFESIONALES DE LA RED DE SALUD MENTAL PARA MOSTRARLES EL PROGRAMA Y PEDIRLES SU COLABORACION EN EL PILOTAJE DE ESTE

4-PILOTAJE POR ÁMBITOS CLÍNICOS REALIZADO POR 13 FEAS DE TODOS LOS SECTORES SANITARIOS Y DE TODAS LAS ÁREAS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL (INFANTIL, TOXICOMANÍAS, UNIDAD DE AGUDOS, HOSPITAL DE DÍA, CENTROS DE SALUD MENTAL, CENTROS DE REHABILITACIÓN, UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y PSICOGERIATRÍA)

5- REMISION DE LOS RESULTADOS DEL PILOTAJE A LOS INFORMATICOS DEL SALUD PARA ULTIMAR LA PUESTA A PUNTO DEL PROGRAMA

6- FINALIZACION DEL PROCESO DE CREACION DEL REGISTRO INFORMatico

7- PLANIFICACION E INICIO DE LAS 4 REUNIONES (2 EN ZARAGOZA CIUDAD, UNA EN HUESCA CIUDAD Y OTRA EN TERUEL CIUDAD) DE PRESENTACION OFICIAL A FACULTATIVOS PSIQUIATRAS Y PSICOLOGOS DEL REGISTRO (A CARGO DE DR. ABAD, DR. PEREZ CAMO, DR. MARRON Y DRA IRIGOYEN)

8- REMISION A LA DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA DE PANEL INFORMATIVO SOBRE EL REGISTRO PARA SER REMITIDO A TODOS LOS MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA

9- INICIO DE LA RECOGIDA DE DATOS EN TODO EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD DE ARAGON

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

PROGRAMA INFORMatico YA ULTIMADO, PILOTADO, PRESENTADO Y REGISTRO YA OPERATIVO Y EN MARCHA.

IMPACTO:

1- PRIMER REGISTRO EN ARAGON ACCESIBLE DESDE LA HCE PARA COMPILAR TODOS LOS DATOS CLINICOS, ASISTENCIALES Y SOCIOPERSONALES DE PACIENTES AFECTOS DE PATOLOGIA MENTAL GRAVE, LO QUE MEJORARÁ SU DETECCIÓN Y ATENCION POR PARTE DE TODOS EL PERSONAL DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD

2- EL REGISTRO PERMITIRA POR PRIMERA VEZ EN ARAGON LA OBTENCION DE DATOS REALES, Y NO INFERIDOS, SOBRE EL VOLUMEN Y LAS CARACTERISTICAS DE ESTE TIPO DE POBLACION, PUDIENDO SER UTILIZADO POR TANTO PARA LA GESTION Y PLANIFICACION DE RECURSOS DESDE EL AMBITO MACRO (SALUD Y DEPARTAMENTO) AL MICRO (POR UNIDADES O SERVICIOS CONCRETOS)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

HA SIDO FUNDAMENTAL EL TRABAJO COLABORATIVO Y SINTONICO INTERDISCIPLINAR (INFORMatica Y PSIQUIATRIA), ASI COMO LA BUENA ACOGIDA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES SELECCIONADOS POR LAS JEFATURAS DE SERVICIO QUE REALIZARON EL PILOTAJE.

TODO ELLO HA PERMITIDO QUE UN PROGRAMA DE CALIDAD QUE NACIÓ COMO UN PROYECTO DE SECTOR SE HAYA CONVERTIDO EN UN PROYECTO PIONERO E IMPRESCINDIBLE PARA TODO ARAGON

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/628 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0628

1. TÍTULO

CREACION DE REGISTRO DE CASOS DE PACIENTES AFECTOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Nº de registro: 0628

Título
CREACION DE REGISTRO DE CASOS DE PACIENTES AFECTOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Autores:
IRIGOYEN RECALDE ISABEL, PEREZ CAMO VALERO, CARO REBOLLO FRANCISCO, SANCHEZ PEREZ NOELIA, ZAPATERO GONZALEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: Gestión asistencial y planificación de recursos necesaria

PROBLEMA
En el momento actual no existe un registro oficial de estas características en el servicio de psiquiatría. Algunos de los pacientes que cumplirían criterios para dicha denominación son conocidos por todos los profesionales por haber pasado por todos las unidades del servicio, otros son atendidos repetidamente en urgencias o precisan de hospitalizaciones frecuentes, otros acceden a programas de enfermería ambulatoria para control de su adhesión o tolerabilidad al tratamiento.

La ausencia además de un sistema general de recogida de información en salud mental (asunto pendiente desde hace ya décadas) en Aragón, tampoco ha facilitado la recogida de esta importante casuística, lo que nos lleva a importantes dificultades para el conocimiento real del número de pacientes afectados de este concepto nosológico y secundariamente a la imposibilidad de planificar adecuadamente nuestros recursos actuales y futuros. La oportunidad de mejora es la constitución de este registro, con un diseño técnico, adecuado, accesible informáticamente y operativo, que permita de forma clara la catalogación de los casos que cumplen criterios de TMG.

RESULTADOS ESPERADOS
Este sería el punto inicial e imprescindible para el desarrollo posterior de programas ad hoc para grupos de pacientes y para evitar:
1- Descoordinación asistencial entre profesionales y recursos
2- Pérdida de seguimiento
3- Dificultades actuales en la continuidad asistencial por falta de información sintética, accesible y disponible en red a todos los sanitarios que puedan atender a estos pacientes

MÉTODO
Diseño del registro de TMG. YA REALIZADA EN COLABORACION CON INFORMATICOS DEL SALUD.

Pilotaje del registro. EN MARCHA

PENDIENTE:
Reunión de formación a todos los profesionales con acceso a cumplimentación del registro
Puesta en marcha del registro en red
Censo

INDICADORES
Registro documental de todos los indicadores:.
- constitución y sesiones de grupo de trabajo
- reunión de formación de los profesionales con acceso a cumplimentación del registro
- registro operativo en red
- censo por sectores periódico

DURACIÓN
Programa iniciado en 2014 con ámbito sectorial, que ha pasado a ser propuesto de ámbito autonómico al ser considerado de interés por la Consejería de Salud.

OBSERVACIONES
El ritmo de ejecución de este proyecto ha sido muy lento al haber ampliado considerablemente su ámbito inicial (de registro en intranet para el sector, trabajándolo con los informáticos del hospital a registro en historia clínica electrónica en colaboración con los informáticos del Salud). sin embargo, no solo se reconvierte en un proyecto mucho más ambicioso, sino que pensamos se cubre con ello una necesidad sentida y demandada desde hace décadas por los profesionales de salud mental de Aragón.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0628

1. TÍTULO

CREACION DE REGISTRO DE CASOS DE PACIENTES AFECTOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0691

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE AURORA PILAR QUEROL NASARRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUINTANILLA LOPEZ MIGUEL ANGEL
CARO REBOLLO FRANCISCO
PALOMERO LOBERAMA VISITACION
OLMEDILLAS ALVARO RAFAEL
MODREGO AZNAR FABIOLA
GAVARA GIMENO CARMEN
PEREZ CAMO VALERO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Plan Estratégico de Salud Mental de Aragón (2002-2010), contemplaba como una de sus líneas estratégicas la atención sanitaria y social prioritaria a colectivos de riesgo, incluyendo a los ancianos, que definen como: "colectivo significativo por las características demográficas de Aragón, muy vulnerable a la institucionalización y al padecimiento de trastornos psiquiátricos y demencias, que requieren, en muchas ocasiones, estrategias específicas asistenciales y de cuidados". Además, la Cartera de Servicios del Servicio Aragonés de Salud contempla el "Programa de Atención Psicogeriatrica" como un programa específico para su implantación en las Unidades de Salud Mental (USM). Sin embargo, la asistencia psiquiátrica a los pacientes ancianos se realiza habitualmente en las USM siguiendo criterios adultomórficos, y no claramente psicogeriatricos.

La consulta de PG debe ser el eje fundamental para la gestión de los pacientes psicogeriatricos desde la perspectiva comunitaria. Y, atendiendo a los principios de Psiquiatría Geriátrica de la Organización Mundial de la Salud (WHO - OMS, 1996), debe avanzar hacia una atención global (incluyendo al paciente y su entorno socio-familiar), integral (bio-psico-social) y multidisciplinar.

5. ACTIVIDADES REALIZADAS

1. Se inició registro de pacientes derivados a Psicogeriatrica y las variables consideradas.
Análisis de los datos recogidos.

2. Desde Octubre de 2016 a Diciembre de 2017, se inició el contacto con los profesionales de Centros de Atención Primaria para implantar una programación de sesiones formativas y de revisión de casos, que se ha ajustado a cada Centro.

Establecimiento de sesiones formativas en los Centros de Atención Primaria del Sector en el área de PG.

-Consulta telefónica de casos en pacientes psicogeriatricos por parte de Psiquiatras, (especialmente importante por la dificultad para su desplazamiento). Se comunicó a los Centros de AP de nuestra área de atención el número telefónico específico.

-Consulta telefónica por parte de Psiquiatra responsable del proyecto, con Médicos o Trabajadores sociales de residencias de mayores. En algunos casos se han fijado entrevistas personales.

3. Se fijaron reuniones quincenales de coordinación multidisciplinar en el Equipo de salud Mental para definir criterios de derivación de pacientes e interprofesionales.

4. Actividades de coordinación con otros servicios/recursos de salud mental.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Análisis de necesidades asistenciales de los pacientes atendidos en consulta PG en la realización del Programa durante 2016.

Durante el período de marzo 2015 a diciembre de 2016, fueron atendidos 187 pacientes (9.6% del total de pacientes derivados a la USM). La edad media fue de 78.1 (DS 8.1). El 62.5% fueron mujeres. En cuanto a motivo de consulta Trastornos de conducta (n=59; 32%), depresión (n=53; 28%), alucinaciones y/o delirios (n=42; 23%), ansiedad/insomnio (n=22 12%) y otros motivos (n=10; 5%).

-Carga asistencial PG en USM.....n=187 (9.6% del total de derivaciones a USM)

-Pacientes que precisaron intervención Enfermera; n=13 (7% de los pacientes PG)

-Pacientes que precisaron intervención Trabajadora social ; n=40 (21.4% de los pacientes PG)

-Pacientes que precisaron valoración por Medicina interna o Psicogeriatrica; n=74 (39.6%)

-Pacientes que precisaron valoración por Neurología ; n=93 (49.7%)

-Pacientes institucionalizados ; n=47 (23 % del total derivaciones PG)

-Pacientes que precisaron ingreso en UHA Psiquiatría n=10; (5.3%)

(n=5,50% diagnóstico de Esquizofrenia o trastorno delirante; n=3, trastorno del humor y n=2,20% de Trastorno mental orgánico.

2 .Coordinación con AP.

2.1) Reuniones formativas en atención primaria. Se definieron los objetivos a conseguir mediante éstas: a) cribado de alteraciones orgánicas que pueden producir síntomas psiquiátricos; b) detección precoz de deterioro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0691

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

cognitivo y prevención de riesgos asociados a la depresión en el anciano; c) actuaciones específicas en trastornos específicos (cuadros afectivos, trastornos conductuales etc

2.2) La atención telefónica específica se presta de lunes a viernes de 13.30h a 14.30h. El porcentaje de consultas sobre pacientes psicogeriatricos-PG-dentro de este espacio fue del 15 %.

3. Establecimiento de reuniones con Equipo de Salud mental para

3.1) redefinir criterios de inclusión y 3.2) elaborar protocolos de coordinación entre los diferentes profesionales de acuerdo a las necesidades detectadas.

3.1) Se definieron por el equipo de salud mental los siguientes criterios de inclusión en el "programa de Psicogeriatría": pacientes mayores de 60 años + 1) síntomas psiquiátricos en pacientes con demencia conocida o sospecha de deterioro cognitivo; ó 2) síntomas psicóticos de nueva aparición (incluye alucinaciones, delirios y cuadros confusionales); ó 3) trastorno de conducta (incluye inquietud/ agitación psicomotriz, agresividad, conducta oposicionista, conducta desinhibida...); ó 4) síntomas depresivos y/o ansiosos en contexto de enfermedad somática; ó 5) complejidad de manejo en contexto de abuso sustancias, trastorno personalidad, problemática social...)

3.2) En el período de enero a junio 2017, se han instaurado reuniones de equipo multidisciplinar con frecuencia quincenal. Dentro de los temas abordados en éstas se ha establecido criterios de derivación y seguimiento para intentar protocolizar las intervenciones multidisciplinarias y asegurar la continuidad asistencial.

3.2.1) En el ámbito de Trabajo social, los criterios de priorización de derivación de casos en PG han sido a) Vivir solo/a o con cuidador principal mayor de 75 años b) Falta de apoyo familiar y/o social: cuando carezca de apoyo o éste exista pero sea insuficiente c) Existencia de conflicto familiar (multifactorial) d) Sobrecarga del cuidador/a principal y/o riesgo claudicación de cuidados e) Vivienda deficiente y/o aislada f) Bajos recursos económicos g) Sospecha de malos tratos.

3.2.2) En el ámbito de Enfermería, los criterios de derivación establecidos fueron

a) Actividades de Coordinación específica con enfermería/médicos de Atención Primaria. Continuidad de cuidados. b) Intervención Enfermera en Plan de cuidados de TMG psicogeriatrico (supervisión adherencia al tratamiento, control antropométrico, tensión arterial, perímetro abdominal) c) Inclusión en Programa de seguimiento de control de variables analíticas (control de hemogramas, protocolo de clozapina, protocolo de litio, niveles de fármacos en sangre, parámetros analíticos específicos etc.) d) Seguimiento de hábitos de salud (en general o en patologías específicas, actividades de prevención etc.) e) Cuidados de enfermería relacionados con el deterioro funcional. Apoyo en gestiones de cuidados de salud. e) Necesidad de aplicación y/o seguimiento de tratamientos inyectables de larga duración f) Realización de registro de los pacientes incluidos en el programa de Psicogeriatría (PG), como variable la necesidad de intervención por parte de enfermería, así como los motivos de la misma.

4. Enlace con otros servicios y recursos

4.1) Neurología o Geriatría. Se ha establecido coordinación con Servicio de Neurología y Geriatría de forma escrita, para derivación o interconsulta de pacientes. No ha sido posible establecer reuniones con contacto directo para análisis de casos.

4.2) Se ha realizado coordinación con otros recursos de salud mental. En un caso para valoración de recurso de institucionalización en unidad de Psicogeriatría de CRP Ntra. Sra. del Pilar, pero la buena evolución hizo innecesaria esta derivación. Se han establecido contactos de seguimiento telefónico con residencias de mayores con personal médico, enfermero o trabajo social. En algunos casos se han realizado entrevistas personales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. La puesta en marcha de este proyecto ha supuesto una implicación y potenciación del equipo de salud mental en nuestro ámbito ambulatorio-Unidad de salud mental.
2. El volumen de pacientes derivados supone un porcentaje importante, susceptible de crecimiento debido al envejecimiento poblacional. Ha posibilitado cuantificar las características psicopatológicas y necesidades asistenciales y entre éstas la de atención multidisciplinar en este grupo etario.
3. Ha permitido establecer criterios claros y consensuados por el equipo de atención de salud mental.
4. Es necesario crear estrategias de coordinación con otras especialidades médicas y otros recursos sociosanitarios para mejorar el abordaje conjunto de casos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/691 ===== ***

Nº de registro: 0691

Título
DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Autores:
QUEROL NASARRE AURORA, QUINTANILLA LOPEZ MIGUEL ANGEL, PALOMERO LOBERA VISITACION, OLMEDILLAS ALVARO RAFAEL,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0691

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

MODREGO AZNAR FABIOLA, PEREZ CAMO VALERO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Plan Estratégico de Salud Mental de Aragón (2002-2010), contemplaba como una de sus líneas estratégicas la atención sanitaria y social prioritaria a colectivos de riesgo, incluyendo a los ancianos, que definen como: "colectivo significativo por las características demográficas de Aragón, muy vulnerable a la institucionalización y al padecimiento de trastornos psiquiátricos y demencias, que requieren, en muchas ocasiones, estrategias específicas asistenciales y de cuidados".
La consulta de Psicogeriatría (PG) debe ser el eje fundamental para la gestión de los pacientes psicogeriatricos desde la perspectiva comunitaria. Y debe avanzar hacia una atención global (incluyendo al paciente y su entorno socio-familiar), integral (bio-psico-social) y multidisciplinar (OMS, 1996).
Desde marzo de 2015 se ha implantado en la Unidad de Salud Mental (USM) de las Consultas Externas del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza un programa de atención a pacientes PG. Los pacientes mayores de 60 años derivados a la USM que cumplen con los criterios de inclusión establecidos (ver método) son atendidos por un mismo psiquiatra de la unidad, con formación específica en PG. Durante los primeros 6 meses de este programa piloto fueron valorados 47 pacientes, con una edad media de 78.3 años. A destacar en esta muestra una elevada carga de enfermedades crónicas (media 1.7 por sujeto), polifarmacia (media 8.8 por sujeto) y deterioro cognitivo (46.8%; 17% no diagnosticado previamente). Por las características de esta población, es especialmente importante la coordinación entre diferentes niveles asistenciales y entre diferentes profesionales para mejorar la calidad asistencial de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Enlace con Atención Primaria (AP), contemplando el área específica de la PG.
2. Analizar necesidades asistenciales de los pacientes incluidos en el programa de PG: Enfermería, Trabajo Social, interconsulta con Medicina interna/ Geriatría, interconsulta con Neurología, ingreso en Unidad de Hospitalización de Agudos (UHA) de Psiquiatría, institucionalización en residencia.
3. Establecer vías de enlace con los diferentes profesionales y recursos implicados en la atención al paciente PG; para favorecer una atención continuada, integral y multidisciplinar.

MÉTODO

Los criterios de inclusión inicialmente establecidos (PG, MAQ, MC, MVP, RO, VP) son: sujetos mayores de 60 años + síntomas psiquiátricos en pacientes con demencia, psicosis (alucinaciones, delirios) y/o alteración de conducta de aparición en edad tardía, síntomas confusionales, sospecha de deterioro cognitivo, ansiedad y/o depresión en contexto de comorbilidad médica, casos geriátricos en que se describe complejidad de manejo terapéutico (problemática social, resistencia a tratamiento...).

Desde enero 2016, elaboramos un registro de los pacientes incluidos en el programa (PG), incluyendo como variables: la necesidad de intervención (y motivo) por parte de enfermería (FM), trabajo social (EG), medicina interna ó psicogeriatría y neurología; la necesidad de ingreso en UHA Psiquiatría por el cuadro que motiva la consulta en USM; y si el paciente reside institucionalizado en el momento que consulta.

Actividades para mejorar: 1) Sesiones formativas de PG en Centros de AP del Sector (PG), con especial interés en cribado de alteraciones orgánicas que pueden producir síntomas psiquiátricos, detección precoz de deterioro cognitivo y prevención de riesgos asociados a la depresión en el anciano. 2) Consulta telefónica de casos en pacientes psicogeriatricos (PG, MAQ, MC, MVP, RO, VP), especialmente importante por la dificultad para su desplazamiento. 3) Análisis de necesidades asistenciales de los pacientes atendidos en consulta PG (PG) 4) Establecer reuniones y protocolos de coordinación entre los distintos profesionales (VP, PG), de acuerdo a las necesidades detectadas.

INDICADORES

- Carga asistencial PG en USM= Pacientes PG derivados/total pacientes derivados *100
- Número (n) y porcentaje (%) total de pacientes PG que precisan intervención de enfermería.
- n y % de pacientes PG que precisan intervención de Trabajo Social.
- n y % de pacientes PG que precisan valoración por Medicina interna ó psicogeriatría.
- n y % de pacientes PG que precisan valoración por Neurología.
- n y % pacientes PG que precisan ingreso en UHA Psiquiatría.
- n y % de pacientes PG institucionalizados en residencia.

DURACIÓN

Octubre-Diciembre 2016: Análisis de pacientes atendidos en el programa de PG durante el año 2016 y de necesidades asistenciales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0691

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

Octubre 2016- Junio 2017: Sesiones formativas en PG para todos los Centros de AP del Sector.
Enero-Junio 2017: Diseño de estrategias de enlace con AP y otras especialidades. Diseño de protocolos de intervención multidisciplinar y de continuidad asistencial.
Julio- Septiembre 2017: Memoria que refleje los resultados alcanzados del programa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0579

1. TÍTULO

ADECUACION INDICACIONES DE ECOGRAFIA ABDOMINAL, CALIDAD DE CUMPLIMENTACION DE LA PETICION CURSADA EN URGENCIAS, CONOCER SI LA PETICION DE LA ECOGRAFIA TUVO RELEVANCIA EN EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE RUTH DOMENE MOROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE
RODRIGUEZ TORRES CRISTINA
JUAN CASTEJON ROBERTO
ORTIZ GIMENEZ RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
y debe ser clasificada en cada uno de los criterios que a continuación se detallan y obtener las estadísticas y conclusiones.
Adecuación de las indicaciones de la ecografía abdominal
Calidad de la cumplimentación de la petición cursada en urgencias.
Conocer si la petición de la ecografía tuvo relevancia en la evolución clínica del paciente.
En cuanto a la valoración se asignará a cada criterio una puntuación; 1 muy mala adecuación, 2 mala adecuación, 3 normal, 4 buena y 5 muy buena.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En proceso de obtención de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todavía sin obtención.

7. OBSERVACIONES.
Necesitamos unos meses más.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/579 ===== ***

Nº de registro: 0579

Título
ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE ECOGRAFIA ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESÁ"

Autores:
RODRIGUEZ TORRES CRISTINA, MILLAN LOPEZ JUAN ALBERTO, CEBRIAN VALENCIA LUIS, JUAN CASTEJON ROBERTO, VILLEGAS MORA YASNA, ORTIZ GIMENEZ RAMON, ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE, SOLIS GUTIERREZ DIEGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado en los últimos años un aumento de las solicitudes de ecografía abdominal desde el Servicio de Urgencias. Existe una gran variabilidad en la utilización de los procedimientos diagnósticos que no puede ser explicada exclusivamente por las características de los pacientes. La disminución de los usos inapropiados no es una tarea sencilla, pero si se consiguiera lograría mejorar la calidad asistencial y liberar recursos para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0579

1. TÍTULO

ADECUACION INDICACIONES DE ECOGRAFIA ABDOMINAL, CALIDAD DE CUMPLIMENTACION DE LA PETICION CURSADA EN URGENCIAS, CONOCER SI LA PETICION DE LA ECOGRAFIA TUVO RELEVANCIA EN EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE

proveer otros servicios, aproximándonos así al objetivo de mejorar la salud de la población y gestionar mejor los recursos disponibles. La inadecuada solicitud de las tecnologías de diagnóstico por imagen, como puede ser la ecografía, entre otras, genera una sobrecarga para el Servicio de Radiodiagnóstico e incrementa el coste de oportunidad para otros pacientes, al no poder beneficiarse de esta prueba cuando está indicada. Además, el uso inadecuado. Además, el uso inadecuado puede llevar a hallazgos casuales que generan pruebas y tratamientos adicionales innecesarios que originan incertidumbre y ansiedad en los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es evaluar la adecuación de las indicaciones de la ecografía abdominal, la calidad de la cumplimentación de la petición cursada en urgencias y conocer si la petición de la ecografía tuvo relevancia en la evolución clínica del paciente.

MÉTODO

Se propone realizar un estudio retrospectivo de los pacientes no pediátricos atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital, entre el 1 de Enero de 2015 y el 31 de Diciembre de 2015, a los que se realizó una ecografía abdominal. Se recogerá información sobre los motivos de petición, los estudios de imagen adicionalmente realizados y la evolución de cada uno de los pacientes. Se pretende valorar la utilidad de la ecografía abdominal y la influencia de sus resultados en la evolución y el manejo de estos pacientes. La recogida de datos se llevará a cabo por 4 residentes de la especialidad de Radiodiagnóstico y se clasificarán, con la ayuda de 3 facultativos especialistas, los resultados de la ecografía abdominal, en tres categorías: normal, patológico o inespecífico. Se estudiará además, con la supervisión de un facultativo del Servicio de Urgencias, la evolución de cada uno de los pacientes así como los estudios radiológicos adicionalmente realizados dentro de las primeras 72 horas.

INDICADORES

A través del sistema informático Indra y de la historia clínica electrónica del paciente, se van a recoger los datos referentes a:

- Motivo de petición.
- Información relevante (antecedentes patológicos, síntomas o signos de la exploración) y datos de laboratorio) no referida en la petición.
- Resultado de la exploración: normal, patológico o inespecífico. Se catalogan como resultado "normal" aquellos en los que no se detectó ninguna alteración. Se catalogan como "inespecífico" toda exploración que, aún arrojando algún hallazgo positivo, éste no era orientativo de ninguna entidad patológica o no guardaba relación con el contexto clínico propuesto. Se consideran resultados "patológicos" aquellos que lo fueron claramente "per se", incluso si no eran sospechados clínicamente o bien cuya presencia servía para confirmar una sospecha clínica.
- Realización de otras pruebas de imagen adicionalmente realizadas dentro de las primeras 72 horas, fundamentalmente TC abdominal, así como sus resultados.
- Evolución del paciente: alta, ingreso en planta de hospitalización, ingreso en UCI, cirugía y traslado a otro centro.

DURACIÓN

Se prevee iniciar el proyecto el 1 de Diciembre de 2016, con fecha prevista de finalización el 1 de Julio de 2017. Aproximación al cronograma de actividades:

- Recogida de datos: 18 semanas.
- Análisis e interpretación de resultados: 8 semanas.
- Conclusiones: 2 semanas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0764

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE ANGIOGRAFIA CORONARIA MEDIANTE TC EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 27/02/2018

2. RESPONSABLE DAVID IBAÑEZ MUÑOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPOS MAYORA MARIA VICTORIA
DE BENITO AREVALO JOSE LUIS
LINARES VICENTE JOSE ANTONIO
RUIZ ARROYO JOSE RAMON
DOTTI GONZALEZ DIEGO
SOLIS GUTIERREZ DIEGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas son:

- Protocolo de cardio-TC presentado al staff de Radiología y Cardiología
- Dar a conocer el protocolo al personal técnico y de enfermería, de manera que sea un procedimiento seguro y eficaz.
- Realizar de manera sistemática la angiografía coronaria mediante TC a todos los pacientes con riesgo bajo-moderado de enfermedad coronaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores seleccionados para este trabajo son:

-Valorar la utilidad de la angiografía coronaria mediante TC estudiando cuántos pacientes evitaron el manejo invasivo.

Número de pacientes que evitaron que se les realizara la angiografía invasiva / número de pacientes totales.

-Determinar la reducción de los costes al realizar TC cardiaco frente a la realización sistemática de cateterismo diagnóstico

La duración y calendario previstos fueron:

Fecha de inicio: Enero de 2017

Fecha de finalización: Diciembre de 2017

Entre dichas fechas se ha realizado un total de 64 exploraciones de TC-coronaria, 35 de los cuales varones y 29 mujeres, 7 del total por estudio PRE-TAVI.

Del total de pacientes, en 13 de ellos se realizó cateterismo coronario posterior a angio-Tc coronaria. Teniendo en cuenta los costes de las distintas exploraciones (coste de TC es de 199 euros, y si se añade secuencia de calcio score son 32,26 euros más. El coste de angiografía invasiva es de 1061 euros al que hay que añadir el coste por noche de hospitalización en el servicio de cardiología que asciende a 741,66 euros), ello supone un ahorro de 42.316,74 euros, considerando que se realiza el calcio score en todos ellos, y sin tener en cuenta los gastos por noche de hospitalización. Ello manifiesta el importante ahorro económico en aquellos pacientes en que la probabilidad de evento coronario es baja o media mediante la utilización de TC-coronaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La angio-TC coronaria es una herramienta de diagnóstico coronario barata y de alto poder resolutivo con unas claras indicaciones que son los pacientes con riesgo bajo o intermedio de un evento coronario frente a dolor torácico no concluyente. Su instauración sistemática supone un importante ahorro económico para las instituciones sanitarias sin pérdida en la calidad asistencial e incluso con menor tasa de complicaciones

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/764 ===== ***

Nº de registro: 0764

Título
IMPLANTACION Y ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE ANGIOGRAFIA CORONARIA MEDIANTE TC EN EL HOSPITAL CLINICO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0764

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE ANGIOGRAFIA CORONARIA MEDIANTE TC EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Autores:
IBÁÑEZ MUÑOZ DAVID, DE BENITO AREVALO JOSE LUIS, LINARES VICENTE JOSE ANTONIO, DOTTI GONZALEZ DIEGO, ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE, ENTRENA MARTINEZ CARMEN, PARADISI CHACON CARLOS EDUARDO, RUIZ ARROYO JOSE RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares, especialmente la enfermedad coronaria, constituyen la primera causa de muerte en adultos. El campo del estudio no invasivo por imagen de las enfermedades coronarias ha avanzado considerablemente en los últimos años gracias al desarrollo tecnológico de los equipos radiológicos. La angiografía coronaria mediante tomografía computarizada, especialmente en equipos de 64 coronas, ha demostrado ser útil proporcionando información morfológica detallada de las arterias coronarias, ofreciendo tanto su luminograma como información sobre la propia pared arterial (extensión y composición de las placas ateroscleróticas). La TC coronaria presenta una alta sensibilidad y un alto valor predictivo negativo de manera que se puede descartar enfermedad coronaria en pacientes con riesgo cardiovascular bajo o moderado, sin necesidad de realizar un cateterismo diagnóstico invasivo.

Esta técnica presenta un potencial eficiente que con una estrategia efectiva de gestión de los recursos que aporta y los recursos humanos y técnicos disponibles, puede implicar un cambio en determinadas actitudes clínicas en especialidades como la Cardiología y la Radiología de manera que se disminuya el número de angiografías invasivas indicadas en pacientes de bajo-moderado riesgo.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar la utilización de la angiografía no invasiva en un hospital de tercer nivel, de manera que se disminuya la realización sistemática de angiografía invasiva en pacientes con riesgo cardiovascular bajo-moderado.

Analizar la rentabilidad de la angiografía no invasiva frente a la invasiva durante un periodo de un año, de manera que se reduzcan los costes y se eviten riesgos al disminuir el número de angiografías invasivas.

MÉTODO

El servicio de Radiodiagnóstico ya dispone de un TC de 64 coronas y del software cardiaco necesario para realizar el estudio.

Para conseguir los objetivos deseados, debemos realizar varias medidas que se valoraran de forma conjunta entre todos los miembros del equipo.

- Realizar un protocolo de cardio-TC y presentarlo al staff de Radiodiagnóstico y Cardiología
- Dar a conocer el protocolo al personal técnico y de enfermería del Servicio de Radiodiagnóstico, de manera que sea un procedimiento seguro y eficaz.
- Realizar de manera sistemática la angiografía coronaria mediante TC a todos los pacientes con riesgo bajo-moderado de enfermedad coronaria, en lugar de realizar directamente la angiografía coronaria invasiva.

INDICADORES

- Valorar la utilidad de la angiografía coronaria mediante TC estudiando el porcentaje de pacientes que evitaron el manejo invasivo:

% = (Número de pacientes que evitaron que se les realizara la angiografía invasiva / número de pacientes totales) x 100

- Determinar los costes de la TC cardiaca y la reducción de los costes al realizar TC cardiaco frente a la realización sistemática de cateterismo invasivo diagnóstico.

Coste TC: 199 euros (calcio score 32,26 euros mas)

Coste angiografía invasiva: 1061 euros

Coste noche hospitalización en cardiología: 741.66 euros

DURACIÓN

- Fecha de inicio: Diciembre de 2016

- Fecha de finalización: Diciembre de 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0764

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE ANGIOGRAFIA CORONARIA MEDIANTE TC EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Diciembre 2016: Elaboración del protocolo de TC coronaria.

Enero 2017: Presentación del protocolo de TC coronaria a todo el personal del Servicio de Radiodiagnóstico incluyendo médicos, enfermeros, auxiliares y técnicos, y a los peticionarios del Servicio de Cardiología.

Enero-Diciembre 2017: Realización de la TC coronaria a todos los pacientes con riesgo cardiovascular bajo-moderado y sospecha de enfermedad coronaria.

Diciembre de 2017: Análisis de los resultados: porcentaje de pacientes que evitan la realización de angiografía invasiva, costes y rentabilidad del proceso.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0810

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA

Fecha de entrada: 02/01/2018

2. RESPONSABLE HELENA ESTEBAN CUESTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE BENITO AREVALO JOSE LUIS
DE GREGORIO ARIZA MIGUEL ANGEL
GUIROLA ORTIZ JOSE ANDRES
TARDIN CARDOSO ANA LETICIA
VALIENTE MARTINEZ CAROLINA
GASCON DOMINGUEZ MARIA DE LOS ANGELES
SIMON MARCO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han revisado los algoritmos de actuación en los pacientes con hemorragia digestiva baja aguda grave de los últimos dos años, evaluando los tiempos de actuación, incluyendo la demora en la realización las diferentes intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas. Se registró las pruebas o intervenciones requeridas en cada caso y el resultado final del proceso. ??

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos objetivado qué algoritmos de actuación se correlacionan con unos mejores resultados globales evaluados en términos de estancia hospitalaria y mortalidad. El análisis se ha centrado en el manejo inicial de estos pacientes y especialmente en la detección del origen del sangrado que es lo que condiciona las decisiones posteriores. Hemos detectado que el momento y el protocolo de adquisición de la angio-TC tienen una relación estadísticamente significativa con la probabilidad de detectar el origen del sangrado. También hemos identificado la relación que tienen la toma de antiagregantes y/o anticoagulantes u otros factores favorecedores del sangrado en la presencia de sangrado digestivo.

A partir del análisis de los datos estamos pendientes de acordar a través de los miembros del proyecto un protocolo hospitalario con participación de los diferentes Servicios representados en este proyecto de mejora.

Tras formalizar el protocolo de actuación pretendemos analizar de manera prospectiva los resultados del mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo prioritario del protocolo que estamos diseñando es acordar el manejo inicial de los pacientes con hemorragia digestiva baja aguda, destacando la relevancia de una actuación coordinada en pacientes con sangrado digestivo bajo con una presentación clínica grave e inestabilidad hemodinámica. Creemos que es fundamental difundir la necesidad de realizar una angio-TC urgente en todos estos casos como medida inicial, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, ya que hemos observado que su realización temprana, tanto si se detecta sangrado activo como si no, siempre aporta datos relevantes para estructurar el manejo posterior de estos pacientes. ?

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/810 ===== ***

Nº de registro: 0810

Título
DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA

Autores:
ESTEBAN CUESTA HELENA, DE GREGORIO ARIZA MIGUEL ANGEL, GUIROLA ORTIZ JOSE ANDRES, TARDIN CARDOSO ANA LETICIA, VALIENTE MARTINEZ CAROLINA, GASCON DOMINGUEZ MARIA DE LOS ANGELES, SIMON MARCO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0810

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hemorragia digestiva baja aguda (HDBA) constituye una situación urgente, que puede devenir crítica, precisando tratamiento inmediato. Su incidencia anual es de aproximadamente 25 episodios por cada 100.000 habitantes y supone el 1% de los ingresos hospitalarios urgentes.

El manejo de los pacientes con HDBA requiere un enfoque clínico multidisciplinar, que implica a radiólogos y a especialistas de Intervencionismo, Urgencias, Digestivo, Cirugía y Medicina Nuclear.

La identificación del punto de sangrado y su etiología constituyen los objetivos primarios en el manejo de la HDBA.

Las alternativas diagnósticas y terapéuticas disponibles incluyen técnicas endoscópicas, gammagrafía, angio-TC, arteriografía y cirugía.

Una revisión retrospectiva realizada recientemente por la coordinadora del grupo, analizó los protocolos de actuación que se llevaron a cabo en los pacientes atendidos en el HCU "Lozano Blesa" por HDBA con inestabilidad hemodinámica inicial durante un periodo de 2 años. Se observó una marcada heterogeneidad en su manejo, con criterios diversos de selección de las diferentes técnicas diagnósticas y terapéuticas. Además el rendimiento de las pruebas o intervenciones realizadas fue muy variable.

Desde el Servicio de Radiología se pretende dar difusión a la capacidad de la angio-TC para detectar la etiología y el punto de sangrado. Es una técnica fácilmente accesible, y reproducible, tiene una elevada precisión diagnóstica, rapidez y carácter no invasivo. Por todo ello se pretende incluir la angio-TC como herramienta diagnóstica de primera línea en los protocolos de manejo de la HDBA grave. Consideramos que la angio-TC puede orientar inicialmente el algoritmo de actuación y mejorar los resultados de los procedimientos subsiguientes. Además se pretende consensuar una guía global de manejo de estos pacientes, que haga más homogénea la atención recibida y los resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Diseñar un protocolo de actuación ante casos de HDBA con criterios de gravedad, consensuado entre los principales participantes (Radiología, Medicina Nuclear, Intervencionismo, Digestivo, Cirugía y Urgencias).
- Homogeneizar la pauta de actuación mejorando la calidad de la atención que reciben estos pacientes, a la vez que se optimiza la gestión y el consumo de los recursos disponibles.

El objetivo prioritario es que todos los pacientes que acudan al Servicio de Urgencias con un escenario clínico similar (HDBA grave) sean tratados de la mejor manera posible en base a la evidencia científica disponible. Ofertar unos recursos similares con unas demoras semejantes.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible concerniente al manejo de los pacientes con HDBA
- Recopilación de las principales guías de manejo clínico de la HDBA disponibles
- Consenso entre los servicios implicados a través de los representantes de cada uno de ellos incluidos en el proyecto de mejora
- Consenso y difusión de los acuerdos por parte de cada uno de los miembros del proyecto en sus servicios correspondientes.
- Aplicación del protocolo consensuado y recogida prospectiva de los casos para la evaluación del proyecto de mejora

INDICADORES

Se constituirá una base de datos en la que se incluirán los siguientes parámetros: Edad y sexo de los pacientes, datos de inestabilidad hemodinámica (TAS$\leq 100\text{mmHg}$ y FC$\geq 100\text{lpm}$), necesidad de más de 4 concentrados de hemáties, toma de antiagregantes y/o anticoagulantes, fecha de ingreso, fecha en la que se realizaron las diferentes pruebas diagnósticas y/o terapéuticas (colonoscopia, angio-TC, técnicas intervencionistas, cirugía) y el diagnóstico o resultado derivado de ellas, la fecha de alta o fallecimiento. Estos datos se compararan con los ya recogidos de manera retrospectiva, lo cual nos permitirá evaluar las posibles mejoras en el rendimiento diagnóstico de las pruebas realizadas, de los resultados de los procedimientos terapéuticos y del proceso global (mortalidad y estancia media).

DURACIÓN

Durante el mes de noviembre, la coordinadora del proyecto realizará una revisión bibliográfica para presentar la evidencia disponible concerniente al manejo de la HDBA.

Tras la presentación de estos datos, cada componente del grupo elaborará un protocolo de actuación, argumentando sus planteamientos en base a las referencias bibliográficas revisadas.

A partir del mes de diciembre de 2016, se programará una reunión para consensuar un protocolo de actuación.

Desde ese momento se programarán sesiones informativas en todos los servicios involucrados para explicar los algoritmos consensuados. Adicionalmente se difundirá una memoria explicativa del algoritmo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0810

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA

A partir de este momento se espera la puesta en práctica de la guía de actuación acordada y comenzar la recogida de datos para la evaluación del proyecto. Estos datos se analizarán cada año que continúen vigentes los protocolos acordados.

OBSERVACIONES

Población diana: Pacientes con hemorragia digestiva baja (clínicamente presentada en forma de hematoquecia, melenas, rectorragias de curso agudo y con criterios de gravedad (inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión).

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0881

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE RESONANCIAS MAGNETICAS EN NEURORRADIOLOGIA

Fecha de entrada: 25/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE GIMENO PERIBAÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTILLO LARIO MARIA CARMEN
SAEZ VALERO EDUARDO
MENAL MUÑOZ PATRICIA
LOPEZ IBAÑEZ TOMAS
BAZ BARSELO NATIVIDAD
DOTTI GONZALEZ DIEGO
LASA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizan diversas reuniones para:

- 1.-Definir las exploraciones incluidas en unidad de neurorradilología
- 2.-Descripción del procedimiento normalizado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se decide posponer protocolos hasta adquisición de nuevas RM, ya que los protocolos de cada una de las pruebas serán diferentes con las nuevas resonancias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todo el trabajo realizado por el grupo de momento carece de mucha utilidad ya que se esta a la espera de las nuevas resonancias para poder desarrollar todo el trabajo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/881 ===== ***

Nº de registro: 0881

Título
PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE RESONANCIAS MAGNETICAS EN NEURORRADIOLOGIA

Autores:
GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE, CASTILLO LARIO MARIA CARMEN, MENAL MUÑOZ PATRICIA, SAEZ VALERO EDUARDO, LOPEZ IBAÑEZ FRANCISCO TOMAS, BAZ BARSELO NATIVIDAD, DOTTI GONZALEZ DIEGO, LASSA CUBERO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las exploraciones neurorradiológicas se encuentran cada vez más extendidas y son cada vez más utilizadas, siendo hoy en día la RM una de las categorías mas importantes de la neurorradiología.
A pesar de que existen facultativos especialistas con una mayor capacitación y experiencia en neurorradiología, no siempre estas exploraciones son llevadas a cabo por los mismos, realizándose estas exploraciones de manera no homogénea (tanto desde el punto de vista de la técnica como el informe

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0881

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE RESONANCIAS MAGNETICAS EN NEURORRADIOLOGIA

radiológico).

La gran variabilidad de personal que trabaja en las unidades de resonancia, hace que sea necesario establecer un procedimiento normalizado de todas y cada una de las diversas exploraciones neurorradiológicas llevadas a cabo en la resonancia magnética, para que todas las exploraciones sean homogéneas y cumplan los criterios óptimos de calidad.

La demanda de resonancias magnéticas es cada vez mayor, existiendo una lista de espera en aumento, por lo que es fundamental que las exploraciones sean realizadas de manera óptima para evitar la repetición de las mismas, lo cual contribuiría al aumento de la lista de espera de los usuarios.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Normalizar las exploraciones neurorradiológicas en RM para que sean llevadas a cabo con calidad óptima y de manera homogénea.
2. Unificar y homogeneizar el informe radiológico.
3. Establecer indicaciones de RM neurorradiológicas.

MÉTODO

1. Establecer las indicaciones para la realización de las exploraciones neurorradiológicas, y difundirlas entre los médicos peticionarios, tanto facultativos de primaria como facultativos especialistas de nuestro sector.
2. Descripción y estandarización del procedimiento normalizado desde que el paciente llega a la unidad de RM en el servicio de radiodiagnóstico hasta que se realiza la exploración, de tal manera que cualquier paciente que llega a nuestra unidad siempre siga una serie de pasos normalizados y estandarizados.
3. Describir los distintos protocolos de realización de RM en neurorradiología en función de la sospecha clínica y de los hallazgos radiológicos, que sean uniformes para todos los pacientes independientes del técnico que realiza la exploración y del radiólogo responsable.
4. Realizar informes tipo disponibles para todos los facultativos responsables de RM neurorradiológica, de tal manera que el informe sea homogéneo y aporte la información necesaria a acerca de la exploración.

INDICADORES

- Porcentaje de exploraciones de RM neurorradiológicas que cumplen criterios de indicación.
- Porcentaje de exploraciones de RM neurorradiológicas con secuencias estandarizadas según protocolos previamente establecidos
- Porcentaje de exploraciones de RM neurorradiológicas con informe tipo normalizado.

Estos porcentajes deben de ser comparados con los mismos indicadores previos al establecimiento de estos criterios (se revisarán informes y exploraciones desde septiembre a diciembre 2016).

La obtención de estos datos será a través del programa con el que se realizan los informe radiológicos, que permite acceder a la justificación clínica (cumplimentada por el radiólogo al realizar en informe según las indicaciones del clínico), así como acceder a las imágenes radiológicas.

Este programa permite el análisis retrospectivo de estas variables.

DURACIÓN

La duración de este procedimiento será 1 año.

* Desde Diciembre a Marzo

Se formarán los grupos de trabajo para determinar las indicaciones de las exploraciones neurorradiológicas en RM así como para realizar los diversos protocolos en función de la sospecha clínica y de los hallazgos radiológicos. Estos criterios se fundamentarán en las guías de la Sociedad Española de Neurorradiología.

A su vez se describirá el procedimiento al que se somete al usuario desde su llegada a nuestro servicio.

Se realizarán los informes tipo según la patología existente

* Desde Abril a Julio

Se difundirá toda esta información entre los médicos peticionarios, así como entre el personal que realiza las exploraciones tanto médicos como personal de enfermería, técnicos y auxiliares (a cada estamento la información que le compete según sus funciones).

* Desde Julio a Noviembre

Se realizará un seguimiento semanal de todo este procedimiento, de tal manera que en los supuestos que no se cumpla se inducirá en el personal responsable.

Se medirán los indicadores de manera semanal y mensual, para valorar la evolución de estas medidas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0107

1. TÍTULO

DISEÑO DE CURSOS ON-LINE EN LA PLATAFORMA MOODLE, DESTINADOS A LA FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS EN LAS UNIDADES QUE UTILIZAN EQUIPOS DE RAYOS X

Fecha de entrada: 07/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES RIVAS BALLARIN
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANELLAS ANOZ MIGUEL
RUIZ MANZANO PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como estaba previsto, realizaron los cursos:

"Protección radiológica para personal que dirige u opera equipos de rayos X con fines médicos", dirigido a facultativos, TSID y DUE.

"Protección radiológica para personal de enfermería relacionado con el uso de equipos de rayos X" dirigido a DUE y TCAE.

Durante el primer trimestre de 2016 se elaboraron los contenidos de los cursos en la plataforma de teleformación del SALUD, y en abril se solicitó la acreditación ante la Comisión de Formación Continuada para las Profesiones Sanitarias. Los cursos fueron acreditados con 3,1 y 1,4 créditos respectivamente. En el mes de septiembre, a la apertura del periodo de inscripción, se envió un e-mail a los Servicios a los que iban dirigidos los cursos, comunicando la existencia de los mismos.

Los cursos estuvieron disponibles en la plataforma entre el 16 de octubre y el 4 de noviembre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

"Protección radiológica para personal que dirige u opera equipos de rayos X con fines médicos"

Matriculados: 96

Aptos: 77 (80,2%)

"Protección radiológica para personal de enfermería relacionado con el uso de equipos de rayos X"

Matriculados: 17

Aptos: 11 (64,7%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implementación de cursos en una plataforma e-learning resulta de gran utilidad para llegar a un gran número de trabajadores, sin provocar alteraciones en la labor asistencial ni afectar a los turnos de trabajo. Las herramientas que proporciona la plataforma permiten hacer un seguimiento individualizado de los alumnos, permitiendo valorar el esfuerzo realizado

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/107 ===== ***

Nº de registro: 0107

Título

DISEÑO DE CURSOS ON-LINE EN LA PLATAFORMA MOODLE, DESTINADOS A LA FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS EN LAS UNIDADES QUE UTILIZAN EQUIPOS DE RAYOS X

Autores:

RIVAS BALLARIN MARIA ANGELES, CANELLAS ANOZ MIGUEL, RUIZ MANZANO PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Exploraciones con rayos X

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0107

1. TÍTULO

DISEÑO DE CURSOS ON-LINE EN LA PLATAFORMA MOODLE, DESTINADOS A LA FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS EN LAS UNIDADES QUE UTILIZAN EQUIPOS DE RAYOS X

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El RD 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico y RD 1085/2009, de 3 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre Instalación y Utilización de Aparatos de Rayos X con Fines de Diagnóstico Médico establecen la necesidad de proporcionar formación continuada en protección radiológica al personal que maneja equipos de rayos X o desarrolla su trabajo en unidades donde está expuesto a ese tipo de radiación.

Por ello, se ha considerado la conveniencia de desarrollar cursos de formación en modalidad online, para que todo el personal implicado pueda participar en estos cursos, sin afectar al correcto funcionamiento de servicios o unidades.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar la formación en protección radiológica del personal de los servicios de radiodiagnóstico (facultativos y enfermería) y de otros servicios o unidades que se sirven de los rayos X para su actividad asistencial, como son; cardiología, traumatología, urología, neurocirugía, cirugía vascular, digestivo, anestesiología. De esta forma se espera mejorar la percepción del riesgo por parte de los trabajadores para, de esa forma, aplicar correctamente las medidas de protección para ellos mismos y para los pacientes.

MÉTODO

Se proponen dos cursos:

"Protección radiológica para personal que dirige u opera equipos de rayos X con fines médicos", dirigido a facultativos de las especialidades mencionadas en el apartado anterior, así como a TSID y DUE que operan equipos de rayos X a demanda de esos facultativos.

"Protección radiológica para personal de enfermería relacionado con el uso de equipos de rayos X", va dirigido a DUE y TCAE que desarrollan su trabajo en unidades donde se utilizan equipos de rayos, pero no son responsables de su manejo.

El ámbito es: Sector III, Hospital Ernest Lluch, Hospital Obispo Polanco, Hospital San José de Teruel, Hospital Comarcal de Alcañiz.

INDICADORES

Indicadores a evaluar: N° de cursos diseñados
 N° de cursos realizados
 % del personal inscrito que ha superado los cursos

A partir de la plataforma Moodle, donde se desarrollan los cursos, se obtiene información sobre el número de personas inscritas y se puede hacer un seguimiento individualizado de sus actividades dentro de los mismos.

DURACIÓN

Fecha inicio: Enero/16 Fecha final: Noviembre /16

Cronograma: Enero: Identificación de los posibles destinatarios, priorización y reparto de tareas entre los miembros del equipo./ Febrero: Elaboración de objetivos y contenidos de los cursos/ Marzo: Solicitar reconocimiento créditos de formación continuada/ Septiembre lanzar los cursos en la Plataforma Moodle/Noviembre: Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0132

1. TÍTULO

CONTROL DE DOSIS ADMINISTRATIVAS ASIGNADAS POR PERDIDA DE INFORMACION DOSIMETRICA DEBIDA AL NO CAMBIO MENSUAL DE DOSIMETRO. ELABORACION DE ESTADISTICAS. ANALISIS DE RESULTADOS Y ACCIONES DERIVADAS

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE PABLO ORTEGA PARDINA
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANELLAS ANOZ MIGUEL
RIVAS BALLARIN MARIA ANGELES
GARCIA ROMERO ALEJANDRO
CASTEJON ANDRES CARMEN
AGUIRRE COLLADO AURORA
FERRER GONZALEZ LUISA
RUIZ MANZANO PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha diseñado y elaborado una hoja de cálculo en formato Excel de Microsoft, para el seguimiento del grado de cumplimiento de la determinación de la dosis mensual de trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes, de acuerdo con lo contemplado en el reglamento de protección sanitaria contra las radiaciones ionizantes.

El análisis y desarrollo de la aplicación, se realizó a lo largo del primer trimestre de 2016. Se comenzó a implementar a partir de marzo de 2016, analizando los primeros resultados, y añadiendo mejoras en el diseño y explotación de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mediante esta aplicación se elaboran de forma cuantitativa y cualitativa y en tiempo real de los indicadores que se describen a continuación:

- % de dosis administrativas.
- % de no cambios de dosímetro realizados en el mes clasificados por causa de los mismos.

Otros indicadores obtenidos:

- % de portadores que reciben dosis inferiores al límite de público.
- % de portadores que reciben dosis superiores al límite de público e inferiores a 3/10 del límite de dosis de los trabajadores expuestos.
- % de portadores que reciben dosis superiores a 3/10 del límite de dosis e inferiores al límite de dosis de los trabajadores expuestos.

Mensualmente se elabora y remite a la gerencia del sector un informe con los valores de los indicadores correspondientes.

También se elaboran los escritos personales destinados a los trabajadores controlados dosimétricamente que no proceden al cambio mensual del dosímetro. Este escrito lo firma el Gerente del Hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La posibilidad de obtener mensualmente en tiempo real los indicadores antes mencionados, permiten una gestión más ágil y realista de la protección radiológica de los trabajadores expuestos del sector. Por este motivo, su uso tiene una continuidad en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/132 ===== ***

Nº de registro: 0132

Título
CONTROL DE DOSIS ADMINISTRATIVAS ASIGNADAS POR PERDIDA DE INFORMACION DOSIMETRICA DEBIDA AL NO CAMBIO MENSUAL DE DOSIMETRO. ELABORACION DE ESTADISTICAS. ANALISIS DE RESULTADOS Y ACCIONES DERIVADAS

Autores:
ORTEGA PARDINA PABLO, CANELLAS ANOZ MIGUEL, RIVAS BALLARIN MARIA ANGELES, GARCIA ROMERO ALEJANDRO, CASTEJON ANDRES CARMEN, AGUIRRE COLLADO AURORA, FERRER GONZALEZ LUISA, RUIZ MANZANO PEDRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0132

1. TÍTULO

CONTROL DE DOSIS ADMINISTRATIVAS ASIGNADAS POR PERDIDA DE INFORMACION DOSIMETRICA DEBIDA AL NO CAMBIO MENSUAL DE DOSIMETRO. ELABORACION DE ESTADISTICAS. ANALISIS DE RESULTADOS Y ACCIONES DERIVADAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El reglamento de protección Sanitaria contra las radiaciones ionizantes, exige que para los trabajadores expuestos, se determine la dosis con periodicidad mensual. El Consejo de Seguridad Nuclear decidió el año 2008 asignar dosis administrativas a aquellas personas de las que se pierda información dosimétrica, ya sea por no realizar correctamente el cambio de dosímetro, o bien por pérdida del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS

Obtención cuantitativa y cualitativa y en tiempo real de los indicadores que se describen en el apartado 7. Elaboración de los escritos personales destinados a los trabajadores controlados dosimétricamente que no proceden al cambio de dosímetro. Este escrito lo firma el Gerente del Hospital.

MÉTODO

Desarrollo mediante hoja excel y programación en Visual Basic de rutinas y macros para la gestión de las pérdidas y no cambios mensuales de los dosímetros personales.

INDICADORES

% de dosis administrativas.
% de no cambios

DURACIÓN

Fecha inicio: Enero 2016 Fecha final: ----

Cronograma:

-Análisis de la aplicación, desarrollo de la misma Enero/Febrero 2016
-Curva de aprendizaje y mejora de la aplicación de Marzo de 2016 a octubre de 2016
-Explotación de resultados: a partir de octubre de 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0171

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE AVERIAS EN LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA

Fecha de entrada: 11/12/2017

2. RESPONSABLE ALEJANDRO GARCIA ROMERO
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MILLAN CEBRIAN ESTHER
ORTEGA PARDINA PABLO
HERNANDEZ VITORIA ARACELI
LOPEZ MATA MIRIAM
SERRANO ZABALETA SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2016 se realizó la puesta en marcha de una hoja de cálculo donde se registraron todas las incidencias en las unidades de tratamiento de radioterapia externa en las que interviene el Servicio de Física. La hoja recoge el tipo de incidencia, si la soluciona el servicio de física o se requiere intervención del servicio técnico y si supone una parada, evaluándose el coste en huecos de tratamiento de pacientes de la misma. Una parada no tiene por qué conllevar pérdida de huecos de tratamiento si es solucionada a tiempo. Se ha procedido a la elaboración de informes semestrales que fueron enviados al servicio de Radioterapia, transmitiéndose también la información al servicio técnico. Se evaluó el coste en recursos que suponen las averías e incidencias para el servicio de Física.

El principal cliente de esta actividad es el Servicio de Oncología Radioterápica, que recibe un informe detallado de los huecos perdidos por avería y de la actividad del Servicio de Física que permite que la pérdida de huecos no sea mayor. Indirectamente la dirección del hospital se beneficia de las posibilidades de este análisis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados
1 de Diciembre de 2015 a 30 de Noviembre de 2016
Incidencias totales en ambos aceleradores117
Incidencias solucionadas por el Servicio de Física47
Incidencias solucionadas por el Servicio Técnico.....64
Incidencias solucionadas por Servicios Técnicos HCUZ...5
Incidencias por 5 días de tratamiento..... 1.17
Paradas totales..... 44
Paradas solucionadas por el Servicio de Física.....11
Paradas solucionadas por el Servicio Técnico.....27
Paradas solucionadas por empresa externa autorizada...2
Paradas por 5 días de tratamiento.....0.42
Horas efectivas de parada.....289.5
Huecos perdidos.....1158
Porcentaje de huecos perdidos frente a huecos totales disponibles 4%

Con respecto a las paradas, un 25% son solucionadas por el servicio de física y eso supone una disminución en los huecos perdidos, ya que la necesidad de que el servicio técnico acuda genera una potencial pérdida de huecos debido al tiempo de demora. El servicio de Física está capacitado para solucionar determinadas paradas que no requieren recambio de piezas y que por software o mediante el reseteo de determinados interruptores pueden ser solucionadas.

De acuerdo con los resultados obtenidos se han modificado los indicadores propuestos a comienzos de 2016 por otros que se han estimado más oportunos: Porcentaje de huecos perdidos frente a huecos totales disponibles, porcentaje de incidencias solucionadas por el Servicio de Física y porcentaje de paradas solucionadas por el Servicio de Física:

Porcentaje de huecos perdidos frente a huecos totales disponibles 4%. El estandar queda establecido en un máximo del 7%. Si en algún año se supera este valor será necesario investigar la causa, posiblemente el problema estuviera en el tiempo de respuesta del servicio técnico y tendría que ver con el contrato de mantenimiento de las unidades de tratamiento, o bien con imponderables (en enero de 2017, por ejemplo, una inundación ajena al servicio técnico dejó durante dos semanas sin servicio el Acelerador Oncor)
Porcentaje de incidencias solucionadas por el Servicio de Física 40%. Un valor superior al 10% ya es un buen dato sobre la repercusión del trabajo del Servicio de Física en la solución de incidencias.
Porcentaje de paradas solucionadas por el Servicio de Física 25%. Un valor superior al 5% ya es un buen dato sobre la repercusión del trabajo del Servicio de Física en la solución de paradas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La información que proporciona la hoja de cálculo y su análisis semestral y anual permite analizar la repercusión de las incidencias y paradas en los tratamientos de radioterapia, y por extensión en la calidad de los tratamientos. La comunicación periódica con el Servicio de Radioterapia permite evaluar las tendencias de cada unidad de tratamiento y valorar el trabajo relacionado con las averías que el Servicio de Física realiza

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0171

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE AVERIAS EN LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA

en las unidades.

Esta estadística anual va a permitir además analizar si la extendida idea de que la vejez de las unidades aumenta el número de turnos perdidos de las mismas es algo constatable empíricamente.

La información es en cualquier caso valiosa para ver el impacto que tiene la atención de las incidencias en las demoras de tratamiento, así como para llevar un registro de las averías más frecuentes.

7. OBSERVACIONES.

Los indicadores han sido cambiados con respecto a los iniciales del proyecto, en función de la experiencia y de la propia definición de indicador.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/171 ===== ***

Nº de registro: 0171

Título

SEGUIMIENTO DE AVERIAS EN LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA

Autores:

GARCIA ROMERO ALEJANDRO, MILLAN CEBRIAN ESTHER, ORTEGA PARDINA PABLO, HERNANDEZ VITORIA ARACELI, LOPEZ MATA MIRIAM, SERRANO ZABALETA SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se detectó una falta de registro de las averías e incidencias que se producen en los aceleradores de radioterapia externa en el servicio de radioterapia del HCUZ. Si bien todas las averías se registran de acuerdo a los procedimientos establecidos, no existe un método rápido para evaluar el coste de las mismas en huecos de tratamiento. Además, muchas incidencias son solucionadas por personal del Servicio de Física y este tipo de acciones no estaban contabilizadas ni registradas. En definitiva, se trata de buscar la manera de poder resumir semestralmente todas las incidencias y averías, su coste, el personal implicado y los plazos de resolución.

RESULTADOS ESPERADOS

Al obtener un registro detallado en un solo documento de incidencias y averías, tiempos de respuesta, personal implicado y consecuencias, se puede analizar rápidamente las tendencias de cada unidad y su evolución semestral. Resultados detallados son:

1. Tiempo medio de solución de averías en las que interviene el servicio técnico
2. Tiempo medio de solución de incidencias en las que interviene el servicio de física
3. Frecuencia y número de averías e incidencias por unidad de tratamiento
4. Huecos de tratamiento perdidos en cada unidad y porcentaje con respecto al número total de huecos
5. Posibilidad de elaborar un informe detallado para el Servicio de oncología radioterápica

MÉTODO

Puesta en marcha de una hoja de cálculo donde se registran todas las incidencias en las unidades de tratamiento de radioterapia externa en las que interviene el Servicio de Física. Se consignará el tipo de incidencia, si la soluciona el servicio de física o se requiere intervención del servicio técnico y si supone una parada, evaluándose el coste en huecos de tratamiento de pacientes de la misma y los tiempos medios de intervención. Se procederá a la elaboración de informes que serán enviados al servicio de Radioterapia, transmitiéndose también la información al servicio técnico. Se computará el coste en recursos que suponen las averías e incidencias para el servicio de Física y se tratará de establecer un registro que ayude al mantenimiento preventivo.

INDICADORES

Número de informes hasta Junio de 2016: Deberán ser dos informes, correspondientes a Diciembre de 2016 y a Junio de 2016.

Número de averías con parte a Servicio técnico anotadas en la hoja: Al menos un 95% de las averías con parte

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0171

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE AVERIAS EN LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA

en las carpetas existentes a tal efecto en las unidades de tratamiento deberán estar consignadas en la nueva hoja de cálculo.

DURACIÓN

El proyecto se pone en marcha en Junio de 2016, llegando hasta Junio de 2017 para la recopilación de la información generada en un año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 2 Poco

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0196

1. TÍTULO

MEJORA DEL MATERIAL AUDIOVISUAL DE LOS TALLERES A CUIDADORES QUE SE IMPARTEN EN H.C.U LOZANOBLESA Y SU DIFUSION A TRAVES DE LA INTRANET Y PAGINA WEB DEL HOSPITAL

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE ANA JESUS REGLA RAUFAST
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANZ PLUMED ANA VICTORIA
ESTERUELAS CUARTERO PAULA
IBAÑEZ VICENTE ANGELA
GARIJO CAMARA ROSARIO
SANCHEZ PEREZ ESTER
HERRERA SERRANO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se amplió y modificó el Power Point utilizado en las sesiones de los talleres, y se modificaron y se ampliaron con dos videos mas el material audiovisual para incluirlos en la pag web del hospital y en la Intranet.
A partir del mes de septiembre se incluyeron los nuevos videos en los Talleres y se aumentaron los items en la encuesta con dos preguntas sobre los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 20/09/2017 hasta el 01/12/2017 y durante estos tres meses han acudido 57 personas al taller, de los cuales 29 eran cuidadores y contestaron el 100% a la encuesta realizada.
El 93% contestó satisfactoriamente a la encuesta y comprendió perfectamente los vídeos
La fuente es el registro de asistencia de los talleres llevado a cabo por Enf. Gestora De Casos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos mejorado la comunicación entre las expectativas de los asistentes a los talleres y los profesionales que los imparten, dinamizando las sesiones. Al modificar y ampliar el material audiovisual se ha disminuido la variabilidad de la información proporcionada, por los distintos profesionales que imparten los talleres.

7. OBSERVACIONES.

Debido a un problema informático no se ha podido realizar la inclusión de los vídeos en la intranet y en la pag web, quedando pendiente la resolucion de dicho problema y la actuación final

*** ===== Resumen del proyecto 2016/196 ===== ***

Nº de registro: 0196

Título
MEJORA DEL MATERIAL AUDIOVISUAL DE LOS TALLERES A CUIDADORES QUE SE IMPARTEN EN H.C.U LOZANO BLES A Y SU DIFUSION A TRAVES DE LA INTRANET Y PAGINA WEB DEL HOSPITAL

Autores:
REGLA RAUFAST ANA JESUS, SANZ PLUMED ANA VICTORIA, ESTERUELAS CUARTERO PAULA, IBAÑEZ VICENTE ANGELA, GARIJO CAMARA ROSARIO, SANCHEZ PEREZ ESTER, HERRERA SERRANO ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CUIDADORES DE PACIENTES CRONICOS Y DEPENDIENTES
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Año 2005
Se realizó un estudio de investigación entre cuidadores principales de los pacientes ingresados con patología crónica y dependientes en 8 unidades de H.C.U.
Se comprueba que al alta la mayoría van a domicilio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0196

1. TÍTULO

MEJORA DEL MATERIAL AUDIOVISUAL DE LOS TALLERES A CUIDADORES QUE SE IMPARTEN EN H.C.U LOZANOBLESA Y SU DIFUSION A TRAVES DE LA INTRANET Y PAGINA WEB DEL HOSPITAL

Objetivos:

- Mostrar consejos útiles para hacer frente a los problemas del día a día.
- Cuidar y cuidarse.

Año 2009

- Impartición del primer taller.
- Dejan de impartirse los talleres en 2011.

Año 2014

- Se reinicia la impartición de los talleres con nuevo equipo de trabajo.

Año 2016

- Trancurridos estos años se detecta la necesidad de actualizar y ampliar el material audiovisual con el que se estaba trabajando hasta el momento.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la calidad de la información y del material audiovisual con el que se está trabajando hasta este momento.
- Difusión del material audiovisual a través de la intranet y página web del hospital.

MÉTODO

- Ampliar y modificar la presentación del power point.

Responsables: Rosario Garijo y Ester Sanchez.

- Ampliar y modificar los videos de movilización.

Responsables: Ana Jesús Regla, Ana Victoria Sanz, Ana Isabel Herrero y Paula Esteruelas.

- Añadir ítems en la encuesta de valoración sobre el grado de satisfacción del material audiovisual.

Responsables: Ana Jesús Regla y Ana Victoria Sanz.

- Inclusión del material audiovisual en la intranet y página web del hospital.

Responsable: Ángela Ibañez.

- Mejorar la información ofrecida en la intranet y página web del hospital.
- Dinamizar la realización de los talleres intercalando el contenido impartido por enfermera y fisioterapeuta.

INDICADORES

- Número de asistentes que rellenan los ítems de la encuesta referentes al soporte audiovisual /número de asistentes.
- Número de asistentes que contestan afirmativamente a los ítems de la encuesta referentes al soporte audiovisual / número de asistentes que rellenan la encuesta.

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre 2016.

Fecha de finalización: Junio 2017.

4º Trimestre 2016

- Modificación del power point.
- Modificación de los videos de movilización.

1º Trimestre 2017

- Reunión y puesta en común para valorar el material audiovisual.
- Contacto con el departamento de comunicación del hospital para renovar el nuevo material en la página web y en la intranet.
- Introducir los nuevos ítems en la encuesta.

2º Trimestre 2017

- Puesta en marcha definitiva.
- Evaluar y analizar resultados obtenidos hasta el momento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0222

1. TÍTULO

MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE SUELO PELVICO

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ANA MARTINEZ GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLARREAL SALCEDO ISABEL
CARNEIRO LAZARO RAQUEL
PEMAN FRAGO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Se ha creado la consulta específica de Suelo Pélvico RHB, mejorando así la accesibilidad al tratamiento rehabilitador del suelo pélvico (SP).
- 2.- Hemos cumplido el calendario marcado con la puesta en marcha de un día a la semana de consulta médica de Suelo Pélvico y horario específico de tratamiento de fisioterapia.
- 3.-Se facilita por escrito la información básica a cerca de la patología a los pacientes atendidos en la consulta de Rehabilitación de SP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.- Apertura de agenda específica de SP RHB (12 pacientes semanales)
- 2.- Horario específico de tto SP (2h/d)
- 3.- Desarrollo de información escrita para el paciente (en vías de realización)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es altamente positiva en lo relativo a la ACCESIBILIDAD de los pacientes a consulta específica de SP, que es el motivo del presente proyecto de Calidad, ya que actualmente se citan 5 primeros días y 7 revisiones semanales en una consulta monográfica de Suelo Pélvico RHB los martes en HCU. Además se aporta información por escrita de forma que el paciente pueda colaborar en su tratamiento de manera activa. Consideramos que es un proyecto sostenible e interesante tanto para el usuario como para el hospital. Es una patología de alta prevalencia en la que el tratamiento rehabilitador ha demostrado aumentar la calidad de vida de los pacientes mediante la mejora progresiva de la sintomatología. Si su resultado se considera favorable puede extrapolarse su uso a otros hospitales y/o sectores sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

Los ejercicios de SP son la primera línea de tto de la incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia o mixta (Recomendación Grado A). Los ejercicios de SP junto a biofeedback es la terapia que se asocia con una mayor mejoría/curación subjetiva (Evidencia Ia). Por lo que el desarrollo de este Proyecto de Mejora, al haber creado consulta específica de RHB SP mejora la Accesibilidad al tto y con ello mejora la Calidad en la atención recibida.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/222 ===== ***

Nº de registro: 0222

Título
MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE SUELO PELVICO

Autores:
MARTINEZ GONZALEZ ANA, BERGUA SANCLEMENTE MARIA ISABEL, GARCIA ALVAREZ ELENA, VILLARREAL SALCEDO ISABEL, PEMAN FRAGO ROSA, CARNEIRO LAZARO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología de Suelo Pélvico
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0222

1. TÍTULO

MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE SUELO PELVICO

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Acceso a una consulta específica de Suelo Pélvico

PROBLEMA

-Mejorar la accesibilidad al tratamiento Rehabilitador de Suelo Pélvico, mediante la creación de una consulta específica de Suelo Pélvico.

Definición y epidemiología.

La disfunción del suelo pélvico (SP) constituye una gran diversidad de trastornos clínicos entre los que se incluyen la incontinencia urinaria (IU) y fecal (IF), los prolapso vesicales, uterino o rectal y dolor de suelo pélvico.

La Internacional Continence Society (ICS) define la IU como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y provoca una disminución de la calidad de vida del paciente. Los estudios epidemiológicos indican que se trata de una patología de alta prevalencia, oscilando entre un 5 a un 69% en las mujeres y entre un 1% al 39% en varones. El objetivo principal del tratamiento Rehabilitador de Suelo Pélvico es aumentar la calidad de vida de los pacientes mediante la mejoría progresiva de la sintomatología referida por cada paciente. A nivel nacional, se está tratando dicha patología en unidades especializadas de Rehabilitación de Suelo Pélvico.

Demanda por parte de otras especialidades.

- Ginecología y obstetricia: Solicitud por parte de Ginecología de necesidad de tratamiento y valoración de pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) en Junio 2015. A partir de lo cual se inician contactos con otras especialidades (Cirugía, Urología, Unidad del Dolor) quienes a su vez demandan tratamiento rehabilitador.

- Cirugía: solicitan tratamiento rehabilitador de pacientes con IF y/o IU. Tienen 160 pacientes en lista de espera para remitir a tratamiento Rehabilitador.

- Unidad del Dolor: necesidad de tratamiento Rehabilitador de pacientes con dolor miofascial de la musculatura de SP y/o dolor Neuropático por lesión de n. Pudendo.-

- Urología: necesidad de tratamiento Rehabilitador de IU Urgencia y pacientes con IU tras intervención quirúrgica de prostatectomía.

Evidencia científica de Rehabilitación.

- Los ejercicios del suelo pélvico son la primera línea de tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia o mixta (Recomendación Grado A).

- Los ejercicios del suelo pélvico asociados con biofeedback es la terapia que se asocia con una mayor mejoría subjetiva (Evidencia Ia).

- La electroestimulación es efectiva en la incontinencia urinaria de urgencia (Evidencia Ib).

- Los conos vaginales son útiles sin embargo, su mala aceptación en la clínica limita su uso (Evidencia Ia).

- La utilización de programas de ejercicios trabajando las sinergias de coactivación y la gimnasia abdomino hipopresiva aunque se utilizan, su recomendación es de Grado C.

- En relación al tratamiento conductual aunque se considera que es fundamental, sobre todo en la incontinencia de urgencia, tiene un grado de recomendación B3.

RESULTADOS ESPERADOS

- Un descenso en el número de intervenciones quirúrgicas en aquellas pacientes con incontinencia urinaria y/o cistocèles.

- Al disminuir el número de intervenciones quirúrgicas, descenso de la lista de espera quirúrgica de estas pacientes y disminución del gasto sanitario derivado de tal intervención.

- Mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODO

- Concesión de un día a la semana de consulta de Suelo pélvico

- Concesión de horario específico de tratamiento de Suelo Pélvico (1h y media/día)

- Compra de material necesario para el desarrollo de la misma.

INDICADORES

- Apertura de horario específico de consulta de Suelo Pélvico 1 día/semana.

- Apertura de horario específico de tratamiento de Suelo Pélvico 1h y media/día.

- Desarrollo de información escrita al paciente

DURACIÓN

Ante la necesidad de valorar y tratar este tipo de pacientes, en este momento están siendo ya valorados por un medico Rehabilitador y han empezado a ser tratados por un fisioterapeuta especializado en Suelo Pélvico. Proponemos para la puesta en marcha de la consulta de Suelo Pélvico de Rehabilitación;

- Médicos:

- Inicialmente 1 consulta semanal para posteriormente pasar a 2 días a la semana en función de la demanda de pacientes.

3 primeros días y 5 revisiones; (siendo uno de los huecos de 1er día como "preferente" para pacientes remitidas por dolor pélvico.

9'00-9'45 Primer día
9'45-10'30 Primer día

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0222

1. TÍTULO

MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE SUELO PELVICO

10'30-11'15 Primer día
11'15-11-45 Revisión
11'45-12'15 Revisión
12'15-12'45 Revisión
12'45-13'15 Revisión
13'15-13'45 Revisión
- Fisioterapia:

- 2 fisioterapeutas:
- o Se recomiendan sesiones de media hora de tratamiento en las que se incluye ejercicios específicos de suelo pélvico y biofeedback en los casos que se precise. Los pacientes que precisen electroestimulación, se realizará fuera de la media hora de tratamiento específico (ejercicios+/- BF).
- o La frecuencia de las sesiones variará en función de la patología de cada paciente pudiendo prescribirse:
 - Diario
 - Lunes-miércoles-viernes
 - Marte-Jueves
- o El horario de las sesiones será gestionado por la Supervisora del Servicio de Rehabilitación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0706

1. TÍTULO

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR A LOS NIÑOS CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR O CON RIESGO NEUROLÓGICO

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA MARIA PUEYO RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ ALEGRE YOLANDA
GIMENO ERRUZ MARIA ANGELES
VALLE GUILLEN SOFIA
MUÑOZ JALLE ELENA
VENTURA FACI MARIA PURIFICACION
RUIZ PEREZ PABLO
QUINTANA OTERO ALINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2017 se han realizado reuniones los días: 24 de Enero, 28 de marzo, 9 de mayo y 28 de noviembre.
Lugar de realización: en el aula de Pediatría, planta 5ª del HCU.
Asistentes: Facultativos del Servicio de Pediatría del HCU, trabajadora social de Pediatría del HCU, Facultativos del servicio de Rehabilitación del HCU y personal de Atención Temprana (medico rehabilitador, psicóloga y trabajadora social)
Se ha modificado los miembros del grupo de trabajo, ha sido baja del grupo La Dra. Marín Gaspar, FEA de Rehabilitación y la Dra. Amparo Santamaría Torroba de Atención Temprana y han sido sustituidos por el Dr. Pablo Ruiz Perez y La Dra. Alina Quintana, del HCU y Atención temprana respectivamente.
En las distintas reuniones se han expuesto casos de pacientes concretos, en número de 7 a 14 pacientes según reunión,

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se valora la situación clínica, funcional y social de cada uno de los pacientes que se exponen y se determinan las necesidades que precisan en cuanto al tratamiento medico, tratamiento rehabilitador, valoración en Atención temprana y trabajadora social, se señalan las acciones que ya se estaban llevando a cabo De esta manera se ha coordinado la actuación multidisciplinar que precisa el paciente y familiares, optimizando recursos, dando prioridad a las necesidades y evitando la duplicidad de valoraciones y tratamintos, entre los distintos instituciones y Servicios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que es necesaria la comunicacion interdisciplinar para el abordaje de estos pacientes, ya que son pacientes con grandes demandas asistenciales en los distintos niveles, tanto a nivel médico como por el problema social y familiar que se genera, porque se trata de pacientes con importantes afecciones neurológicas ya establecidas o con potencial riesgo neurológico durante su desarrollo.

Por este motivo se establece seguir realizando reuniones periódicas anuales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/706 ===== ***

Nº de registro: 0706

Título
ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR A LOS NIÑOS CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR O FACTORES DE RIESGO NEUROLÓGICO

Autores:
PUEYO RUIZ CRISTINA MARIA, MARIN GASPAR ELENA MARIA, LOPEZ ALEGRE YOLANDA, GIMENO ERRUZ MARIA ANGELES, SANTAMARIA TORROBA MARIA AMPARO, VALLE GUILLEN SOFIA, MUÑOZ JALLE ELENA, VENTURA FACI MARIA PURIFICACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Alteraciones del retraso psicomotor establecida o pacientes con riesgo neurológico
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0706

1. TÍTULO

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR A LOS NIÑOS CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR O CON RIESGO NEUROLÓGICO

Tipo de Objetivos . :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- No hay una línea de trabajo multidisciplinar entre Pediatría, Rehabilitación y Atención temprana en la valoración, seguimiento y tratamiento de los niños con retraso psicomotor o riesgo de padecerlo, en cuanto a que:
- Existe una desinformación si un niño ha sido valorado por Atención temprana, aunque sea remitido allí desde pediatría, o si continúa en seguimiento, y/o si se ha pautado tratamiento
- Se llegan a duplicar tratamientos de fisioterapia entre Atención temprana y Rehabilitación.
- Pacientes que por dispersión geográfica no tienen acceso fácil a una RHB y puede hacerse a través de Atención temprana.
- Familiares que demandan información o solicitudes a pediatría, que deben ser gestionadas por trabajadora social de Atención temprana.

Demanda por parte de otras especialidades.

- Rehabilitación: Necesidad de coordinar, no duplicar y complementar tratamientos con atención temprana.
- Pediatría. Aumento creciente de los casos de prematuridad. Necesidad de valoración funcional y discapacidad.
- Atención temprana. Aumento de la demanda de valoración y tratamientos.
- Mejorar la atención al paciente pediátrico entre los Servicios de pediatría, rehabilitación del hospital clínico y Atención temprana de Aragón.
- Dar respuesta lo más pronto posible y con la mayor eficacia a las necesidades, médicas, funcionales, psicológicas y sociales, que puedan presentar los niños con alteraciones en su desarrollo o los niños que tengan el riesgo de padecerlas.

El retraso psicomotor supone hasta un 10-15% de las consultas neuropediátricas. Muchos de los casos obedece a encefalopatías prenatales, otros se trata de retrasos psicomotores madurativos o casos de desarrollo psicomotor en el límite de la normalidad, las enfermedades de la unidad neuromuscular son más raras. Y en muchos de los casos no se encuentra un diagnóstico etiológico establecido. Entre los diagnósticos funcionales, de los niños que consultan por retraso psicomotor, alrededor de un 45% tendrá retardo mental, un 15% trastorno del espectro autista y un 17% parálisis cerebral infantil.

El diagnóstico se orienta, y con frecuencia se establece de forma exclusiva, mediante la historia clínica y exploración. Con frecuencia solo la evolución y seguimiento de los pacientes permite precisar el diagnóstico.

- El objetivo principal de este grupo es detectar a los recién nacidos o niños de temprana edad con lesiones establecidas que justifiquen un retraso psicomotor o identificar factores de riesgo pre y perinatal que puedan originar este retraso psicomotor para acelerar la intervención médica y la instauración precoz de medidas terapéuticas para ayudar a prevenir y tratar las posibles carencias.
- Mejorar la atención al paciente pediátrico entre los Servicios de pediatría, rehabilitación del hospital clínico y Atención temprana de Aragón.
- Dar respuesta lo más pronto posible y con la mayor eficacia a las necesidades, médicas, funcionales, psicológicas y sociales, que puedan presentar los niños con alteraciones en su desarrollo o los niños que tengan el riesgo de padecerlas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Una correcta atención multidisciplinar de los niños de factores de riesgo neurológico o alteraciones del desarrollo psicomotor
- Una pronta derivación de los pacientes, entre los distintos Servicios y centros
- Valoración e inicio de tratamiento más precoz.
- Evitar duplicidad de tratamientos y consultas simultáneas y repetidas hospitalarias y en Atención temprana y con ello disminuir el gasto sanitario.
- Mejoría de la información, atención y dar respuesta a las demandas también de los familiares.
- Atención más eficaz y efectiva

MÉTODO

Realización de 4- 5 reuniones anuales entre Pediatría, Atención temprana y Rehabilitación, con carácter bimensual (que ya se han iniciado durante el año 2016), para abordar de manera multidisciplinar los casos de niños con alteraciones en el desarrollo psicomotor o con riesgo neurológico, y así cubrir sus necesidades tanto médicas, como funcionales, psicológicas y sociales, que puedan presentar el paciente y familiares.

INDICADORES

- Número de reuniones realizadas año.
- Número de pacientes valorados en cada reunión

DURACIÓN

Continuar con la realización de 4- 5 reuniones anuales, con carácter bimensual, que ya se han iniciado durante el año 2016.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0706

1. TÍTULO

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR A LOS NIÑOS CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR O CON RIESGO NEUROLÓGICO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0735

1. TÍTULO

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ISABEL VILLARREAL SALCEDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOU MERCADE ANA CRISTINA
ESPADA ZARAGOZA ROSA
GONZALEZ KING GARIBOTTI CAROLA
ACOSTA RUEDA JERONIMO
PARRA SOTO CARLOS EDUARDO
AZUARA LAGUIA JOSE LUIS
MEDRANO CID MAYRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Se ha desarrollado tríptico informativo cumpliendo cronograma previsto en el primer semestre de 2017
2.- Tras reunión del equipo de mejora el 15 de Junio 2017 se realizaron las modificaciones y mejoras oportunas
3.- Envío de tríptico a Calidad 23-Junio- 2017 para revisión y posterior maquetación e impresión.
4.- Actualmente estamos a la espera de su aprobación para continuar con el desarrollo de este Proyecto de Mejora de Calidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado hasta el momento, es un tríptico informativo de fácil lectura, términos comprensibles para los pacientes y muy bien ilustrado para facilitar el cumplimiento de los ejercicios recomendados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora es altamente favorable, nuestro principal objetivo en el 2017 era la realización del Tríptico informativo "Prevención de la trombosis venosa profunda" se ha cumplido. Queda pendiente la revisión del mismo por parte de Calidad y el visto bueno de Dirección. Creemos necesario continuarlo y finalizar el Proyecto de Mejora en 2018, ampliando los plazos previstos anteriormente.
ASPECTOS PENDIENTES.- 1.- Utilización del tríptico en periodo de prueba
2.- Divulgación en el ámbito hospitalario
3.- Encuesta de satisfacción

CRONOGRAMA PROPUESTO para actividades pendientes.-

1.- Utilización del tríptico en periodo de prueba (Febrero, Marzo y Abril 2018)
2.- Divulgación en el ámbito hospitalario (Mayo, Junio 2018)
3.- Encuesta de satisfacción (2º semestre 2018)

Consideramos que es un proyecto sostenible e interesante tanto para el usuario como para el hospital, que mejorará la atención y disminuirá riesgos y complicaciones vasculares de una manera altamente coste-efectiva. Si su resultado es favorable puede extrapolarse su uso a otros hospitales y/o sectores sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/735 ===== ***

Nº de registro: 0735

Título
EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

Autores:
VILLARREAL SALCEDO ISABEL, LOU MERCADE ANA CRISTINA, ESPADA ZARAGOZA ROSA, GONZALEZ-KING GARIBOTTI, ACOSTA RUEDA JERONIMO, PARRA SOTO CARLOS EDUARDO, AZUARA LAGUIA JOSE LUIS, MEDRANO CID MAYRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0735

1. TÍTULO

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se detectó el problema en reunión de Comisión de Enfermedad Tromboembólica llevada a cabo en fecha 31 de Mayo 2016, al comentar la Dra. Lou la posibilidad, al integrar en la Comisión a un médico especialista en Rehabilitación y Medicina Física, de aconsejar sobre ejercicios y medidas no farmacológicas para prevenir la enfermedad tromboembólica.

Consideramos prioritaria la Educación para la Salud, la prevención primaria mediante ejercicios sencillos y específicos a realizar diariamente por el paciente durante su periodo de hospitalización. La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) incluye tanto la trombosis venosa profunda (TVP) como la tromboembolia pulmonar (TEP), que es habitualmente una complicación de la TVP. La ETE se considera actualmente la tercera causa de muerte cardiovascular por detrás del ictus y de la cardiopatía isquémica.

La incidencia de la ETE en España es de 154/100.000 habitantes. Siendo la media de edad 65 años, más frecuente en varones, y la incidencia aumenta con la edad.

La ETE tiene una elevada tasa de mortalidad asociada, entre otros factores, debido a la dificultad del diagnóstico. Es probable que su incidencia esté subestimada.

En cuanto a la mortalidad, en el TEP es de 11,6% frente al 2,3% de la TVP. La mayoría de los pacientes que desarrollan ETE tienen algún factor de riesgo, pero la concurrencia de varios de ellos incrementa el riesgo.

Es por tanto una enfermedad relativamente frecuente con importante morbilidad por lo que es fundamental su prevención primaria.

Se han identificado numerosos factores de riesgo predisponentes y hay evidencia de que el riesgo de presentarla se incrementa proporcionalmente al número de factores de riesgo presentes. Además existen factores adquiridos, tales como: cirugía, inmovilización, traumatismo, obesidad, tabaco, envejecimiento, hipertensión arterial, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca avanzada, terapia estrogénica, embarazo, cáncer, quimioterapia, accidente cerebrovascular, lesión medular, viajes aéreos prolongados...

Como prevención primaria, existen unas recomendaciones para prevenir posibles episodios tromboembólicos, como son: caminar, ya que la movilización evita la formación de trombos. Los expertos recomiendan no cruzar las piernas cuando se está sentado, si es posible sentarse con las piernas un poco elevadas y, sobre todo, que cuando se esté de pie se utilicen medias de compresión fuerte. En caso de tener que permanecer sentados o encamados durante mucho tiempo se pueden realizar ejercicios, incluso permaneciendo sentados (levantar los talones, movilizar tobillos y rodillas, etc.). Dormir con las piernas en posición ligeramente elevadas, realizar baños de agua fría (10 min) en cada pierna o practicar ejercicios son algunas recomendaciones que pueden ayudar a evitar complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Educar al paciente hospitalizado y familiares en los autocuidados y ejercicios a realizar para prevenir eventos tromboembólicos. Empoderamiento.
- 2.- Disminución del riesgo de presentar complicaciones vasculares en los pacientes con encamamiento prolongado durante su periodo de hospitalización mediante medidas no farmacológicas.
- 3.- Realización de Tríptico informativo de manera conjunta con Servicio de Apoyo Comunicación Sector 3, para entregar a los pacientes de riesgo.

MÉTODO

- Informar a la Comisión de Enfermedad Tromboembólica (CETE) HCU en próxima reunión (18-10-2016), en caso de ser aceptado este proyecto de mejora de calidad, para contar con su apoyo y aprobación (Isabel Villarreal y Ana Cristina Lou). Ambas miembros CETE.
- Diseñar Tríptico Informativo, ilustrarlo y maquetarlo (Isabel Villarreal, Jerónimo Acosta y Ángela Ibáñez)
- Una vez realizado el tríptico divulgar su existencia y aconsejar su utilización mediante sesión hospitalaria y reuniones pertinentes con servicios médico quirúrgicos (Isabel Villarreal, Rosa Espada, Carola Gonzalez y Carlos Parra)

INDICADORES

- 1.- Desarrollo de tríptico y maquetación del mismo antes de Junio 2017
- 2.- Divulgación, comienzo de utilización de tríptico definitivo, entrega del mismo en el segundo semestre 2017
- 3.- Encuesta de satisfacción a una muestra de pacientes que han recibido el tríptico, sobre su idoneidad y claridad de contenidos.

DURACIÓN

- 1º.- 18-10-16 Información a la Comisión de Enfermedad Tromboembólica de este Proyecto de Mejora de Calidad
- 2º.- Inicio de realización del tríptico y maquetación. Enero- Febrero - Marzo 2017
- 3º.- Comienzo de utilización en periodo de prueba y modificaciones del mismo si proceden. Abril-Mayo, Junio 2017
- 4º.- Divulgación Septiembre - Octubre 2017
- 5º.- Encuesta de satisfacción. Noviembre - Diciembre 2017

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0735

1. TÍTULO

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0735

1. TÍTULO

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL VILLARREAL SALCEDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOU MERCADE ANA CRISTINA
ESPADA ZARAGOZA ROSA
GONZALEZ-KING GARIBOTTI
ACOSTA RUEDA JERONIMO
PARRA SOTO CARLOS EDUARDO
AZUARA LAGUIA JOSE LUIS
MEDRANO CID MAYRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Se ha modificado el Tríptico y maquetado por parte del Sº de Apoyo a la Comunicación del Sector III y posteriormente aprobado por la Dirección de este Hospital. (Nos hemos retrasado con respecto al calendario inicialmente previsto)
- 2.- Se ha divulgado tríptico informativo desde CETE a enfermería HCU
- 3.- Se ha comenzado la entrega del tríptico por parte de RHB a los pacientes de riesgo (tanto hospitalizados como ambulatorios)
- 4.- Se ha realizado Encuesta de Satisfacción para los pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado y finalizado ha sido la realización y entrega de un tríptico informativo de fácil lectura, que permite informar y empoderar a los pacientes mediante un lenguaje comprensible y bien ilustrado para facilitar el cumplimiento de los ejercicios recomendados. Junto a la posibilidad de conocer el grado de satisfacción tras la recepción del mismo mediante encuesta de satisfacción.
Indicador: Tríptico elaborado y utilizado (Sí)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora es altamente favorable, nuestro principal objetivo al inicio de este Proyecto de Mejora era la realización del Tríptico informativo "Prevención de la trombosis venosa profunda" y se ha cumplido.
Otra conclusión importante es la importancia de un equipo multidisciplinar para llevar a cabo este tipo de proyectos.
Consideramos que ha sido un proyecto sostenible e interesante tanto para el usuario como para el hospital, que mejorará la atención y disminuirá riesgos y complicaciones vasculares de una manera altamente coste-efectiva. Además podría extrapolarse o replicarse su uso en otros hospitales y/o sectores sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/735 ===== ***

Nº de registro: 0735

Título
EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

Autores:
VILLARREAL SALCEDO ISABEL, LOU MERCADE ANA CRISTINA, ESPADA ZARAGOZA ROSA, GONZALEZ-KING GARIBOTTI, ACOSTA RUEDA JERONIMO, PARRA SOTO CARLOS EDUARDO, AZUARA LAGUIA JOSE LUIS, MEDRANO CID MAYRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0735

1. TÍTULO

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

Se detectó el problema en reunión de Comisión de Enfermedad Tromboembólica llevada a cabo en fecha 31 de Mayo 2016, al comentar la Dra. Lou la posibilidad, al integrar en la Comisión a un médico especialista en Rehabilitación y Medicina Física, de aconsejar sobre ejercicios y medidas no farmacológicas para prevenir la enfermedad tromboembólica.

Consideramos prioritaria la Educación para la Salud, la prevención primaria mediante ejercicios sencillos y específicos a realizar diariamente por el paciente durante su periodo de hospitalización. La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) incluye tanto la trombosis venosa profunda (TVP) como la tromboembolia pulmonar (TEP), que es habitualmente una complicación de la TVP. La ETE se considera actualmente la tercera causa de muerte cardiovascular por detrás del ictus y de la cardiopatía isquémica.

La incidencia de la ETE en España es de 154/100.000 habitantes. Siendo la media de edad 65 años, más frecuente en varones, y la incidencia aumenta con la edad.

La ETE tiene una elevada tasa de mortalidad asociada, entre otros factores, debido a la dificultad del diagnóstico. Es probable que su incidencia esté subestimada.

En cuanto a la mortalidad, en el TEP es de 11,6% frente al 2,3% de la TVP. La mayoría de los pacientes que desarrollan ETE tienen algún factor de riesgo, pero la concurrencia de varios de ellos incrementa el riesgo.

Es por tanto una enfermedad relativamente frecuente con importante morbilidad por lo que es fundamental su prevención primaria.

Se han identificado numerosos factores de riesgo predisponentes y hay evidencia de que el riesgo de presentarla se incrementa proporcionalmente al número de factores de riesgo presentes. Además existen factores adquiridos, tales como: cirugía, inmovilización, traumatismo, obesidad, tabaco, envejecimiento, hipertensión arterial, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca avanzada, terapia estrogénica, embarazo, cáncer, quimioterapia, accidente cerebrovascular, lesión medular, viajes aéreos prolongados..

Como prevención primaria, existen unas recomendaciones para prevenir posibles episodios tromboembólicos, como son: caminar, ya que la movilización evita la formación de trombos. Los expertos recomiendan no cruzar las piernas cuando se está sentado, si es posible sentarse con las piernas un poco elevadas y, sobre todo, que cuando se esté de pie se utilicen medias de compresión fuerte. En caso de tener que permanecer sentados o encamados durante mucho tiempo se pueden realizar ejercicios, incluso permaneciendo sentados (levantar los talones, movilizar tobillos y rodillas, etc.). Dormir con las piernas en posición ligeramente elevadas, realizar baños de agua fría (10 min) en cada pierna o practicar ejercicios son algunas recomendaciones que pueden ayudar a evitar complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Educar al paciente hospitalizado y familiares en los autocuidados y ejercicios a realizar para prevenir eventos tromboembólicos. Empoderamiento.
- 2.- Disminución del riesgo de presentar complicaciones vasculares en los pacientes con encamamiento prolongado durante su periodo de hospitalización mediante medidas no farmacológicas.
- 3.- Realización de Tríptico informativo de manera conjunta con Servicio de Apoyo Comunicación Sector 3, para entregar a los pacientes de riesgo.

MÉTODO

- Informar a la Comisión de Enfermedad Tromboembólica (CETE) HCU en próxima reunión (18-10-2016), en caso de ser aceptado este proyecto de mejora de calidad, para contar con su apoyo y aprobación (Isabel Villarreal y Ana Cristina Lou). Ambas miembros CETE.

- Diseñar Tríptico Informativo, ilustrarlo y maquetarlo (Isabel Villarreal, Jerónimo Acosta y Ángela Ibáñez)

- Una vez realizado el tríptico divulgar su existencia y aconsejar su utilización mediante sesión hospitalaria y reuniones pertinentes con servicios médico quirúrgicos (Isabel Villarreal, Rosa Espada, Carola Gonzalez y Carlos Parra)

INDICADORES

- 1.- Desarrollo de tríptico y maquetación del mismo antes de Junio 2017
- 2.- Divulgación, comienzo de utilización de tríptico definitivo, entrega del mismo en el segundo semestre 2017
- 3.- Encuesta de satisfacción a una muestra de pacientes que han recibido el tríptico, sobre su idoneidad y claridad de contenidos.

DURACIÓN

1º.- 18-10-16 Información a la Comisión de Enfermedad Tromboembólica de este Proyecto de Mejora de Calidad

2º.- Inicio de realización del tríptico y maquetación. Enero- Febrero - Marzo 2017

3º.- Comienzo de utilización en periodo de prueba y modificaciones del mismo si proceden. Abril-Mayo, Junio 2017

4º.- Divulgación Septiembre - Octubre 2017

5º.- Encuesta de satisfacción. Noviembre - Diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0735

1. TÍTULO

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0525

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO: "MEDICION DE PRESION INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA"

Fecha de entrada: 14/12/2017

2. RESPONSABLE MILAGROS ROYO PUERTO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MINGUIJON GARCIA NEILA MARIA
PALACIOS LASECA MARTA
PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO
RONCAL SOLA SUSANA
VELILLA SORIANO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones del equipo de mejora mensuales.

En los meses de octubre a diciembre de 2016 se llevó a cabo revisión bibliográfica. Una vez seleccionada la bibliografía esta se distribuyó entre los componentes del grupo llevando a cabo una revisión por pares y puesta en común.

Desde enero hasta abril de 2017 se elaboró el procedimiento "MEDICIÓN DE PRESIÓN INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA". El 20 de mayo se presentó en la Unidad de Calidad el mencionado procedimiento, siendo aprobado por la Comisión de Dirección del hospital el 13 de junio.

En mayo se elaboró un documento interno del equipo de trabajo donde se plasmó el contenido de las sesiones formativas que se llevarían a cabo.

El 14 de junio se realizaron sesiones formativas para el personal de enfermería donde se incluyó la presentación del procedimiento de medición de la Presión Intraabdominal (PIA). Desde esta fecha se ha llevado a cabo formación directa a cuantos compañeros lo han solicitado individualmente o en grupos reducidos, la continua incorporación de enfermeras a la unidad hace necesario seguir con esta actividad. Se ofreció la formación a enfermeras y a técnicos auxiliares en cuidados de enfermería, estos últimos declinaron la invitación

Una vez aprobado el procedimiento se creó acceso directo en los escritorios de los ordenadores de trabajo de las enfermeras agilizando el acceso al mismo.

Las actividades realizadas se han llevado a cabo según el calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aprobación del procedimiento "MEDICIÓN DE PRESIÓN INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA" por la Comisión de Dirección del centro.

Formación del personal de enfermería sobre la PIA que hasta este momento era la constante "olvidada" y que está cobrando importancia cada día más en diferentes patologías. Las enfermeras hemos tomamos conciencia de la importancia de una técnica y una medición correcta, mejorando la calidad de nuestros cuidados. Se han realizado dos sesiones formativas al personal de enfermería. Las sesiones individuales o en grupos reducidos se imparten a petición del interesado y por el participante del grupo de mejora al que se le solicita.

En la actualidad el procedimiento está implantado en la unidad, siendo accesible a todos los profesionales, habiendo contribuido a estandarizar la toma de la PIA, poder valorar las cifras de PIA al eliminar la variabilidad de actuación entre los profesionales.

El 34,21% de las enfermeras de la unidad recibieron formación en las sesiones convocadas, no pudiendo aportar el porcentaje de enfermeras formadas en sesiones esporádicas por no disponer de registros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora está satisfecho con la consecución de los objetivos, con el interés que ha suscitado el tema planteado y la disposición de nuestros compañeros en la realización de la toma de PIA en condiciones óptimas siguiendo el procedimiento que se ha elaborado.

La monitorización de la PIA permite establecer un diagnóstico precoz en el paciente crítico, disminuyendo complicaciones y mortalidad. La habilidad en la medición de la PIA, la valoración de los valores obtenidos e identificación del síndrome compartimental abdominal son definitivas para evitar complicaciones mayores en pacientes críticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0525

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO: "MEDICION DE PRESION INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA"

El procedimiento se elaboró en función de las peculiaridades de nuestra unidad. Hay a disposición de los profesionales sistemas cerrados de medición intravesical de PIA, garantizando la esterilidad del circuito sin necesidad de desconexiones, disminuyendo la incidencia de infecciones urinarias por menor manipulación, aportando seguridad a pacientes y profesionales, no se precisa uso de agujas, pero estos, a día de hoy, no se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos del centro. El sistema de drenaje urinario debería mantenerse cerrado constantemente, nuestra incursión en el sistema por el método plasmado, contando con los medios de los que disponemos, presenta riesgo potencial de infección urinaria por lo que se debería plantear el acceso a los sistemas cerrados de medición de PIA.

Ante la posibilidad de un aumento de las infecciones urinarias en pacientes a los que se les hace seguimiento de la PIA cabría plantear realizar un estudio de incidencia de infección urinaria en pacientes con toma de PIA transvesical.

Es de suma importancia contar con documentos internos validados para que todos, los profesionales del equipo que formamos la unidad, realicemos nuestras tareas de una forma estandarizada y permitan a los profesionales tener una fuente de consulta unificada y actualizada.

Disponer de procedimientos y protocolos resulta insuficiente si estos no se cumplimentan, por lo que resulta importante un seguimiento de la adherencia a los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/525 ===== ***

Nº de registro: 0525

Título
IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO: "MEDICION DE PRESION INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA"

Autores:
ROYO PUERTO MILAGROS, MINGUIJON GARCIA NEILA MARIA, PALACIOS LASECA MARTA, PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO, RONCAL SOLA SUSANA, VELILLA SORIANO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La presión intraabdominal (PIA) es una constante, en ocasiones infravalorada, que se puede monitorizar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de forma programada y sencilla, indicando la presión a la que está sometida la cavidad abdominal y facilitando la toma de decisiones terapéuticas ante situaciones difíciles.

Numerosos estudios afirman que con la monitorización de esta constante conseguiríamos una mejoría en la supervivencia de los pacientes críticos, sobre todo en aquellos con sepsis de origen abdominal. Al controlar los valores de la PIA podemos detectar valores que se desvían de la normalidad evitando la hipertensión intraabdominal y el Síndrome Compartimental Abdominal que puede provocar además de hipoperfusión a todos los órganos de la cavidad abdominal, fallo multiorgánico, asociándose con un aumento de la morbimortalidad del paciente.

La medición de la PIA se realiza en nuestra UCI mediante el método indirecto transvesical. En la actualidad, no existe ningún procedimiento ni documento donde el personal de enfermería pueda apoyarse a la hora de su medición, aumentando la variabilidad de la práctica y sesgando los resultados.

Una adecuada formación específica de los profesionales reduce la variabilidad de los resultados, mejora la calidad de cuidados proporcionados, fortalece la cultura de seguridad y disminuye las posibles complicaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0525

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO: "MEDICION DE PRESION INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA"

relacionadas con la técnica. Además, hay que tener en cuenta que la formación sobre diversos procedimientos en nuestra unidad de cuidados intensivos es una necesidad manifestada por sus profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar y reducir la variabilidad de actuación entre los diferentes profesionales en la medición de la PIA.

MÉTODO

Los componentes del equipo serán partícipes de forma equitativa en las diferentes actividades siendo coordinadas por el responsable del proyecto.

? Revisión bibliográfica individual y puesta en común en las reuniones del equipo de mejora.

? Elaboración del procedimiento "MEDICIÓN DE PRESIÓN INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA" basado en la evidencia científica. ?Implantación del procedimiento en la unidad.

?Difundir el procedimiento entre los profesionales pertenecientes a la unidad, profesionales de nueva incorporación o eventuales mediante:

-Sesiones formativas a los profesionales de enfermería de la unidad.

-Inclusión en los documentos de enfermería de la unidad; carpetas tradicionales en papel y carpetas en los soportes informáticos.

INDICADORES

?Procedimiento realizado y enviado a la comisión de calidad para su aprobación.

?Número de sesiones formativas impartidas al personal de enfermería de la UCI.

?Porcentaje de profesionales formados: N° enfermeros formados = N° enfermeros formados/total de enfermeros X 100.

DURACIÓN

OCTUBRE-DICIEMBRE 2016

Revisión bibliográfica.

Reuniones mensuales del equipo de mejora.

ENERO-MARZO 2017

Elaboración del procedimiento.

Reuniones mensuales del equipo de mejora.

ABRIL-MAYO 2017

Envío del procedimiento a la comisión de calidad para su aprobación.

Sesiones formativas a los enfermeros de la UCI.

Inclusión del documento en las carpetas de trabajo de la unidad.

JUNIO 2017

Evaluación del proyecto de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0729

1. TÍTULO

ESPACIO VIRTUAL DE ENFERMERIA DE LAS UCIS DEL HOSPITAL CLINICOUNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN ANGUSTIAS GOMEZ BACA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI QUIRURGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRION MARCO CARMEN
REGAÑO VIGIL PILAR
GARCIA MARTINEZ ELISA
JUBERIAS SANCHEZ VALERA ESTHER
MACHIN MACHIN MARIA ASUNCION
BAQUEDANO BRUNA INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Tras recibir aprobación del proyecto el 20/4/17, nos ponemos en contacto con Dña.Victoria Julve (Jefa de Servicio de Política de Recursos Humanos en el SALUD) el 25/4/17 para explicarle en qué consiste el proyecto ya que está basado en el uso de la plataforma de formación del SALUD (plataforma tipo Moodle) de la que su servicio es responsable. Nos ponemos en contacto con su equipo para iniciar y trabajar con la plataforma de formación Moodle.
2- 27/4/17: primera reunión del equipo completo. Se producen dos bajas en nuestro equipo (Virginia Expósito Zaragoza y Raquel Pérez Valle) que son sustituidas por Inmaculada Baquedano Bruna y Pilar Regaño Vigil. Se comunican los cambios a la Unidad de Calidad del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza (HCUZ) el 1/5/17.
3- 8/5/17 Se envían correos corporativos de todas las componentes a Dña. Victoria Julve para darnos de alta en la plataforma.
4- Debido a la dificultad de reunirnos los miembros del proyecto, se crea una cuenta Gmail común para comunicarnos más fácilmente y donde utilizaremos la nube de Google (Drive) para ir poniendo en común archivos y enlaces relacionados con los cuidados intensivos.
5- 23/5/17 Nos reunimos en el SALUD en el Servicio de RRHH del SALUD para crear nuestros accesos individuales a la plataforma Moodle y nos imparten una pequeña introducción al funcionamiento de la plataforma. Durante los meses posteriores se van abriendo carpetas en el Drive donde recopilamos el material de interés para el proyecto.
6- En la actualidad se están reestructurando los contenidos y realizando nuevas búsquedas con un criterio científico basado en la evidencia. Al ser un proyecto dinámico, se va a presentar a los compañeros de las UCIs para ofrecerles la oportunidad de crear protocolos o procedimientos que puedan ser incluidos en la plataforma y de ese modo ampliar su desarrollo profesional. Al mismo tiempo se re-evaluará sus necesidades formativas para darles cabida en la plataforma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El indicador de evaluación del proyecto es el análisis del nº de conexiones a la plataforma/mes. Como la plataforma no está del todo puesta en marcha no es valorable este indicador por el momento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El inicio del proyecto fue muy rápido y con mucha motivación cargado de ideas. Creemos profundamente en él porque lo consideramos una herramienta fundamental para nuestro trabajo diario en la UCI. El proyecto necesita ser desarrollado durante más tiempo en los próximos meses sujeto a la disponibilidad de sus miembros teniendo en cuenta que están participando en otros proyectos y a sus cargas laborales. Hemos aprendido el manejo de herramientas digitales de trabajo en equipo. Además, al poner en común diferente material formativo, hemos ampliado a nivel individual nuestros conocimientos sobre enlaces y métodos de búsqueda relacionados con la sanidad. Consideramos que será un proyecto sostenible ya que se está utilizando la plataforma de formación del Salud, con lo que contamos con el respaldo de una institución importante.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/729 ===== ***

Nº de registro: 0729

Título
ESPACIO VIRTUAL DE ENFERMERIA DE LAS UCIS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0729

1. TÍTULO

ESPACIO VIRTUAL DE ENFERMERIA DE LAS UCIS DEL HOSPITAL CLINICOUNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

GOMEZ BACA CARMEN ANGUSTIAS, CARRION MARCO CARMEN, GARCIA MARTINEZ ELISA, JUBERIAS SANCHEZ VALERA ESTHER, MACHIN MACHIN MARIA ASUNCION, PALACIOS LASECA MARTA, REGAÑO VIGIL PILAR, BAQUEDANO BRUNA INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Crítico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente en las UCIs del HCULB trabajamos una amplia plantilla de personal de enfermería(más de 128 profesionales) a las que hay que sumar personal que cubre reducciones de jornada. Ello, junto con los períodos vacacionales y las frecuentes movilidades de personal, supone una alta rotación de nuevo personal en nuestro servicio. Entre tanto personal hay profesionales de todo tipo de procedencia. Debido a la organización del sistema mucho de este personal llega o por petición propia (motivado) o no (desmotivado, con inseguridades...) pero con un factor común en la mayoría de los casos: sin formación previa en UCI, la cual van adquiriendo día a día gracias al apoyo y supervisión de los compañeros. Todo ello supone una sobrecarga de trabajo físico y emocional para la plantilla lo cual también puede tener una repercusión directa - negativa- en la atención de calidad al paciente. También puede suponer un coste económico (al poder producirse errores, absentismo laboral al no sentirse el personal apoyado, y sobrecargado de trabajo). Otro de los problemas presentes es la falta de tiempo del personal durante el turno de trabajo para consultar los protocolos y la imposibilidad de hacerlo en su tiempo libre desde su domicilio, al encontrarse físicamente en formato papel en la unidad. Este proyecto aspira a servir como guía formadora para los recién llegados y guía unificadora de criterios de trabajo para todo el personal de enfermería de nuestra UCI. Esto propiciaría una mejora del ambiente laboral y sería una herramienta de bajo coste para mejorar la Seguridad del Paciente y los Cuidados de Calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1_ Facilitar el acceso a los protocolos y procedimientos vigentes en nuestra UCI siempre a través de un acceso estrictamente restringido-mediante contraseña- a los usuarios de nuestra unidad .
- 2- Unificar conocimientos, criterios y pautas de trabajo.
- 3_ Aumentar sentimiento de seguridad del personal a la hora de trabajar
- 4_ Proporcionar Cuidados de Calidad basados en la evidencia
- 5_ Mejorar la Seguridad del Paciente
- 6_ Promover un ambiente de motivación y empoderamiento profesional

MÉTODO

Este proyecto se desarrollará utilizando la Plataforma Virtual de Enseñanza del Servicio Aragonés de Salud.
1º_ Se contactará con el SALUD para iniciar el proyecto. Los encargados del departamento de Servicio de Política de Recursos Humanos serán los gestores de crear/desactivar las contraseñas. Todos los miembros de este proyecto tendrán capacidad para colgar los contenidos previamente acordados y revisados en la plataforma.

*(ya se ha contactado con los responsables de este departamento y nos han ofrecido su apoyo y orientación para manejarlos en la Plataforma)

- 2º_ Entre los miembros del proyecto se repartirán tareas y responsabilidades creando grupos de trabajo para que en la plataforma aparezcan los diferentes protocolos y proyectos vigentes en nuestra unidad como son:
- Formación básica: monitorización y control hemodinámico, ventilación mecánica invasiva y no invasiva, técnicas de hemodiafiltración, SVA, farmacología en UCI . Esther Juberías Sánchez
 - los proyectos Tolerancia Zero avalados por la SEMICYUC (Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Resistencia Zero). Carmen Gómez Baca
 - Protocolos: Cuidados del paciente coronario, del paciente ventilado y/o con patología respiratoria, del neuroquirúrgico, del transplantado hepático, cuidado y mantenimiento de PICCs, limpieza y mantenimiento del material.... Carmen Carrión Marco

Al tratarse de una plataforma de enseñanza queremos que sea dinámica, para ello:

- 3º_ En la sección "Publicaciones" se colgarán artículos de actualidad en enfermería y relacionados con nuestro trabajo para mantenernos actualizados. (siempre cumpliendo las condiciones de publicación estipuladas por el autor o la fuente). Marta Palacios Laseca
- 4º_ En la sección de "Formación" se publicitarán cursos, talleres y enlaces de interés para el personal, así como congresos nacionales e internacionales relacionados con nuestro trabajo en la UCI. Virginia Expósito Zaragoza

INDICADORES

- 1_ n° de conexiones a la plataforma/mes
- 2_ Se solicitará una valoración trimestral a los usuarios a partir del total funcionamiento de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0729

1. TÍTULO

ESPACIO VIRTUAL DE ENFERMERIA DE LAS UCIS DEL HOSPITAL CLINICOUNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

plataforma.

DURACIÓN

Inicio: Noviembre 2016: -reparto de tareas

-inicio diseño plataforma

Desarrollo: Enero 2017: fin diseño plataforma

Enero-Mayo 2017: introducción contenidos en la plataforma

Mayo 2017: plataforma en total funcionamiento

Mayo-Diciembre 2017: valoración mensual nºde conexiones y recogida de resultados.

Julio-Octubre-Diciembre 2017: recogida valoración usuarios

Fin: Diciembre 2017: evaluación resultados indicadores

OBSERVACIONES

El acceso será restringido a usuarios con contraseña (sólo personal de la UCI HCULB y con correo corporativo)entendiendo que los protocolos colgados en nuestra plataforma son de ámbito exclusivo de la UCI.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0769

1. TÍTULO

PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA DE UCI: UCI SIN PAREDES

Fecha de entrada: 08/01/2018

2. RESPONSABLE NURIA SANCHEZ DONOSO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI QUIRURGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENEZ BARTOLOME BELEN
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL
MILLAN TARATIEL PAULA
FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA
VIRGOS SEÑOR BEATRIZ
GUTIERREZ IBAÑES PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los pacientes críticos presentan características potencialmente graves que pueden motivar desde el reingreso en UCI hasta la muerte del paciente en la planta, por lo que el nivel de atención requerida sigue siendo elevado, y la atención proporcionada debe ser óptima independientemente de donde permanezca ingresado. Por estas razones, resulta pertinente diseñar estrategias destinadas a disminuir la mortalidad evitable tras el alta de UCI, el reingreso y la aparición de otros eventos adversos.

Con el proyecto "Free Wall UCI Q Sección" (FW-UCIQ-S) se pretendió identificar a los pacientes que en el momento del alta de la UCI Quirúrgica contaban con factores que implicaban un mayor riesgo de ser reingresados o de fallecer en planta, y sobre los que cualquier cambio intraproceso pudiese comportar un impacto positivo en su evolución.

Previamente al alta de UCI-Q se identificaron los pacientes que presentaban uno o más factores de riesgo de mala evolución en planta (cirugía de alto riesgo, estancia prolongada en UCI, necesidad de alto nivel de cuidados de enfermería, portador de cánula de traqueostomía o CVC, fracaso orgánico en evolución, presencia de dos o más comorbilidades, antibioterapia de amplio espectro o resultados de pruebas diagnósticas pendientes al alta de UCI).

La intervención se realizó a varios niveles:

- En el informe de alta de UCI Q se dejó constancia de la fecha de colocación de catéteres venosos centrales y la duración prevista de tratamientos antibióticos si era posible (buena evolución, buen control del foco).
 - Se contactó con el facultativo responsable del servicio receptor en planta en el momento del alta.
 - Se siguió a los pacientes realizando una visita diaria durante su primera semana en planta, y en el caso de considerarlo necesario, se contactó con sus facultativos y/o enfermeras responsables para modificar tratamiento, realizar nuevos test diagnósticos y, si era preciso, considerar reingreso precoz en UCI.
- Previamente a ello, se informó a los Servicios del Hospital de la implementación de este proyecto de mejora, con el fin de contar con la posibilidad de establecer un diálogo con las/los facultativas/os de los servicios, para optimizar o modificar de manera conjunta el tratamiento. Los Servicios incluidos en este proyecto son: Cirugía General, Urología, Cirugía Torácica, Cirugía Vasculuar, Neurocirugía y Traumatología.
- Se elaboraron unas hojas de registro de datos que se rellenaban al alta de los pacientes subsidiarios de seguimiento adjuntándolas al informe de alta y guardándolas en dos carpetas, la de pacientes en seguimiento actual y la de aquellos en que éste había finalizado.
 - Una vez completado el período de seguimiento los datos se iban introduciendo en una base de datos para su posterior análisis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados que se describen a continuación corresponden al periodo que va del 1-1-2017 al 30-11-2017. Se han conseguido los objetivos descritos en el proyecto para los distintos indicadores.

Nº de pacientes dados de alta a planta de HCU (no cuentan los exitus ni los traslados a otro hospital): 335 pacientes.

Nº de pacientes dados de alta a planta que presentan al menos un factor de riesgo para ser incluidos en el proyecto: 170 (50,74% del total)

Nº de pacientes que han sido seguidos en planta de los que presentan factores de riesgo: 170 (100%) El objetivo era > 85%

Nº de pacientes dados de alta a planta con catéter venoso central (CVC): 118

Nº de informes en los que consta la fecha de inserción del catéter: 111.

Indicador: 111/118 x 100: 94%. El objetivo era > 90%

Nº de pacientes dados de alta a planta con AB amplio espectro: 63 (37% del total)

Nº de informes en los que consta la fecha de inicio de AB: 60

Indicador: 60/63 x 100: 95%. El objetivo era > 90%

Nº de actuaciones llevadas a cabo:

- De los 170 pacientes que se siguieron, 96 (el 56,5%) permanecieron estables y no fue necesaria ninguna actuación por nuestra parte.
- En 2 pacientes (1,2%) se decidió limitación de las terapias de soporte vital (LTSV) y no se les reingresó nuevamente en UCI.
- En 6 pacientes (3,5%) se procedió a reorientación diagnóstica.
- En 34 pacientes (20%) se realizó ajuste del tratamiento (principalmente modificación antibioterapia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0769

1. TÍTULO

PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA DE UCI: UCI SIN PAREDES

ajustando a los resultados microbiológicos y/o sugiriendo suspensión precoz pero también ajuste de otros tratamientos).

5. En 21 pacientes (12,4%) se llevó a cabo un seguimiento estrecho en planta (recordando y promoviendo una retirada precoz del CVC).

6. 11 pacientes (6,5%) requirieron reingreso precoz en UCI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. La participación proactiva del intensivista fuera de la UCI puede disminuir infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) como la bacteriemia por catéter al disminuir los CVC innecesarios y promover su retirada precoz.

2. El proyecto promueve un uso adecuado de antibióticos, al indicar fecha de inicio de los mismos y días aconsejables de terapia antimicrobiana en el informe de alta, en las situaciones en que la evolución clínica del paciente lo permite.

3. Es posible una detección a tiempo de signos y síntomas de deterioro del paciente en planta que hagan considerar su reingreso precoz en UCI anticipándonos a situaciones de riesgo vital que complicarían todavía más la evolución del mismo y aumentarían su morbi-mortalidad.

4. Todo el equipo de UCIQ hemos percibido una gran satisfacción tanto en el paciente como en sus familiares con este tipo de continuidad asistencial, por breve que sea, y a su vez, ello ha repercutido en una gran satisfacción a nivel personal y profesional entre nosotros.

5. Todo ello contribuye a una mayor seguridad del paciente y calidad de nuestro sistema asistencial.

En nuestra opinión, el proyecto UCI sin paredes es relevante y factible de realizar la mayor parte del tiempo a lo largo del año, salvo en ocasiones puntuales y/o festivos en los que la carga de trabajo nos imposibilita abandonar la unidad para centrarnos en los pacientes de planta. Se requiere un tiempo no desdeñable para informarse de cómo se encuentra el paciente, visitarlo, explorarlo si procede, y hablar con el personal de enfermería y médico responsables del paciente si se considera oportuno realizar algún cambio o ajuste de tratamiento.

No obstante, lo consideramos un proyecto interesante a nivel profesional y personal y creemos sería relativamente sencillo su sostenibilidad y replicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/769 ===== ***

Nº de registro: 0769

Título
PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA DE UCI: UCI SIN PAREDES

Autores:
SANCHEZ DONOSO NURIA, JIMENEZ BARTOLOME BELEN, BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL, MILLAN TARATIEL PAULA, FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA, SANCHO VAL ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes críticos postquirúrgicos y politraumatizados
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La patología que presenta el enfermo crítico se debe considerar como un proceso continuo que se inicia antes de su ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) y se mantiene tras el alta del mismo. La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes dados de alta desde el SMI se cifra entre un 5 y un 25% y la mayoría de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0769

1. TÍTULO

PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA DE UCI: UCI SIN PAREDES

los casos fatales ocurren en la primera semana tras el alta. El reingreso en el SMI cuadruplica la mortalidad de los pacientes y duplica su estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el proyecto UCI SIN PAREDES se pretende identificar al alta de la Sección UCI-Quirúrgica a los pacientes de mayor riesgo de desarrollar eventos adversos y proporcionarles un seguimiento estrecho tras el alta con el fin de disminuir la mortalidad, evitar su reingreso en UCI o bien para procurar su reingreso precoz antes de que la condición clínica se deteriore.

MÉTODO

Previamente al alta se identificarán los pacientes que presenten uno o más factores de riesgo de mala evolución en planta (cirugía de alto riesgo, estancia prolongada en UCI, necesidad de alto nivel de cuidados de enfermería, portador de cánula de traqueostomía o CVC, fracaso orgánico en evolución, presencia de dos o más comorbilidades, antibioterapia de amplio espectro o resultados de pruebas diagnósticas pendientes).

La intervención se realizará a varios niveles:

- En el informe de alta de UCI Q se dejará constancia de fecha de colocación de catéteres venosos centrales y duración prevista de tratamientos antibióticos
- Contacto con el facultativo responsable del servicio receptor en planta en el momento del alta
- Visita diaria durante la primera semana de los pacientes en planta y, en caso de ser necesario, contacto con sus facultativos y/o enfermeras responsables para modificar tratamiento, realizar nuevos test diagnósticos y, si es preciso, reingreso precoz en UCI

Se informará a los Servicios del Hospital de la implementación de este proyecto de mejora, con el fin de contar con la posibilidad de establecer un diálogo con las/los facultativas/os de los servicios, para optimizar o modificar de manera conjunta el tratamiento. Los Servicios incluidos en este proyecto son: Cirugía General, Urología, Cirugía Torácica, Cirugía Vasculuar, Neurocirugía y Traumatología.

El registro de la información de los datos se realizará en un soporte informático.

Los datos serán anónimos, y en la explotación final de los mismos para la obtención de los indicadores, no habrá ningún dato que permita la identificación del paciente.

INDICADORES

Nº Informes de Alta de la Sección UCI-Q donde hay constancia de colocación CVC (fecha de la misma)

Nº IA con constancia CVC y fecha/Nº total de IA

VALORACIÓN > 90%

Nº Informes de Alta de la Sección UCI-Q donde hay constancia de las fechas de inicio de tratamiento antibiótico

Nº IA con constancia de fecha de ttº AB/Nº total de IA

VALORACIÓN > 90%

Nº pacientes valorados en función de los criterios de inclusión

Nº pacientes con FR valorados/Nº total de pacientes con FR dados de alta de la UCI Q

VALORACIÓN > 85%

Nº actividades llevadas a cabo del total de las posibles acciones*

*Acciones llevadas a cabo al alta y al seguimiento

Nº de número de actividades llevadas a cabo del total de las acciones/paciente

PUNTUACIÓN DEL 1 AL 9

Nº reingresos llevados a cabo

Nº reingresos detectados mediante proyecto/Nº total reingresos

VALORACIÓN > 80%

DURACIÓN

Constitución del equipo octubre-noviembre 2016

Notificación resto de los Servicios del Hospital diciembre 2016

Implementar las medidas enero-diciembre 2017

Monitorización de los primeros resultados octubre-diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1754

1. TÍTULO

DAÑO CERO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE JULIAN MOZOTA DUARTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASCAN HERREROS MARIA PILAR
REBOLLO PINA CARMEN
PAÑO PARDO JOSE RAMON
SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM
ROQUES MATA MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Dentro del Grupo PROA se han realizado entre otras las siguientes actividades que abordan aspectos relacionados con Daño Cero:

- La actividad de monitorización e intervención en pacientes PROA-bacteremia, que ha mantenido su operatividad asistencial con la participación de PROA en alguno de los diferentes niveles de intervención en más de 400 episodios a lo largo del año.
- El trabajo realizado para gestionar el desabastecimiento de piperacilina/tazobactam y minimizar el impacto en el centro.
- La consolidación de la actividad de monitorización PK/PD de vancomicina, aminoglucósidos y azoles.
- La operatividad del circuito de evaluación de pacientes alérgicos a b-lactámicos.
- La monitorización del cumplimiento de la profilaxis antibiótica en servicios quirúrgicos.
- La puesta en marcha del protocolo de sellado de catéteres en pacientes con bacteriemia secundaria a infección del dispositivo.
- La publicación y difusión de la actualización de la Guía de Tratamiento Antimicrobiano del hospital
- El desarrollo de una campaña de concienciación a los profesionales del centro sobre principios de buen uso de antibióticos basada en una lista de verificación. Dicha campaña alcanzó a más de 200 profesionales de 11 servicios.
- La realización de actividades formativas como el curso de antibioterapia celebrado en marzo de 2017 y la formación a FEA de otros centros a través del Programa FOCUSS.
- La elaboración de un modelo de cooperación coordinada con Atención Primaria en optimización de uso de antibióticos, que ha sido adoptada a nivel autonómico.
- La incorporación del hospital al pilotaje programa WASPSS (Wise Antimicrobial Stewardship Support System) del Plan Nacional contra la Resistencia a los Antibióticos.

2. Desde las Unidades de Enfermería se ha trabajado entre otras en las siguientes actividades que abordan aspectos relacionados con Daño Cero:

- Control de caducidades mensual en cada unidad
- Reuniones de equipo multidisciplinar para establecer cambios posturales
- Estudio de tipo de apósitos por unidad y gasto para adecuar los tratamientos según tipo de LLP a través de la comisión de Heridas Crónicas
- Participación en el 5º estudio nacional de prevalencia GNEAUPP
- Varios cortes anuales para seguimiento de cumplimentación del Check - List.

3. Desde la Unidad de Calidad y la Dirección del centro se ha promovido la participación en Programas Zero impulsados desde el Ministerio y Sociedades Científicas a través de la Estrategia de Seguridad del Paciente.

- En UCI programas Neumonía Zero, Bacteriemia Zero y Resistencia Zero.
- Infección Quirúrgica Zero: programa implantado este año en Cirugía colorrectal y en Cirugía Ortopédica prótesis primarias de cadera y rodilla.
- Se continúa trabajando en el listado de verificación de seguridad quirúrgica. A través de evaluaciones con feed back a los propios servicios y a la Comisión del Bloque Quirúrgico.

4. Desde la Comisión de Seguridad y Mortalidad Unidad se ha trabajado entre otras en las siguientes actividades que abordan aspectos relacionados con Daño Cero:

- Código Alerta:

Se realizan entrevistas informales para detectar barreras en la implementación del Código Alerta. La coordinadora de cuidados, Carmen Rebollo Pina, informó a la Comisión de una nueva actualización del programa informático "Gacela Care" que podía servir como herramienta para relanzar la implementación del código alerta. Se acuerda impulsarlo a través del "Gacela Care".

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1754

1. TÍTULO

DAÑO CERO

Implantación piloto del código alerta en unidades seleccionadas: Se seleccionan 3 Unidades con diferente idiosincrasia para el "pilotaje" de la implantación del Código incluyendo la actualización del programa Gacela Care: Cirugía, Cardiología, Oncología.

- Uso seguro de heparina no fraccionada:

Se actualiza el procedimiento del uso seguro de heparina no fraccionada dada la implantación parcial de su anterior versión.

- Limpieza y desinfección de materiales y superficies: protocolo de limpieza y desinfección de superficies y materiales.

- Amfe de la medicación de alto riesgo en las unidades de hospitalización:

La dirección del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" solicitó a la Comisión de Seguridad y Mortalidad realizar una actividad formativa con los siguientes objetivos principales:

a. Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

b. Aproximar a los profesionales sanitarios a la cultura y estrategias de seguridad del paciente, a través de la puesta en marcha de prácticas clínicas asociadas al uso seguro del medicamento.

c. Desarrollar un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) del uso del Medicamento en las unidades de hospitalización.

Se formaron 63 profesionales sanitarios (43 diplomados en enfermería, 18 licenciados en medicina y 2 licenciados en farmacia).

- Gestión de notificaciones de incidentes al SINASP

El número de notificaciones al SiNASP se ha incrementado en un 40%. En el año 2017 se han recibido 21 notificaciones frente a las 15 del 2016. Se establece un sistema de feed-back mediante reuniones informales a los trabajadores notificantes y a las unidades involucradas. Se comunica el incidente a todos los trabajadores del Servicio y se analizan los factores latentes del sistema que se pueden rediseñar para hacerlos más seguros y evitar la repetición del incidente.

- Análisis de reclamaciones.

Revisión por la Coordinadora del SIAP (Servicio de Información y Atención al paciente) de todas las quejas y reclamaciones recibidas en dicho Servicio.

Presentación en la Comisión de las quejas seleccionadas, relacionadas con seguridad.

Análisis de la causa de la reclamación

5. Desde el Servicio de Información al paciente:

Participa en la Comisión de Seguridad en la selección y análisis de las quejas y reclamaciones.

Remisión al Servicio correspondiente de la queja/ reclamación

Emisión de informes, tras el estudio, de las reclamaciones del paciente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1 - Uso Seguro del Medicamento: Prescripción electrónica de antibióticos.

Nº de Unidades que prescriben antibióticos en formato electrónico: 12. Nº Total de Unidades que disponen de prescripción electrónica: 12. 100 %
Unidades: MI C, Infecciosos, MI A, MI B, MI D, Oncología, Digestivo, Hematología, Psiquiatría, Neurocirugía, Cirugía A, Hospital Ejea.

2 - Uso Seguro del Medicamento: Registro caducidades

Nº de Unidades con control de caducidades en el botiquín: 72 Nº Total de Unidades: 72. 100%

3 - Cuidados seguros: Úlcera Decúbito

Nº de Unidades que registran la aparición de úlceras: 24. Nº Total de Unidades que disponen de prescripción: 24. 100%

4 - Seguridad en el bloque quirúrgico: Chek List quirúrgico

Nº de Unidades quirúrgicas que cumplimenta el Check list > 90% de IQ programada: 9 Nº Total de Unidades unidades quirúrgicas: 9. 100%
Cirugía general 90%, cirugía vascular 93%, dermatología 100%, ginecología y obstetricia 90%, neurocirugía 100%, oftalmología 100%, ORL 100%, traumatología 100% y urología 93%.

5 - Uso seguro del medicamento: PROA.

Nº de Unidades adheridas al programa PROA: 22. Nº Total de Unidades unidades clínicas: 28 80%

• Servicios/Unidades clínicos con actividad PROA: Aparato Digestivo, Alergología, Bioquímica, Cirugía Vascular, Cirugía General, Enfermedades Infecciosas, Farmacia, Hematología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Medicina Preventiva, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Oftalmología, ORL, Oncología, Pediatría, Traumatología, Urgencias y Urología

• Servicios/Unidades clínicos sin actividad PROA: Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Nefrología, Psiquiatría, Reumatología.

6 - Control IRAS: NAVM.

NAVM / Nº días de vía aérea artificial x 1000 = 3,56

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1754

1. TÍTULO

DAÑO CERO

7 - Control IRAS: Bacteriemia relacionada con catéter (BRC).

BRC / N° días de catéter x 1000 = 1,55

8 - Quejas y reclamaciones

N° de quejas respondidas por el responsable de servicio al que se dirige la queja o reclamación: 2785. N°

Total de quejas: 2796. 99,6%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Grupo PROA se ha mantenido activo en las iniciativas que comenzó en el año previo, además ha emprendido otras que han servido incluso de referencia a nivel nacional (ej: gestión desabastecimiento piperacilina / tazobactam). Además ha dinamizado en los servicios clínicos y centrales relacionados con la infección el trabajo, pasando a ser proactivo, más que reactivo e implicando a múltiples profesionales.

Enfermería es un eslabón más en el abordaje de daño cero, donde los cuidados enfermeros son piedra angular. Sirva de ejemplo el registro de pacientes de riesgo (Norton < 14) y que desarrollan úlcera por presión, nos proporciona información para adoptar medidas que nos ayudan a disminuir la incidencia. En 2017 se produjo el 6,39% de lesiones intrahospitalarias. Se hace necesario continuar con el proyecto.

Este año hemos comenzado con entusiasmo por parte de los profesionales en el Hospital con el programa IQZ, continuando con el trabajo que se venía haciendo en los que llevamos años implantando: BZ, NZ y RZ, que tan buenos resultados han dado.

La Comisión de Seguridad y Mortalidad impulsa diferentes iniciativas conducentes a evitar el daño, sirva de ejemplo el Código Alerta, formación AMFE, evaluaciones de indicadores y análisis de incidencia que permiten mejorar la Seguridad de los pacientes de nuestro centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1754 ===== ***

N° de registro: 1754

Título
DAÑO CERO

Autores:
MOZOTA DUARTE JULIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Abordaje transversal de todas patologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Varios estudios han demostrado que alrededor del 60% de los problemas relacionados con la seguridad del paciente son evitables. Siendo los más frecuentes los problemas relacionados con los medicamentos y con las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, por ello es nuestro propósito trabajar tanto en la seguridad de los medicamentos como de las infecciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir al máximo el daño evitable provocado por la asistencia sanitaria

MÉTODO

Uso Seguro del Medicamento:

- Asesoramiento del servicio de Farmacia a las Unidades clínicas
- Asesoramiento sobre el uso correcto de los Ab por parte de lo integrantes del PROA a todos los servicios

Control de la IRAS:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1754

1. TÍTULO

DAÑO CERO

- Participación en los Programas Neumonía Zero, Bacteriemia Zero e Infección Quirúrgica Zero.
- Respuesta a las reclamaciones:
- Asesoramiento al SIAP por parte de la CMSP
 - Respuesta rápida a los reclamantes

INDICADORES

1. Uso Seguro del medicamento- Prescripción electrónica de antibióticos

Descripción: N° de unidades que prescriben antibióticos en formato electrónico/N° total de unidades que disponen de prescripción electrónica x 100

Fuente de datos: Servicio de Farmacia

Valor a alcanzar: 100%

Límite inferior: 90%. Límite superior: 100%

2. Uso Seguro del medicamento- Registro de caducidades

Descripción: N° de unidades con control de caducidades en el botiquín/N° total de unidades x 100

Fuente de datos: Servicio de Farmacia

Valor a alcanzar: 80%

Límite inferior: 80%. Límite superior: 100%

3. Cuidados seguros- úlcera de decúbito

Descripción: N° de unidades que registran la aparición de úlceras/N° total de unidades que disponen de prescripción electrónica x 100

Fuente de datos: Información de los propios servicios-Dirección de enfermería

Valor a alcanzar: 80%

Límite inferior: 80%. Límite superior: 100%

4. Seguridad en el bloque quirúrgico-Check list quirúrgico

Descripción: N° de unidades quirúrgicas que cumplimentan el check list >90% de IQ programadas/N° total de unidades quirúrgicas x 100

Fuente de datos: Unidad de Calidad

Valor a alcanzar: 90%

Límite inferior: 90%. Límite superior: 100%

5. Uso Seguro del medicamento- PROA

Descripción: N° de unidades adheridas al programa PROA/N° total de unidades clínicas x 100

Fuente de datos: Grupo PROA. Informe anual

Valor a alcanzar: 90%

Límite inferior: 90%. Límite superior: 100%

6. Control IRAS- NAVM

Descripción: NAVM/ N° días de vía aérea artificial x 1000

Fuente de datos: Registro ENVIN UCI

Valor a alcanzar: 9 %

Límite inferior: 8 %. Límite superior: 12 %

7. Control IRAS- Bacteriemia relacionada con catéter (BRC)

Descripción: BRC/ N° días de catéter x 1000

Fuente de datos: Registro ENVIN UCI

Valor a alcanzar: 4%

Límite inferior: 4%. Límite superior: 2%

8. Respuesta a las quejas y reclamaciones de los pacientes

Descripción: N° de quejas respondidas por el responsable del servicio al que se dirige la queja o reclamación/ n° total de quejas x 100

Fuente de datos: Informe del SIAP

Valor a alcanzar: 90%

Límite inferior: 90%. Límite superior: 100%

DURACIÓN

Las actividades comenzaron en el primer trimestre de 2017, y se mantendrán, al menos, hasta final de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0754

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL Sº DE CIRUGIA GENERAL Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA, PARA DERIVACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESTOMAS DIGESTIVOS DE ELIMINACION

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN DIARTE ABENIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE ESTOMATERAPIA (CIRUGIA)
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLER LANZUELA FRANCISCO
BUENO FENERO SARA
CORDOBA DIAZ DE LASPRA MARIA ELENA
MORENO SANZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se programaron una serie de reuniones del equipo de mejora a lo largo de noviembre/ diciembre 2016, en las que se pusieron en común ideas y propuestas de puesta en marcha del circuito.

Se redactaron 2 formatos de hojas de derivación a la consulta de estomaterapia:

1ª Hoja de derivación a la consulta prequirúrgica. Tras la toma de decisión de intervenir al paciente candidato a ser ostomizado, y al iniciar el proceso preoperatorio, se le deriva a la consulta de estomaterapia a través de una hoja de colaboración que incluye una serie de datos para marcar: motivo de la intervención, tipo de estoma que se le va a realizar, fecha aproximada de la cirugía... Esta hoja de colaboración es recogida por el personal auxiliar de la consulta de cirugía y entregada a la enfermera estomaterapeuta para su gestión y citación personal del paciente. Se procurará citar haciendo coincidir el día con el de alguna prueba preoperatoria, para facilitar la asistencia y optimizar la atención.

2ª Hoja de derivación a la consulta para captación de pacientes intervenidos de urgencia a los que se les realiza un estoma de eliminación, seguimiento de complicaciones, o reingresos por otros motivos de pacientes portadores de estomas, que precisen revisión por estomaterapeuta. Podrá ser cursada desde la consulta de cirugía general de la misma manera que la anterior, o desde cualquier servicio de hospitalización donde se encuentren ingresados estos pacientes, de la misma manera que se cursa cualquier hoja de colaboración. Si se requiere atención urgente, se podrá avisar al teléfono-busca de la unidad de estomaterapia.

3º Para el inicio de la educación sanitaria a pacientes intervenidos de manera programada, se acuerda que desde la secretaría de cirugía, se enviará el parte quirúrgico semanal a la unidad de estomaterapia, para que, teniendo constancia del ingreso, se realice el marcaje prequirúrgico el día previo a la intervención, y se inicie el programa de educación y atención al paciente ostomizado en los días sucesivos. Dicho parte se enviará a ser posible antes del jueves para poder programar la actividad con la suficiente antelación, y poder citar a los pacientes que ingresan en domingo.

Se acuerda también que los cirujanos avisarán del posible alta hospitalaria del paciente con la suficiente antelación para que sea posible programar las sesiones educativas a los pacientes, preparar el material e informe de alta de la enfermera estomaterapeuta.

Este material y acuerdos, se presentó a los cirujanos generales a través de dos cirujanos, y al personal de enfermería del servicio de cirugía general a través de los enfermeros de dicho servicio, integrantes del equipo del proyecto de mejora.
Se puso en marcha el circuito de derivación en diciembre 2016.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Realización del circuito: SI.

-Porcentaje de pacientes que van a ser sometidos a la realización de una ileostomía / colostomía en el HCU Lozano Blesa, que son derivados a la Unidad de Estomaterapia para la visita prequirúrgica. El porcentaje de pacientes derivados a la unidad para la visita prequirúrgica, es de alrededor de un 60%, siendo captado el resto a través de la recepción del parte de quirófano semanal en la unidad de estomaterapia.

-Porcentaje de pacientes sometidos a la realización de una ileostomía / colostomía en el HCU Lozano Blesa, que reciben atención por parte de la Unidad de Estomaterapia durante la hospitalización: la totalidad de pacientes intervenidos son atendidos por la enfermera de estomaterapia, de acuerdo a sus necesidades, por uno u otro método de derivación: hoja de colaboración, teléfono, busca.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Diversos estudios demuestran la importancia de la atención especializada previa a la intervención, así como del seguimiento a corto y largo plazo, para la mejora de la calidad de vida y prevención de complicaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0754

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL Sº DE CIRUGIA GENERAL Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA, PARA DERIVACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESTOMAS DIGESTIVOS DE ELIMINACION

Entre los pacientes sometidos a cirugía que conlleve la realización de un estoma de eliminación, se percibe que mejoran en su proceso de adaptación y aceptación de su nueva situación, cuando se realiza la visita prequirúrgica ambulatoria. Se aprecia también que el momento idóneo para realizarla, y cuando más provechosa resulta, es cuando se realiza al menos una semana antes de la intervención, y unos días después de la consulta médica en la que se le ha informado de la intervención.

Desde el equipo de mejora, se continuará trabajando para programar la consulta prequirúrgica en la unidad de estomaterapia ambulatoria en el mayor número de pacientes posible.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/754 ===== ***

Nº de registro: 0754

Título
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL Sº DE CIRUGIA GENERAL Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA, PARA DERIVACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESTOMAS DIGESTIVOS DE ELIMINACION

Autores:
DIARTE ABENIA MARIA CARMEN, SOLER LANZUELA FRANCISCO, BUENO FENERO SARA, SANCHEZ BUEY MILAGROS, ELIA GUEDEA MANUELA, CORDOBA DIAZ DE LASPRA MARIA ELENA, MORENO SANZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal, malformaciones, traumatismos.
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el HCU Lozano Blesa existe una unidad de estomaterapia para la atención a pacientes ostomizados. Diversos estudios demuestran la importancia de la atención especializada previa a la intervención, así como del seguimiento a corto y largo plazo, para la mejora de la calidad de vida y prevención de complicaciones. Actualmente no existe un circuito sistematizado de derivación de los pacientes a la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un flujograma de derivación entre el servicio de Cirugía General y la Unidad de Estomaterapia para pacientes:
- Que van a someterse a la realización de una ileostomía/ colostomía para la visita prequirúrgica (preparación, marcaje del estoma).
- Que han sido intervenidos, para el seguimiento y educación sanitaria durante la hospitalización, y al alta hospitalaria.
-Que habiendo sido intervenidos con anterioridad, precisen de atención especializada por parte de la Unidad de Estomaterapia.

MÉTODO
Se programará una reunión con el equipo de mejora a primeros de noviembre 2016, para poner en común ideas y propuestas de puesta en marcha del circuito.
Noviembre 2016: Información al resto de integrantes de la unidad de cirugía general (enfermeros / cirujanos coloproctología), del procedimiento de derivación elegido.
Diciembre 2016: Puesta en marcha del circuito.

INDICADORES
-Realización del circuito: SI/NO.
-Porcentaje de pacientes que van a ser sometidos a la realización de una ileostomía / colostomía en el HCU Lozano Blesa, que son derivados a la Unidad de Estomaterapia para la visita prequirúrgica.
-Porcentaje de pacientes sometidos a la realización de una ileostomía / colostomía en el HCU Lozano Blesa,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0754

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL Sº DE CIRUGIA GENERAL Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA, PARA DERIVACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESTOMAS DIGESTIVOS DE ELIMINACION

que reciben atención por parte de la Unidad de Estomaterapia durante la hospitalización.

DURACIÓN

Octubre/ Noviembre 2016: Elaboración del circuito y difusión del mismo.

Diciembre 2016: Puesta en marcha del circuito.

Marzo 2016: Evaluación.

OBSERVACIONES

Se valorará la realización de una hoja específica de solicitud de colaboración/ derivación a la Unidad de Estomaterapia.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1652

1. TÍTULO

GESTION DE PRACTICAS EN EL SECTOR III: ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO UNIFICADO QUE AGILICE Y GARANTICE SU SOLICITUD

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE MARTA CHARLO BERNARDOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE FORMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALTARRIBAS BOLSA ELENA
ESCRIBANO SANCHEZ IGNACIO
GUTIERREZ CIA ISABEL
CASCAN HERREROS MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas han sido la elaboración de un procedimiento de prácticas para centros públicos, otro para centros privados y un formulario de solicitud de prácticas dirigido al sector III.
Para la gestión de las prácticas esporádicas del sector III durante el año 2016 se ha utilizado por cada solicitud de prácticas el envío vía email del procedimiento correspondiente (público o privado) en formato pdf y el formulario de solicitud de prácticas en formato formulario de word.
Una vez recibido el formulario completo y la documentación necesaria para el desarrollo de las prácticas se ha finalizado la gestión mediante el envío del protocolo de gestión de prácticas correspondientes del Salud junto a su anexo para la firma del responsable de prácticas de la universidad o centro solicitante y el gerente adscrito al Sector III.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejora de la gestión y calidad de las prácticas esporádicas mediante el envío vía email del procedimiento estructurado en pasos bien definidos y el formulario correspondiente simplificando así los trámites y evitando una sobrecarga en la Unidad de Formación.

Indicadores:

Procedimiento y formulario elaborado: Si
Difusión del procedimiento a los centros públicos y privados solicitantes de prácticas esporádicas: Si
Utilización del procedimiento y formulario: Si
Fuente y método de obtención: realizado a través de procedimiento de prácticas esporádicas del Salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestro hospital como centro universitario imparte docencia y cada vez más a gran número de alumnos y residentes de diferentes procedencias (en cuanto a formación y lugares de origen). La gran diversidad en cuanto al tipo de prácticas, trámites a realizar, solicitud de documentación...ha hecho necesario y prioritario el haber formalizado un procedimiento de gestión de dichas prácticas con el fin de unificar y agilizar todos los pasos requeridos en una gestión adecuada de la actividad docente de todo el Sector III de Zaragoza.
Tras una valoración del proyecto sería opción de mejora, digitalizar el formulario en la wordpress de formación del Sector III para poder generar una base de datos automática y crear campos para que se pudiera adjuntar la documentación necesaria de forma que mejoraríamos en gran medida la agilidad en el trámite y solicitud de la documentación además de controlar la trazabilidad de todas las prácticas de manera automática.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1652 ===== ***

Nº de registro: 1652

Título
GESTION DE PRACTICAS EN EL SECTOR III: ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO UNIFICADO QUE AGILICE Y GARANTICE SU SOLICITUD

Autores:
CHARLO BERNARDOS MARTA, ALTARRIBAS BOLSA ELENA, CASCAN HERREROS MARIA PILAR, ESCRIBANO SANCHEZ IGNACIO, GUTIERREZ CIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1652

1. TÍTULO

GESTION DE PRACTICAS EN EL SECTOR III: ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO UNIFICADO QUE AGILICE Y GARANTICE SU SOLICITUD

Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: FORMACION

Línea Estratégica .: Otras

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos: FORMACION DE LOS PROFESIONALES

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Nuestro hospital como centro universitario imparte docencia, recibiendo anualmente a un gran número de alumnos y residentes de diferentes procedencias (en cuanto a formación y lugares de origen). La gran diversidad en cuanto al tipo de prácticas, trámites a realizar, solicitud de documentación.. hace necesario y prioritario formalizar un procedimiento de gestión de dichas prácticas con el fin de unificar y agilizar todos los pasos requeridos en una gestión adecuada de la actividad docente de todo el Sector III de Zaragoza.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la gestión y calidad de las prácticas mediante un procedimiento estructurado en pasos bien definidos con el fin de simplificar trámites y de esta manera evitar una sobrecarga innecesaria de trabajo en la Unidad de Formación del Sector III.

MÉTODO

Elaboración del procedimiento (en pasos estructurados) de solicitud de prácticas de alumnos y residentes procedentes de centros públicos y privados que incluya los protocolos de prácticas esporádicas ya existentes en el Salud indispensables para formalizar y autorizar dichas prácticas.

-Elaboración del formulario de solicitud de prácticas que estaría incluido en el procedimiento.

INDICADORES

- Procedimiento y formulario elaborado.
- Difusión del procedimiento a los centros públicos y privados solicitantes de prácticas esporádicas.
- Utilización del procedimiento y formulario.

DURACIÓN

Año 2016-2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0127

1. TÍTULO

CANAL URGENCIAS. CONTENEDOR DE ARCHIVOS MULTIMEDIA PARA FACILITAR LA INCORPORACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE TASIO PEÑA JIMENEZ
· Profesión TCAE
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EZQUERRA RODRIGO ANA
GRACIA ECHEVERRIA FERNANDO
DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA
FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA
AMORES ARRIAGA BEATRIZ
MIGUEL GIMENO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 6 video tutoriales:
-El circuito del paciente
-El vital
-Monitor zoll
-Bomba de perfusión Braun
-Bomba de jeringa Braun
-PCH barra de herramientas

Estos vídeos han sido instalados en diferentes ordenadores del servicio para su consulta, tanto por el personal del servicio como por el personal en prácticas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ha permitido dar a conocer el Servicio de Urgencias a los DUEs y TCAEs de nueva incorporación. Al no tener un contador de visualizaciones de los vídeos estos resultados y el impacto positivo se conocen por manifestación directa de los interesados. La valoración global y final de este proyecto no puede realizarse puesto que los vídeos siguen siendo visualizados continuamente al convertirse en un material de apoyo permanente en el servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por todo lo dicho anteriormente consideramos que este proyecto debe continuar ampliandose y actualizandose. Asimismo cabe resaltar que han sido las experiencias y el trabajo de los profesionales del servicio los que han servido de base para este material

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/127 ===== ***

Nº de registro: 0127

Título
CANAL URGENCIAS. CONTENEDOR DE ARCHIVOS MULTIMEDIA PARA FACILITAR LA INCORPORACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
PEÑA JIMENEZ TASIO, DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA, FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA, AMORES ARRIAGA BEATRIZ, EZQUERRA RODRIGO ANA, GARCIA ECHEVARRIA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0127

1. TÍTULO

CANAL URGENCIAS. CONTENEDOR DE ARCHIVOS MULTIMEDIA PARA FACILITAR LA INCORPORACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

PROBLEMA

El servicio de Urgencias se caracteriza por su gran dinamismo y complejidad debido a que en él se lleva cabo la atención de múltiples patologías con distinto nivel de gravedad en distintas áreas (Traumatología, Cirugía, Oftalmología, Pediatría, Psiquiatría, Atención médica, Atención ambulatoria y Vitales).

La plantilla de enfermería (TCAEs y DUEs) es amplia y constantemente llegan a este servicio, por múltiples causas, bajas, asuntos familiares, libranzas, vacaciones... personal de nueva incorporación que desconoce el funcionamiento de dicho servicio.

Actualmente a todo el personal que se incorpora, además de una explicación verbal por nuestra parte, se le facilita una guía de la organización del servicio en formato POWER junto con unas nociones básicas de cómo trabajar con PCH. Más adelante, en cuanto se puede, se les imparte un taller de dicha herramienta informática. A esto hay que añadir que cuando llevan unos meses en el servicio se les forma en TRIAJE y comienzan a clasificar.

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar, mejorar y agilizar la incorporación al Servicio de Urgencias de DUEs y TCAEs de nueva incorporación.

MÉTODO

Con la intención de mejorar y facilitar la incorporación de los profesionales mencionados a nuestro servicio, hemos pensado en la posibilidad de hacer uso de las nuevas tecnologías y filmar vídeos cortos explicativos del funcionamiento del servicio en general y luego por áreas.

Estos vídeos y sus contenidos serán grabados y editados por Tasio Peña (además de auxiliar de enfermería, técnico en imagen y sonido) y después supervisados por los responsables de calidad del servicio.

Dicho material audiovisual solamente podrá ser utilizado de forma privada dentro del servicio, no siendo de uso público.

INDICADORES

Encuesta de satisfacción a los profesionales de nueva incorporación en el servicio.

DURACIÓN

Fecha de inicio: octubre de 2016

Fecha de finalización: mayo de 2017

Se prevén realizar entre dos y tres vídeos al mes dependiendo del contenido.

Los vídeos se agruparán en tres grandes apartados:

1.- Video funcionamiento general

2.- Vídeos específicos de las distintas áreas

2.a) Clasificación/triaje

2.b) Vitales. Carros de paradas

2.c) Cirugía

2.d) Traumatología

2.e) Atención Médica

2.f) Pediatría

2.g) ORL

3.h) Oftalmología

3.- Vídeos aparatos

3.a) Desfibrilador

3.b) Respirador

3.c) Monitor

3.d) Torre de constantes

3.e) Bipap

3.f) Central de monitorización

3.g) Bisturí eléctrico

3.h) Bombas de perfusión

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0158

1. TÍTULO

EDEV DIAGNOSTICADA EN URGENCIAS. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU EVOLUCION TEMPORAL

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE JOSE ALBERTO GARCIA NOAIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JIMENEZ CASADO MERCEDES
MORENO JUSTE AIDA
ESPAÑA ARITA MILGIAM GEORGINA
FLAMARIQUE PASCUAL ALVARO
DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO
NAVARRO CALZADA JORGE
NAVARRO AGUILAR MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La población objeto de estudio han sido los pacientes diagnosticados como primera posibilidad de EDEV en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" durante los años 2015 a 2017. Se ha realizado un estudio retrospectivo recogiendo, además de los datos del proceso asistencial en nuestra Unidad de Urgencias (edad, sexo, nivel de prioridad en el triaje, área de atención, tipo de alta y servicio de destino del paciente), la presencia de factores de riesgo predisponentes: embarazo/puerperio (6 meses postparto), obesidad (IMC>30), encamamiento >4días, anticonceptivos o terapia hormonal sustitutiva, catéter venoso central, ACVA/IAM, infección aguda grave o sepsis, insuficiencia cardíaca clases III y IV, ?trauma o fractura en miembro inferior, diabetes mellitus, enfermedad inflamatoria intestinal activa, síndrome nefrótico, EPOC grave, neoplasia activa, quimioterapia recibida en los 30 días previos, trombofilia o síndrome antifosfolípido, EDEV o cirugía reciente previa; y la profilaxis adecuada con anticoagulantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo analizado se recogieron 588 pacientes, 384 con diagnóstico de TVP y 204 de TEP, siendo el 51,5% de sexo femenino y la edad media de 67,5 años. El nivel de prioridad asignado en el triaje fue con mas frecuencia el IV (55%) seguido del III (27%), II (29%), V (2,5%) y I (0,5%), El lugar de atención fue mayoritariamente el área de Atención Médica (65%), el 11,2% lo hicieron en la de Críticos y el 10,7% en la de Cirugía, precisando un 9,1% del total pasar a la Sala de Observación. El 51% de los enfermos requirió ingreso hospitalario, objetivando un 1,5% de fallecimientos. El servicio de destino con más ingresos fue Cirugía Vascular con un 29%, seguido de Medicina Interna con un 26% y Neumología con 20%. Un 16,6% de los sujetos precisó estancia en UCI. Al analizar los factores de riesgo predisponentes nos encontramos con los siguientes porcentajes: embarazo/puerperio (6 meses postparto) un 0%, obesidad (IMC>30) un 24%, encamamiento >4días un 21,5%, anticonceptivos o terapia hormonal sustitutiva un 2,5%, catéter venoso central un 1%, ACVA/IAM un 10,2%, infección aguda grave o sepsis un 1,5%, insuficiencia cardíaca clases III y IV un 5,6%, trauma o fractura en miembro inferior un 3%, diabetes mellitus un 15,8%, enfermedad inflamatoria intestinal activa un 0,5%, síndrome nefrótico un 0,5%, EPOC grave un 5,1%, neoplasia activa un 19,3%, quimioterapia recibida en los 30 días previos un 7,1%, trombofilia o síndrome antifosfolípido un 1%, EDEV previa un 13,7% y cirugía reciente un 3,5%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos nos permiten identificar posibles campos de actuación en la mejora de la tromboprofilaxis.

Es necesaria una autoevaluación continua.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/158 ===== ***

Nº de registro: 0158

Título
EDEV DIAGNOSTICADA EN URGENCIAS. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU EVOLUCION TEMPORAL

Autores:
GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO, JIMENEZ CASADO MERCEDES, MORENO JUSTE AIDA, ESPAÑA ARITA MILGIAM GEORGINA, FLAMARIQUE PASCUAL ALVARO, DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO, NAVARRO CALZADA JORGE, NAVARRO AGUILAR MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0158

1. TÍTULO

EDEV DIAGNOSTICADA EN URGENCIAS. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU EVOLUCION TEMPORAL

ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad tromboembólica venosa (EDEV) afecta cada año a 100 de cada 100.000 personas aproximadamente. Su prevalencia es menor en jóvenes (menos de 5 casos por cada 100.000 personas/año en menores de 15 años) pero se duplica según se va incrementando en 10 años la edad hasta llegar a un intervalo situado entre 450 y los 600 casos por 100.000 en personas con más de 80 años. Puede afectar a individuos sanos aunque lo más frecuente es que sea una complicación de otra enfermedad, especialmente cuando se trata de pacientes hospitalizados; de hecho, la prevalencia de TEP en ingresados se ha estimado sobre un 1% y la incidencia de TVP sin profilaxis entre un 10% y un 26 %.

En cuanto a los Servicios de Urgencia hospitalarios, la incidencia de EDEV se estima en 30 casos por 100.000 habitantes/año, siendo el 35% pacientes con TEP.

Según diferentes estudios, la mortalidad asociada a TVP oscila entre un 5 y un 10,5 %, la asociada a TEP entre un 14,7 y un 23%, y la de la EDEV se ha estimado en un 11,6%. La mortalidad hospitalaria global es de un 6,5-10 %. En cuanto a la causa de la mortalidad intrahospitalaria hay estudios que indican que la EDEV es una causa de muerte muy frecuente (5,5%-26%) y varía según el tipo de estudio y periodo de seguimiento realizado y dependiendo de que el paciente haya recibido o no tratamiento profiláctico. Cabe destacar que de los fallecidos por TEP, un 83% presentaban TVP en piernas y tan sólo el 19% de éstos habían presentado síntomas clínicos. Por tanto es muy importante la profilaxis primaria .

RESULTADOS ESPERADOS

1. Conocer cómo se realiza la atención en nuestra Unidad de Urgencias a los pacientes diagnosticados como primera opción de enfermedad tromboembólica venosa (EDEV), estableciendo cuál es su presión de demanda, qué maniobras diagnósticas y terapéuticas utilizamos, y cuál es el destino final de los mismos.
2. Identificar los factores de riesgo asociados que predisponen al desarrollo de la enfermedad tromboembólica venosa en estos enfermos y cuál es su peso desde el punto de vista epidemiológico.
3. Establecer posibles diferencias en el manejo del proceso asistencial y en la prevalencia de los diferentes factores de riesgo entre los dos componentes de la enfermedad tromboembólica venosa (EDEV): trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP).
4. Proponer medidas de mejora para reforzar la profilaxis primaria e intentar reducir la morbimortalidad.
5. Autoevaluación continua.

MÉTODO

La población objeto de estudio son los pacientes diagnosticados como primera posibilidad de EDEV en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" durante los años 2015 a 2017.

Se realizará un estudio retrospectivo recogiendo, además de los datos del proceso asistencial en nuestra Unidad de Urgencias (edad, sexo, nivel de prioridad en el triaje, área de atención, tipo de alta y servicio de destino del paciente), la presencia de factores de riesgo predisponentes: embarazo/puerperio (6 meses postparto), obesidad (IMC>30), ?encamamiento >4días, ?anticonceptivos o terapia hormonal sustitutiva, catéter venoso central, ACVA/IAM, infección aguda grave o sepsis, ?insuficiencia cardíaca clases III y IV, ?trauma o fractura en miembro inferior, diabetes mellitus, enfermedad inflamatoria intestinal activa, síndrome nefrótico, EPOC grave, ?neoplasia activa, quimioterapia recibida en los 30 días previos, trombofilia o síndrome antifosfolípido, EDEV o cirugía reciente previa; y la profilaxis adecuada con anticoagulantes.

INDICADORES

1. Informe de los datos asistenciales del proceso de la EDEV en nuestra Unidad
2. Informe de los factores de riesgo asociados detectados en el estudio
3. Propuesta de acciones de mejora

DURACIÓN

Se establece una duración inicial del proyecto de 1 año.
Presentación de resultados con propuestas de líneas de mejora a finales de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0158

1. TÍTULO

ETEV DIAGNOSTICADA EN URGENCIAS. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU EVOLUCION TEMPORAL

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0767

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN LAHOZA PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAENZ ABAD DANIEL
SANCHEZ BLASCO LAURA
MILLAN GALLIZO GUILLERMO
CAÑAMARES ORBIS PABLO
ALFARO ALMAJANO ENRIQUE
MURILLO DIAZ DE CERIO INES
ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han elaborado diferentes herramientas para facilitar el manejo homogéneo de las infecciones intraabdominales en Urgencias:

- Protocolos en formato bolsillo con las recomendaciones terapéuticas de cada tipo de infección
- Plantillas de dietas para los diferentes tipos de patología para pacientes dados de alta desde Urgencias
- Plantillas para incorporar a PCH con recomendaciones sobre cada patología
- Documentos adicionales de apoyo en el diagnóstico y manejo de algunas patologías más prevalentes de este tipo

Se ha realizado difusión y formación sobre estas herramientas entre los Médicos Residentes que realizan guardias de presencia física en la Unidad de Urgencias y en los Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El grado de aceptación del Proyecto ha sido muy satisfactorio entre los profesionales implicados en el manejo. Se han cumplido indicadores de proceso como la elaboración del material y la difusión del proyecto pero todavía no se dispone de datos suficientes para medir el cumplimiento de los indicadores de resultado incluidos en nuestro proyecto. Se pretende continuar con el mismo, llegando a su implantación definitiva y posterior medición de estos indicadores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración del material ha sido consensuada por un equipo formado por profesionales de Urgencias, Servicio de Cirugía General y Servicio de Aparato Digestivo y siguiendo la política del Grupo PROA de nuestro hospital así como sus directrices en política antibiótica. Se trata de un proyecto sostenible por este motivo y por no incrementar los costes económicos. Además, la aceptación ha sido muy positiva y como hemos comentado se prevé su finalización e implantación definitiva en próximos meses. No se han encontrado grandes dificultades ni amenazas relevantes en el diseño ni en la implantación y sí diferentes fortalezas y oportunidades de mejora entre las que destacaríamos el hecho de que incluye a un gran número de profesionales y permite llevar a cabo una actitud muy homogénea por todos ellos en el manejo de este tipo de infecciones.

7. OBSERVACIONES.

Adjuntamos en mail aparte dirigido al Coordinador de Calidad los documentos elaborados durante el desarrollo de este proyecto

*** ===== Resumen del proyecto 2016/767 ===== ***

Nº de registro: 0767

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Autores:
LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN, SAENZ ABAD DANIEL, MURILLO DIAZ DE CERIO IRACHE INES, ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA TERESA, SANCHEZ BLASCO LAURA, MILLAN GALLIZO GUILLERMO, ALFARO ALMAJANO ENRIQUE, CAÑAMARES ORBIS PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0767

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Homogeneización de manejo de patología entre Servicios implicados

PROBLEMA

Del total de asistencias realizadas en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), un 1% (2% si consideramos la gastroenteritis) son por infecciones intraabdominales (IIA) (hepatobiliares (43.8%), apendicitis (28.6%) y diverticulitis (22.4%). Además, un 50% precisan ingreso y un 20% asocian sepsis. Resulta difícil homogeneizar su manejo y crucial optimizar la utilización empírica de antibióticos. Aunque la concienciación de los Médicos de Urgencias sobre la importancia en la elección del antibiótico y en la toma de muestras previas a su inicio es creciente, existe todavía importante opción de mejora en ambos aspectos. Los principales problemas identificados en el manejo de las IIA en el SUH de nuestro Hospital, coincidentes con trabajos publicados en otros hospitales son:

- a) Heterogeneidad en la elección del antibiótico.
 - Inadecuada selección de tratamiento empírico con utilización creciente de carbapenémicos y fármacos con actividad antipseudomónica sin valoración reglada de su indicación
 - Sobreutilización de quinolonas aun con tasas altas de resistencias de las enterobacterias.
 - Uso de antibióticos en procesos sin indicación
- b) Falta de planificación en el informe sobre la duración recomendada del tratamiento
- c) Inadecuada solicitud de pruebas para diagnóstico microbiológico

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejoría y homogeneidad en la elección del antibiótico
- Mayor planificación en la duración del mismo
- Mejoría en toma muestras microbiológicas
- Mejoría en la comunicación y unificación de criterios entre Servicios

MÉTODO

- a) Elaboración de herramientas para facilitar el manejo homogéneo de las IIA:
 - Creación y distribución de algoritmos terapéuticos para cada tipo de IIA con formato bolsillo y póster, cuyo contenido irá en la línea de la política antibiótica del Hospital.
 - Inclusión de textos predefinidos en el PCH con recomendaciones (dietéticas, duración del tratamiento, signos de alarma, planificación de seguimiento...) para el informe del paciente.
- b) Actividades formativas
 - Sesión clínica dirigida a Facultativos del SUH y a MIR para informar sobre el proyecto, presentar las herramientas de apoyo y distribuir los dípticos de bolsillo.
 - Sesión clínica para Facultativos de Urgencias y MIR con presentación de casos clínicos reales y discusión de su manejo
 - Sesiones diarias de 10 minutos en el cambio de guardia en Urgencias (14:30) durante 2 semanas para consolidar la vigencia del proyecto.
 - Sesión clínica dirigida al personal de Enfermería para enfatizar en la importancia de la toma de muestras biológicas para cultivo
 - Sesión clínica en los Sos de Digestivo y Cirugía (Facultativos y MIR) para informar sobre la actividad y presentarla, poniendo en valor la necesidad retroalimentación con ellos conforme avance el proyecto

INDICADORES

- Indicadores de proceso
- Número de sesiones formativas programadas que han sido impartidas (control de firmas para asistencia)
 - Disponibilidad de algoritmos de manejo de cada patología en formato de bolsillo y póster elaborados por el Grupo

Indicadores de resultado

- Proporción de pacientes dados de alta del SUH con una IIA cuyo tratamiento antimicrobiano concuerda con el recomendado en el algoritmo diseñado (Objetivo > 70%)
- Proporción de pacientes dados de alta del SUH con diagnóstico de gastroenteritis sin tratamiento antibiótico (objetivo > 90%)
- Proporción de pacientes atendidos en Urgencias por una IIA que precisan ingreso
- Proporción de pacientes atendidos en Urgencias por una IIA que pasan a Sala de Observación
- Proporción de pacientes atendidos en Urgencias por una IIA dados de alta desde Urgencias
- Proporción de pacientes con IIA dados de alta desde Urgencias que consultan por el mismo motivo en las siguientes 72 horas
- Proporción de pacientes dados de alta desde Urgencias con diverticulitis aguda en los que figura la duración prevista de antibiótico (objetivo > 70%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0767

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

- Proporción de pacientes atendidos por una IIA en los que se utilizan quinolonas en el tratamiento empírico (objetivo disminuir un 40% (Pre vs Post actividad))
- Proporción de pacientes en los que se prescribe algún fármaco con actividad antipseudomónica sin criterios reales para ello (objetivo disminuir un 20% (Pre vs Post actividad))
- Proporción de pacientes a los que se les inicia tratamiento antimicrobiano para una IIA sin extracción previa de muestras para cultivo (objetivo < 20%)
- Grado de satisfacción de los profesionales con la actividad, medido mediante encuestas anónimas

DURACIÓN

Duración: 12 meses

- Elaboración de las herramientas de ayuda (textos predefinidos y protocolos) e impresión en los diferentes formatos (bolsillo y póster) (octubre a diciembre de 2016)
- Recopilación de datos de muestra de pacientes pre-actividad (diciembre 2016)
- Difusión y formación (inicio en enero de 2017)
- Medición de indicadores al finalizar el proyecto
- Comunicación de los resultados en sesiones informativas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0845

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Fecha de entrada: 01/01/2018

2. RESPONSABLE CAROLINA VALIENTE MARTINEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SIERRRA BERGUA BEATRIZ
SANCHEZ BERNAL JAVIER
RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE
GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA
GARCIA TOVAR MARIA
HORNA OREJA OIANA
SANJOAQUIN CONDE ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto de mejora pretendía mejorar el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) en el Servicio de Urgencias, y para conseguirlo se propuso, por una parte, la realización de actividades formativas y, por otra, la elaboración de materiales de ayuda que facilitarían su manejo.

A) ACTIVIDADES FORMATIVAS:

Impartidas por parte de los miembros del equipo de mejora y dirigidas a adjuntos y residentes que realizan guardias en el Servicio de Urgencias del HCU Lozano Blesa, o que colaboran con él y están implicados en el manejo de este tipo de infecciones.

Se llevaron a cabo todas las actividades programadas inicialmente excepto una.

- Sesiones en el Servicio de Urgencias, dos sesiones:

- 1 de diciembre, Carolina Valiente (adjunto de Urgencias): sesión dirigida a presentar la actividad de mejora y a dar difusión a la "Guía de tratamiento antimicrobiano" del hospital, en la parte que concierne a las IPPB. Esta sesión se centró en el manejo de las infecciones no complicadas.
- 2 de marzo, Azucena Gonzalo (cirujano general): sesión enfocada al manejo de las infecciones complicadas y en la que se destacó la importancia de su reconocimiento precoz y la necesidad de hacer una valoración inmediata por parte de los servicios quirúrgicos.

- Sesiones en el Servicio de Dermatología, dos sesiones: impartidas por Javier Sánchez (residente de Dermatología), el 26 de enero y el 21 de septiembre, con contenido similar a las del Servicio de Urgencias.

- Sesiones a los residentes: sesiones de 10 minutos a los residentes que inician su guardia en el Box de Cirugía de Urgencias. Todos los días, al inicio de la guardia, durante dos semanas (desde el 17 de abril al 2 de mayo). Sesiones impartidas por Carolina Valiente, Beatriz Sierra o Francisco Ruiz (adjuntos de Urgencias), en las que se hacía un repaso rápido del manejo de las IPPB mediante el uso de un check list.

- No se ha llegado a realizar la sesión planteada al personal de Enfermería del Servicio de Urgencias, que tenía por objeto profundizar en la obtención de muestras para cultivo y en las medidas higiénicas y posturales.

B) HERRAMIENTAS DE AYUDA:

- Check-list o lista de comprobación en IPPB, similar a las realizadas para otras patologías infecciosas. Herramienta útil para guiarnos de manera ordenada y rápida en el manejo de estas infecciones. Elaborado por la Dra. Beatriz Sierra en marzo de 2017 y utilizada en las sesiones impartidas a los residentes.
- Prerredactado de órdenes de cuidados y tratamiento al alta de la celulitis y erisipela, para su inclusión en el sistema de historia clínica de Urgencias (PCH) . Elaborado por Carolina Valiente en mayo de 2017. Todavía no se ha incorporado al PCH, por lo que, en su defecto, se ha optado por la colocación de unos sencillos carteles en los boxes de cirugía del servicio de Urgencias con objeto de recordar la importancia de las medidas no farmacológicas en el tratamiento de las IPPB.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados que se esperaban conseguir con este proyecto, eran, entre otros:

- mejorar la identificación de las IPPB
- mejorar la selección del tratamiento antimicrobiano
- mejorar la toma de muestras y medidas higiénicas y posturales
- mejorar la comunicación entre los facultativos que forman parte del proceso.

Y los indicadores propuestos:

- Número de visitas a la sección de IPPB de la "Guía de tratamiento antimicrobiano" de la intranet del hospital. Medición antes y después de realizar actividades formativas. Objetivo aumento > 20%.
- Porcentaje de pacientes con IPPB en los que el tratamiento al alta del SUH concuerda con el recomendado en la Guía del hospital. Objetivo > 70%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0845

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

- Porcentaje de casos tratados en la sala de observación o ingresados en los que se realiza marcado de bordes de lesión. Objetivo > 50%.
- Porcentaje de pacientes dados de alta con el diagnóstico de IPPB en cuyo informe constan recomendaciones higiénico-dietéticas al alta. Objetivo > 70%.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Para la medición de estos indicadores se creó un registro con los pacientes mayores de 14 años atendidos por infecciones de piel y partes blandas en el Servicio de Urgencias del HCU Lozano Blesa desde el 1 de diciembre de 2016 hasta el 30 de noviembre del 2017.

Los pacientes inicialmente incluidos fueron aquellos cuyo diagnóstico al alta, según el registro de pacientes de historia informatizada de Urgencias (PCH), era cualquiera de los siguientes:

- "absceso en la piel" u otros abscesos de diversas localizaciones (p.ej. "absceso en los dedos de la mano", "absceso en el tronco"...))

- "panadizo"

- "celulitis"

- "erisipela"

- "impétigo"

- "fascitis necrotizante"

- "quistes pilonidal con absceso"

- "quistes sebáceos sobreinfectados"

- "infecciones de la piel"

- "úlceras de decúbito de evolución tórpida"

- "seroma posquirúrgico sobreinfectado"

- "revisión de herida quirúrgica"

- también se incluyó el diagnóstico de "mordedura", tanto humana como animal, que, si bien no es propiamente una IPPB, su manejo sí está relacionado con ésta y está incluida en el capítulo de IPPB de la "Guía de Tratamiento Antimicrobiano" del hospital.

Se excluyeron los diagnósticos de:

- "celulitis periorbitaria"

- "pie diabético" o "pie diabético complicado".

Aunque el pie diabético no fue una patología explícitamente excluida en la propuesta inicial del plan de mejora, consideramos que su manejo sobrepasa lo planteado para este proyecto. Es una patología compleja, en la que hay otros mecanismos de lesión involucrados además de los infecciosos, de difícil evaluación a través de la historia del PCH, y que en nuestro hospital tiene un manejo muy específico por parte del Servicio de Angiología y Cirugía Vasculosa.

En cuanto a la infección de la herida quirúrgica, la mayor parte de estos episodios quedaron finalmente excluidos para su valoración. Estas infecciones están codificadas bajo el muy impreciso término de "revisión de herida quirúrgica". En este diagnóstico están incluidas situaciones muy heterogéneas, muchas de etiología no infecciosa, cuya revisión, dado su gran volumen, se ha desestimado. Sólo se decidieron incluir para su revisión aquellas infecciones de herida quirúrgica subsidiarias de ingreso, de número más reducido. Para ello se revisaron los episodios con este diagnóstico que precisaron ingreso y en los que, tras revisar la historia de Urgencias, se concluyó que el motivo del éste era la infección de la herida.

Por último, en las "infecciones de la piel" sólo se consideraron para su inclusión aquellos episodios que, tras revisión de la historia clínica de Urgencias, eran compatibles con los diagnósticos arriba señalados, excluyendo otros como dermatofitosis, herpes, etc.

MUESTRA:

El número de episodios de IPPB registrados desde el 1 de diciembre de 2016 hasta el 30 de noviembre de 2017, con los criterios previamente expuestos, fue de 1344, con una media de 111,37% episodios al mes.

No obstante, para el cálculo de los indicadores, se recogieron únicamente los datos de los pacientes atendidos en los últimos 6 meses, desde el 1 de junio al 30 de noviembre de 2017, momento en el que habían finalizado casi todas las actividades proyectadas. El número de episodios finalmente evaluados (desde junio a noviembre) fue de 592, con una media de 98,66 pacientes al mes.

VARIABLES:

Las variables registradas para cada episodio fueron el diagnóstico al alta según registro en PCH, la ubicación del paciente (p.ej. Sala de Observación, Atención Médica...), el destino del paciente (ingreso, domicilio, éxitos o traslado), el tratamiento realizado o prescrito (antibiótico e instrumental), el registro en la historia del marcado de los bordes de la lesión (sólo si el paciente quedaba en Sala de Observación o ingresaba) y el registro de las recomendaciones higiénico-dietéticas en el informe de alta (sólo para pacientes cuyo destino era domicilio).

MÉTODO:

Los datos fueron recogidos por la responsable del proyecto, Carolina Valiente, mediante la revisión de manera retrospectiva de las historias clínicas electrónicas en PCH y los datos disponibles en los diversos sistemas de información de intranet del hospital (informes de alta hospitalaria, registro de enfermería en Gacela...). También se revisaron ocasionalmente a través de la HCE del Sistema Aragonés de Salud los contactos con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0845

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Atención Primaria relacionados con estos episodios.

Todos los datos fueron recogidos y procesados mediante el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciencia), versión 22.0.

RESULTADOS:

Como ya se ha expuesto anteriormente, el número de episodios de IPPB registrados desde el 1 de junio al 30 de noviembre de 2017, fue de 592, con una media de 98,66 pacientes al mes.

En cuanto a la distribución de los diagnósticos, la frecuencia relativa de éstos fue: "celulitis" o "erisipela" 27,95%, "abscesos" 24,80%, "quiste sebáceo sobreinfectado" 7,48%, "quiste pilonidal con absceso" 5,11%, "panadizo" 7,48%, otras "infecciones de la piel" 7,87%, "impétigo" 3,93%, "seroma postquirúrgico infectado" o "revisión de herida quirúrgica" (incluyendo solo herida quirúrgica infectada subsidiaria de ingreso) 1,18%, "úlceras por decúbito de evolución tórpida" 1,18%, "fascitis necrotizante" 0'39% y "mordeduras" 12,59%.

El porcentaje de pacientes ingresados fue el 11,33% de los casos atendidos.

En cuanto al resultado de los indicadores:

- Número de visitas a la sección de IPPB de la "Guía de tratamiento antimicrobiano" de la intranet del hospital. Medición antes y después de realizar actividades formativas. Objetivo aumento > 20%.

Resultado: no realizado

Este indicador no ha podido ser calculado porque, previo a su medición, en octubre de 2017, se cambió la "Guía de tratamiento antimicrobiano" de la intranet del hospital. Existía un contador de visitas en cada página, pero, tras la modificación de la guía, los datos de meses previos dejaron de estar accesibles.

- Porcentaje de pacientes con IPPB en los que el tratamiento al alta del SUH concuerda con el recomendado en la "Guía de tratamiento antimicrobiano" del hospital.

Objetivo > 70%.

Resultado: 71,47%.

Para su cálculo sólo se tuvieron en cuenta los pacientes dados de alta desde el Servicio de Urgencias (se excluyeron aquellos que ingresaron). La decisión sobre la adecuación del tratamiento, fue realizada por parte del responsable del proyecto tras valoración detallada de la información clínica disponible. Se consideraron adecuados los tratamientos ajustados a las nuevas recomendaciones de tratamiento de las IPPB, aún no publicadas pero sí difundidas en las sesiones, así como, durante los primeros meses, aquellos tratamientos concordantes con la guía aún vigente en la intranet del hospital. La nueva guía se publicó en octubre.

- Porcentaje de casos tratados en la sala de observación o ingresados en los que se realiza marcado de bordes de lesión.

Objetivo > 50%.

Resultado: 45,45%

Para su cálculo sólo se tuvo en cuenta aquellos pacientes subsidiarios de observación hospitalaria, bien en Sala de Observación, bien en planta. Además este indicador sólo se valoró en aquellos pacientes en los que había afectación difusa de la piel, celulitis o erisipela, en el que el marcado de los bordes es una buena herramienta para valorar de manera objetiva la evolución de la lesión. Aunque no se consiguió el objetivo previsto, tras comentar el caso entre los distintos miembros del equipo de mejora, nuestra impresión subjetiva, es que este hecho frecuentemente no queda registrado en la historia clínica y su cumplimentación es mayor de la registrada.

- Porcentaje de pacientes dados de alta con el diagnóstico de IPPB en cuyo informe constan recomendaciones higiénico-dietéticas al alta.

Objetivo > 70%.

Resultado 74,03%

Para su cálculo se han tenido en cuenta los paciente dados de alta desde el Servicio de Urgencias con el diagnóstico de celulitis o erisipela. Para estos pacientes es para los que está diseñado el preredactado de las órdenes de tratamiento al alta. Se consideraron como válidos aquellos episodios en cuyo informe de alta había al menos una recomendación higiénico-dietética: elevación de extremidad, vendaje semicompresivo, tratamiento o prevención de tinea pedis u otras medidas dirigidas a disminuir los edemas crónicos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora respecto a la cumplimentación y los resultados del proyecto es favorable. Se han realizado casi todas las actividades previstas y los resultados conseguidos cumplen los objetivos planteados. Cabe destacar la colaboración entre los Servicios de Cirugía, Dermatología y Urgencias, con una actitud más proactiva por parte de todos ellos. Los pacientes graves han sido adecuadamente identificados y tratados precozmente. En los pacientes ingresados con infecciones graves de piel y tejidos blandos, no se ha identificado ningún caso el que la mala evolución pueda atribuirse a una demora en el drenaje o desbridamiento inmediato de las lesiones cuando así lo requerían. Por otra parte, respecto al tratamiento antibiótico al alta, observamos una alta adhesión a la guía del hospital, que contrasta con el excesivo uso de amoxicilina-clavulánico que se observó en el estudio realizado previamente al diseño de este proyecto (hasta 62% en pacientes ambulatorios). Aún cabe margen de mejora, especialmente en los pequeños abscesos, que muchas veces

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0845

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

sólo requirieren drenaje y en los que se prescribe antibiótico con más frecuencia de lo necesario (hasta un 18% de los casos), casi siempre amoxicilina/clavulánico. Queda por destacar la mejora al alta en las recomendaciones de tratamiento no farmacológicas, dirigidas a disminuir la inflamación y evitar recidivas y frecuentemente olvidadas.

El proyecto es fácilmente replicable, repitiendo las actuaciones realizadas. En cuanto a posibles mejoras, creo que sería beneficioso una mayor intervención sobre los residentes. Una manera sencilla de llegar a un mayor número de ellos, sería dar una sesión sobre IPPB, similar a las dadas en los Servicios de Urgencias y Dermatología, dentro del programa habitual de sesiones matinales que tienen de la Unidad Docente. En el futuro también sería deseable implementar actuaciones dirigidas a los servicios de Angiología y Cirugía Vascul y Traumatología, sobre los que no se ha actuado y que manejan una parte considerable de las IPPB.

7. OBSERVACIONES.

Ayer envíe otra versión de la memoria del proyecto con ligeras variaciones. La envíe por duplicado (por error). Ruego las descarten. Esta es la definitiva. Gracias

*** ===== Resumen del proyecto 2016/845 ===== ***

Nº de registro: 0845

Título
PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Autores:
VALIENTE MARTINEZ CAROLINA, SIERRA BERGUA BEATRIZ, SANCHEZ BERNAL JAVIER, GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA, GARCIA TOVAR MARIA, HORNA OREJA OHIANA, SANJOAQUIN CONDE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología: También incluye patologías con otro Grupo Código CIE: Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) son un grupo heterogéneo de infecciones que afectan a piel y anejos cutáneos, tejido celular subcutáneo, fascias y músculo estriado. Representan el 5-17% de las visitas a los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) y originan la prescripción de gran número de antibióticos.

Las oportunidades de mejora en el manejo de las IPPB en el ámbito del SUH, así como las barreras que dificultan su implementación, han sido identificadas por los miembros del equipo de trabajo a través de la revisión de 103 pacientes con este diagnóstico atendidos en el SUH del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa durante 2015, así como mediante una posterior aproximación estructurada a los problemas existentes siguiendo la metodología sugerida por Flottorp et al.

Los principales problemas identificados en el manejo de las IPPB fueron:

- 1) Sobrediagnóstico, confundiendo frecuentemente IPPB con trombosis venosa profunda, edemas y eczema de estasis.
- 2) Inadecuada identificación de la gravedad y monitorización de la evolución de la infección, con escasa utilización de técnicas sencillas como el marcado de los bordes de la lesión y de escalas como el LRINEC, útil para identificar infecciones potencialmente graves.
- 3) Inadecuado diagnóstico microbiológico, con solicitud de pruebas inadecuadas, empleando de forma casi exclusiva la recogida de muestras mediante frotis con torunda.
- 4) Inadecuada selección de tratamiento antibiótico empírico, con uso indiscriminado de amoxicilina-clavulánico, tanto en pacientes ambulatorios como ingresados (65,2% y 38% respectivamente), pese a no ser, salvo excepciones, el tratamiento inicial de elección.
- 5) Excesiva duración del tratamiento antibiótico: la duración media en pacientes ambulatorios fue de 8,4 días, cuando, en celulitis no complicadas, 5 días de tratamiento antibiótico parecen ser tan efectivos como 10.
- 6) Deficiente aplicación de medidas higiénico-dietéticas y posturales (p. ej. elevación del miembro afectado): no se indicó ninguna medida de este tipo en el 49,3% de los pacientes tratados ambulatoriamente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0845

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Las principales barreras percibidas fueron las relacionadas con la falta de información del personal médico, la sobrecarga asistencial, la escasa comunicación e interacción entre los distintos niveles asistenciales, así como la falta de monitorización y de feedback a los profesionales sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejoría en la identificación de IPPB
- Mejoría en la selección del tratamiento antimicrobiano
- Mejoría en toma muestras y medidas higiénicas y posturales
- Mejoría en la comunicación entre los facultativos que forman parte del proceso

MÉTODO

a) Herramientas de ayuda al manejo de las IPPB:

- Elaboración de una lista de verificación con los principales aspectos que el facultativo debe decidir durante el abordaje de las IPPB. Responsable: Beatriz Sierra
- Realización de un preredactado en el sistema de historia clínica de Urgencias (PCH) de órdenes de cuidados y tratamiento al alta, facilitando al facultativo la tarea de recordar y aconsejar al paciente sobre los cuidados idóneos para su patología. Responsable: Carolina Valiente.

b) Actividades formativas:

- Sesiones (2) dirigidas a los médicos y enfermeras del SUH, con el objeto de presentar la actividad de mejora y de dar difusión a la guía de tratamiento antimicrobiano de IPPB del hospital. Estructuradas a partir de casos clínicos reales. Responsable: Carolina Valiente y Azucena Gonzalo.
- Sesiones a los residentes que hacen guardias en el SUH, con una duración prevista de 10-15' y que se repetirán diariamente durante 2 semanas al inicio de la guardia. Responsables: Carolina Valiente, Beatriz Sierra, Francisco Ruiz.
- Sesión a personal de enfermería del SUH con el objetivo de profundizar en la obtención de muestras para cultivo y en las medidas higiénicas y posturales. Responsable: María García.
- Sesiones (2) en el Servicio de Dermatología, el más demandado a la hora de valorar estas patologías, con un enfoque similar a la planteada en el SUH. Responsable: Javier Sánchez.

INDICADORES

- Número de visitas a la sección de IPPB de la "Guía de tratamiento antimicrobiano" de la intranet del hospital. Medición antes y después de realizar actividades formativas. Objetivo aumento > 20%.
- Porcentaje de pacientes con IPPB en los que el tratamiento al alta del SUH concuerda con el recomendado en la Guía del hospital. Objetivo > 70%.
- Porcentaje de casos tratados en la sala de observación o ingresados en los que se realiza marcado de bordes de lesión. Objetivo > 50%.
- Porcentaje de pacientes dados de alta con el diagnóstico de IPPB en cuyo informe constan recomendaciones higiénico-dietéticas al alta. Objetivo > 70%.

DURACIÓN

- Duración del proyecto: 12 meses (octubre 2016-octubre 2017).
- Inicio de sesiones: diciembre 2016
- Elaboración de lista de verificación y hoja de recomendaciones al alta: octubre 2016
- Medición de indicadores: septiembre 2017
- Sesiones informativas sobre resultados: noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0359

1. TÍTULO

APLICACION DE UN FORMATO INFORMATIVO DE RECOGIDA DE DATOS, PARA LOS PACIENTES AFECTOS DE DISFUNCION ERECTIL, SOMETIDOS A TEST DE DROGAS VASOACTIVAS, DE CARA A SU UTILIZACION CON FINES TERAPEUTICOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO MONZON ALEBESQUE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
UCAR TERREN ALBERTO
MARTIN MONTAÑES MANUEL
CEITEGUI COSCOLLA BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nuestro proyecto, se puso en marcha el 19/10/2016, tras la elaboración de una base de datos específica, que denominamos "disfunción eréctil" en el programa File Maker Pro, de uso ya habitual en nuestro medio en otras unidades de trabajo, que permite la elaboración de las fichas de cada paciente desde nuestro puesto de trabajo habitual, así como la revisión e impresión de las mismas mediante acceso, desde otros lugares de trabajo, a los archivos remotos del mencionado programa.
La ficha básica fue de costosa elaboración pues intentamos que en una sola pantalla figurase toda la información relevante del paciente, que sirviese inicialmente para saber sus antecedentes, la indicación correcta de la prueba a realizar y los resultados de la misma, de una forma simple rápida y precisa.
Consta de unos datos de filiación básicos del paciente, como son el nombre y apellidos, edad, número de la Seguridad Social, número de historia clínica y fecha de la prueba. Hacemos constar asimismo desde que consulta específica se remite al paciente, para remitir en su caso el informe preceptivo de resultados y quien realiza la prueba en cuestión.
Un apartado especialmente complejo aunque muy útil es el de los antecedentes personales del paciente, donde aparecen las causas más frecuentes y reconocidas en nuestro medio como causantes de disfunción eréctil, que se han de marcar con una cruz, dejando un apartado para otros, donde se pueden teclear a mano patologías causales pero poco habituales.
Un anexo a este apartado, recoge las experiencias previas del paciente con drogas vasoactivas así como el resultado de las mismas..
En el siguiente apartado figura la prueba a realizar de las 3 habituales, a saber, test de PGE1, test de Gittes y test de Alprostadilo transmeático, así como las dosis de los mismos que se emplean en cada caso. Un casillero anexo nos sirve para recoger la impresión subjetiva del realizador sobre las dificultades de ejecución del test. Lógicamente tras estos datos y posteriormente a la realización de la prueba, anotamos los resultados relativos a la repuesta eréctil conseguida, de boca del paciente durante la revisión diferida a la realización del test. Los apartados finales recogen en un desplegable la interpretación de resultados de la prueba, así como el tratamiento sugerido en base a esos resultados y el deseo del paciente al respecto.
Hemos empleado este sistema de trabajo de forma habitual desde octubre de 2016, todos los miércoles útiles a lo largo del año, sin otros problemas que alguna avería informática eventual, que nunca ha puesto en peligro la base de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos recogido datos durante el periodo comprendido entre el 19/10/2016 y el 11/10/2017 correspondientes a 187 pruebas, de un total de 123 pacientes, pues en un 30% de los casos aproximadamente, la prueba se repite al paciente o se realiza otra prueba alternativa diferente, en función de los resultados de la primera.
Este formato como hemos comentado ha resultado sumamente práctico para nuestro trabajo habitual y permite revisar los datos con una gran facilidad.
La aplicación de este proyecto no ha supuesto desembolso alguno para el hospital, ni para el servicio de Urología ni para la unidad de Andrología, pues hemos empleado recursos propios y un programa informático de uso ya habitual en nuestro medio como es el File Maker Pro.
Seguimos con el proyecto en su segundo año de desarrollo sin problemas y sin modificaciones relevantes en la ficha de de datos, que sigue permitiendo una recogida de los mismos rápida y normalizada y que se ha convertido en una herramienta cotidiana más en nuestro trabajo diario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creo que estamos consiguiendo los objetivos marcados iniciales que no eran otros que el empleo sistemático de una base de recogida de datos por parte de todos los miembros de la unidad de Andrología, que permite la consulta rápida de los mismos y su valoración y elaboración de cara a la realización de comunicaciones a congresos y de publicaciones de la especialidad.
Quedaría para un proyecto posterior, la implicación de nuestra base de datos con la elaboración de los informes preceptivos tanto para atención primaria como para inspección de área, con el objetivo de simplificar los trámites burocráticos relativos a la prescripción farmacológica en disfunción sexual.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0359

1. TÍTULO

APLICACION DE UN FORMATO INFORMATIVO DE RECOGIDA DE DATOS, PARA LOS PACIENTES AFECTOS DE DISFUNCION ERECTIL, SOMETIDOS A TEST DE DROGAS VASOACTIVAS, DE CARA A SU UTILIZACION CON FINES TERAPEUTICOS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/359 ===== ***

Nº de registro: 0359

Título
APLICACION DE UN FORMATO INFORMATIVO DE RECOGIDA DE DATOS, PARA LOS PACIENTES AFECTOS DE DISFUNCION ERECTIL, SOMETIDOS A TEST DE DROGAS VASOACTIVAS, DE CARA A SU UTILIZACION CON FINES TERAPEUTICOS

Autores:
MONZON ALEBESQUE FRANCISCO, UCAR TERREN ALBERTO, MARTIN MONTAÑES MANUEL, CEITEGUI COSCOLLA BEGOÑA, TIMON GARCIA ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Hombres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DISFUNCION SEXUAL DEL VARON
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

LA DISPARIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PROVOCACION DE ERECCION INDUCIDA POR DROGAS VASOACTIVAS EN LOS PACIENTES CON DISFUNCION ERECTIL, HACE DIFICIL SU ESTANDARIZACION DE CARA A UNIFICAR LOS RESULTADOS DE LOS MISMOS.

RESULTADOS ESPERADOS

PODER ACCEDER A UNA INFORMACION DE RESULTADOS HOMOLOGABLE, ESTANDARIZADA Y DISPONIBLE EN INTRANET

MÉTODO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DONDE SE RECOJAN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DEL PACIENTE, TIPO DE PRUEBA APLICADA (TEST DE PGE 1, TEST DE GITTES O ALPROSTADILO TRANSMEÁTICO CON VIRIREC), Y RESULTADOS HOMOLOGABLES.

INDICADORES

RESPUESTA AL TEST DE ERECCION (ESCALA DE 1 A 10).
FLUJOS VASCULARES MEDIANTE ECO-DOPPLER EN PACIENTE NO RESPONDEDORES

DURACIÓN

COMIENZO EL 1/10/2016
FINALIZACIÓN EL 1/10/18

REALIZACION DE 5 TEST DE ERECCIÓN, EN SUS DISTINTAS MODALIDADES, TODOS LOS MIERCOLES LECTIVOS EN LA UNIDAD DE ANDROLOGÍA, PLANTA -1

OBSERVACIONES

NO

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0360

1. TÍTULO

PROYECTO DE REHABILITACION PRECOZ PENEANA DE CARA A LA CPNSERVACION/RECUPERACION DE LA FUNCION ERECTIL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA RADICAL PELVIANA UROLOGICA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ALBERTO UCAR TERREN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONZON ALEBESQUE FRANCISCO
MARTIN MONTAÑES MANUEL
CEITEGUI COSCONA BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de un protocolo de seguimiento, en base a la cronología de la intervención.
Concienciación de todo el Servicio de Urología, para conocer y cumplir este protocolo de estudio, mediante charlas y sesiones internas.

Elaboración de un cronograma y un sistema de recogida de datos previos y posteriores a la Prostatectomía Radical, utilizando índices de valoración de función eréctil (IIFE-5, SEP 2 y 3, SQED) y valoración de comorbilidades de Carlson. Valoración morfométrica peneana en cada visita

Inicio de una pauta de Rehabilitación peneana y seguimiento de la misma, durante 3 meses después de la cirugía.
Instauración de un tratamiento, personalizado para cada paciente, en base a las posibilidades de recuperación de la función eréctil

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A fecha de hoy, la totalidad de los pacientes sometidos a prostatectomía radical, son valorados antes de la intervención e informados de la morbi-mortalidad esperable.

Posteriormente, la totalidad de los mismos, son informados de las secuelas de este procedimiento, iniciando protocolo consensuado de rehabilitación peneana, al menos durante tres meses mediante tratamiento oral a días alternos con Tadalafilo 5 y Alprostadilo intrauretral.

Finalmente, pasado este periodo, son nuevamente revaluados, instaurando medidas terapéuticas a fin de recuperar la función, habitualmente con Alprostadilo intracavernoso.

Todos los pacientes pasan a un seguimiento prolongado en cualquiera de las dos consultas de Andrología.
Con independencia de los resultados clínicos, nuestro mayor logro, desde nuestro punto de vista, ha sido la concienciación de todo el servicio de urología para que remitan a este tipo de pacientes a nuestra consulta antes de ser sometidos a la prostatectomía, ya que existe consenso sobre la precocidad tras la cirugía, como principal factor capaz de propiciar la conservación morfométrica peneana

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este protocolo ha permitido integrar las unidades de Oncología (uoprost y uroonc) con la de Androfobia.

Los pacientes remitidos a la consulta por este motivo, se consideran de máxima prioridad y son citados en la consulta de antro sin demora, por la enfermera involucrada en el proyecto.

Los primeros resultados son altamente satisfactorios, apreciando un buen cumplimiento de los protocolos (aunque en su mayoría no están financiados) y unos resultados esperanzadores en sentido de conservar la morfometría peneana tras la cirugía. No obstante, para la obtención de resultados se precisa completar la totalidad de visitas propuestas.

Es interesante que, en todos los casos, se ha conseguido la participación femenina, para concienciar a los pacientes y fidelizarlos con el proyecto

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/360 ===== ***

Nº de registro: 0360

Título
PROYECTO DE REHABILITACION PRECOZ PENEANA DE CARA A LA CONSERVACION/RECUPERACION DE LA FUNCION ERECTIL EN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA RADICAL PELVIANA UROLOGICA

Autores:
UCAR TERREN ALBERTO, MONZON ALEBESQUE FRANCISCO, MARTIN MONTAÑES MANUEL, TIMON GARCIA ALEJANDRO, CEITEGUI COSCOLLA BEGOÑA, GARCIA CABELLO CELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0360

1. TÍTULO

PROYECTO DE REHABILITACION PRECOZ PENEANA DE CARA A LA CPNSERVACION/RECUPERACION DE LA FUNCION ERECTIL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA RADICAL PELVIANA UROLOGICA

Sexo: Hombres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Investigación, publicación, estudios
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
NECESIDAD DE INICIO PRECOZ DE REHABILITACION PENEANA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA RADICAL PELVIANA UROLOGICA, DE CARA A CONSERVAR LA CAPACIDAD ERECTIL Y TRATAR LA DISFUNCION SEXUAL CASO DE QUE ACONTECIESE.

RESULTADOS ESPERADOS
INICIO PRECOZ DE ACTIVIDAD SEXUAL, MEDIANTE IDENTIFICACION DE FACTORES PREDISONENTES Y APLICACION PRECOZ DE LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS

MÉTODO
EVALUACION PRE Y POSTOPERATORIA DE LOS PACIENTES, MEDIANTE TEST NORMALIZADOS DE FUNCION SEXUAL (IIFE 5/15 Y SEP II Y SEP III) Y SU CORRELACION CON LAS INCIDENCIAS OPERATORIAS

INDICADORES
EVALUACION DE FUNCION ERECTIL PREOPERATORIA.
INDICES DE COMORBILIDAD.
CONSTATAION DE INTEGRIDAD NEUROVASCULAR QUIRURGICA
RESPUESTA A LOS TRATAMIENTOS PROPUESTOS

DURACIÓN
INICIO 1/10/2016
CONCLUSIÓN EL 1/10/2018

OBSERVACIONES
NO

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0418

1. TÍTULO

VIGILANCIA ACTIVA EN CARCINOMA VESICAL NO MUSCULO INVASIVO DE BAJO GRADO

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE CARLOS MURILLO PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAMIREZ FABIAN MANUEL
HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO
GARCIA MAGARIÑO JESUS
SOTA OCHOA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestra consulta de alta resolución (ECOCIS) se han controlado los pacientes diagnosticados de tumor vesical no musculo invasivo(TVNMI). Se han valorado citologías urinarias y hemos realizado personalmente ecografías y cistoscopias. Los pacientes con diagnóstico anatomopatológico de pTaG1-G2 y citologías negativas se han seguido cistoscópicamente a los 6 y 12 meses. De ellos, los que han presentado recidiva de su lesión dentro de los parámetros establecidos(tamaño menor de 15 mm; número de lesiones inferior a tres; aspecto macroscópico de TaG1) NO han sido incluidos en lista quirúrgica y siguen el protocolo de Vigilancia Activa hasta que las lesiones evolucionen y se establezca la indicación de R.T.U. de Carcinoma vesical.

El material elaborado para este proyecto es un programa informático de seguimiento (File MaKer) y una hoja de base de datos (Excel).

En relación a la comunicación a los pacientes se les ha informado del programa, de su seguridad y beneficios y se les ha ofrecido la cirugía "precoz" como alternativa. Su decisión se ha hecho constar por escrito en la historia clínica.

Consideramos que los resultados, evidentes y altamente ventajosos para la calidad asistencial, deben ser y serán comunicados y publicados en los foros de difusión científica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han incluido 49 pacientes con lesiones TaG1 y tamaño en total-si son múltiples-de menos de 3-4 cm; es decir, 49 pacientes que NO han sido intervenido quirúrgicamente.

Hemos podido seguir a 26 de ellos a los 6 meses y han seguido en vigilancia activa 21 (No evolución de sus lesiones o evolución pero cumpliendo todavía los criterios de inclusión).

De estos 26, al año hemos valorado 15 de los cuales 13 siguen en V.A.

En conclusión de los 49 pacientes, tras un año de seguimiento, sólo se han intervenido 7 (14,2 %).

Los indicadores establecidos han sido:

1. Seguridad oncológica: La anatomía patológica de los 7 pacientes sometidos a R.T.U. de las lesiones recidivadas ha sido de pTaG1 en 4. pTaG2 en 2 y 1 con pT1G2 (es decir siguen siendo TVNMI de bajo grado).

2. Clínica: los 49 pacientes han permanecido asintomáticos durante todo el año (No hematuria)

3. Gestión clínica: Ninguno de ellos ha necesitado citación en consulta y se ha evitado un 85.8 % de cirugía programada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que el programa de V.A. de este grupo numeroso de pacientes de TVNMI de bajo grado es seguro, mejora la calidad de vida del paciente al disminuir el número de ocasiones que debe intervenir quirúrgicamente y tiene un impacto importante en el ahorro de recursos del hospital, disminuyendo consultas, pruebas complementarias e ingresos hospitalarios.

Concluimos que la vigilancia activa debe incorporarse como herramienta eficaz en todas las unidades de Urología para este grupo de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/418 ===== ***

Nº de registro: 0418

Título
VIGILANCIA ACTIVA (V.A.) EN CARCINOMA VESICAL NO MUSCULO INVASIVO (CVNMI) DE BAJO GRADO

Autores:
MURILLO PEREZ CARLOS, VALLE GERHOLD JORGE, RAMIREZ FABIAN MANUEL, HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO, GARCIA MAGARIÑO JESUS, SOTA OCHOA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0418

1. TÍTULO

VIGILANCIA ACTIVA EN CARCINOMA VESICAL NO MUSCULO INVASIVO DE BAJO GRADO

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Carcinoma Vesical no músculo invasivo(CVNMI) evoluciona clínicamente en relación al grado histológico. Las guías clínicas de la Asociación Europea de Urología recogen que los Ta G1 (afectación de la lámina propia y bien diferenciados) presentan una excepcional capacidad de progresión así como un riesgo no despreciable de recidiva. En la actividad asistencial del urólogo el hallazgo de una recidiva de esta lesión en el control cistoscópico se ha tratado siempre mediante Resección Transuretral (RTU) de la lesión. La alta prevalencia de este tumor en nuestra comunidad y el altísimo número de recidivas, causan un importante impacto en la lista quirúrgica y un elevado consumo de recursos asistenciales. Se suma, como factor negativo en el impacto de la cirugía en estos pacientes, el alto porcentaje de presentación en la población de mayor edad. Existen en España ya experiencias muy positivas con la implantación de protocolos de Vigilancia Activa (V.A.) en el CVNMI de bajo grado. Consisten en el control endoscópico de la recidiva de la lesión sin actuación quirúrgica hasta que la misma evolucione hacia un aumento del tamaño y/o número de implantes tumorales o macroscópicamente se objetive un cambio en sus características. De este modo se consigue una reducción notable del número de procedimientos en quirófano sin que exponga al paciente a ningún riesgo en la seguridad oncológica y por consiguiente con un impacto en el ahorro de recursos y en la calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

Con esta iniciativa se pretende disminuir el número de cirugías programadas en estos pacientes (RTU Ca. Vesical) y por consiguiente disminuir el número de pruebas complementarias necesarias para el preoperatorio, consultas y la estancia hospitalaria (3-4 días de media), sin que suponga un riesgo para el control de la enfermedad ni posibilidades de progresión de la misma. Por otra parte, el seguimiento del proceso se realizaría coincidiendo con la cistoscopia, que está protocolizada efectuarla a los 6 meses; de esta manera ni se incrementan el número de cistoscopias ni el número de visitas en consulta para el paciente.

MÉTODO

Los pacientes que presenten Carcinoma Urotelial pTa G1 se siguen mediante citologías y cistoscopias. Si la citología es negativa y en la endoscopia presentan una recidiva de la lesión papilar menor de 15 mm. y aspecto macroscópico similar a la originaria son subsidiarios de Vigilancia Activa. También se incluirían si presentan menos de 3 lesiones de tamaño menor a 1 cm. - y lógicamente de aspecto TaG1- A este grupo de pacientes tras información razonada y que sea entendida con claridad se les plantea RTU de la recidiva del proceso o inclusión en el programa de V.A. Otra de las ventajas del programa es que mejoramos la tolerancia y aceptación del paciente a las sucesivas cistoscopias- realizadas con anestesia local mediante lubricante urológico- al incorporar a nuestro instrumental endoscópico el cistoscopio flexible. Para el mejor control y garantía de cumplimiento de la V.A., hemos creado una ficha clínica de seguimiento específica, incorporada a nuestra base de datos informática de nuestros pacientes con CVNMI. Finalmente, contamos con la necesaria colaboración de un compañero de Anatomía Patológica, pues el inexcusable requisito de seguridad oncológica y de que no haya riesgo de progresión de la lesión es un diagnóstico de certeza en la filiación primaria del tumor.

INDICADORES

La evaluación y seguimiento se llevará a cabo en la sala de endoscopia urológica (ubicada en la Unidad de litotricia) y en el despacho adjunto donde disponemos del programa informático. Como indicadores de calidad del proceso establecemos:
1) Oncológico : Las citologías negativas y la ausencia de modificación macroscópica en la cistoscopia de control. (La citología positiva es una prueba de alta especificidad para Ca. Urotelial de alto grado; lógicamente, su presencia obliga a abandonar el programa de V.A.)
2) Clínicos: Estabilidad en la sintomatología miccional y ausencia o mínima presencia de hematuria macroscópica durante el seguimiento
3) El número de procedimientos quirúrgicos (RTU) no realizados o evitados.
4) El número de consultas ahorradas ya que estos paciente salen del circuito general para seguirse exclusivamente desde la sala de cistoscopias.

DURACIÓN

Como consideramos que el programa es útil tan sólo con evitar una intervención quirúrgica en un año por paciente, comenzaremos a reclutar pacientes en Octubre de 2016 (de los ya intervenidos previamente y de quienes disponemos de Anatomía Patológica) y realizaremos una primera evaluación tras un año, coincidiendo con la finalización del proyecto. La eficacia de la V.A. está ya recogida en la bibliografía por lo que esperamos prolongarlo indefinidamente.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0418

1. TÍTULO

VIGILANCIA ACTIVA EN CARCINOMA VESICAL NO MUSCULO INVASIVO DE BAJO GRADO

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0441

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL MODELO DE "DIARIO MICCIONAL" EN LOS PACIENTES QUE SE REMITEN A CONSULTAS ESPECIALIZADAS DE SUELO PELVICO

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE CARMEN AMBROJ NAVARRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TIMON GARCIA ALEJANDRO
UCAR TERRER ALBERTO
MATA ORUS MARIA
BESCOS SANTANA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Distribución: entre las Consultas desde las que se nos remiten los pacientes. Se puede descargar desde la Intranet.

- Instrucción: a los Facultativos para que lo cumplimenten los pacientes.
Se ha cumplido el calendario marcado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha superado el porcentaje estimado del 80% en el cumplimiento de los objetivos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Esta incorporación es positiva para la valoración objetiva de los síntomas de los pacientes, seguimiento clínico y objetivos alcanzados con tratamientos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/441 ===== ***

Nº de registro: 0441

Título
IMPLANTACION DEL MODELO DE "DIARIO MICCIONAL" EN LOS PACIENTES QUE SE REMITEN A CONSULTAS ESPECIALIZADAS DE SUELO PELVICO

Autores:
AMBROJ NAVARRO CARMEN, TIMON GARCIA ALEJANDRO, UCAR TERRER ALBERTO, MONZON ALEBESQUE FRANCISCO, MARTIN MONTAÑES MANUEL, MATA ORUS MARIA, BESCOS SANTANA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La incontinencia de orina es uno de los problemas que nos ocupa con frecuencia en la consulta de Suelo Pélvico. El tipo y grado de incontinencia, de difícil valoración, determina las pruebas complementarias que deberemos solicitar y la oferta terapéutica que deberemos plantear.
Para objetivar la misma hemos diseñado un Diario Miccional, sencillo y fácilmente cumplimentable, con el que los pacientes nos deben ser remitidos a nuestra Unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir el número de Consultas-Revisiones, puesto que en la primera consulta ya acude el paciente con el "Diario miccional" cumplimentado. Disminuir el número de pruebas complementarias a solicitar
- Ofertar la opción terapéutica más precisa posible para cada paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0441

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL MODELO DE "DIARIO MICCIONAL" EN LOS PACIENTES QUE SE REMITEN A CONSULTAS ESPECIALIZADAS DE SUELO PELVICO

MÉTODO

- Distribución: entre las Consultas desde las que se nos remiten los pacientes. Se puede descargar desde la Intranet.
- Instrucción: a los Facultativos para que lo cumplimenten los pacientes.

INDICADORES

- Número de pacientes a los que se ha entregado el Diario Miccional en las consultas de origen (80%).
- Número de pacientes que lo han cumplimentado correctamente (80%).

DURACIÓN

Se estima iniciar con la distribución del Diario Miccional y la instrucción a los Facultativos en enero de 2017 con una duración de carácter indefinido.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0442

1. TÍTULO

HOJA INFORMATIVA DE SOLICITUD DE ESTUDIOS URODINAMICOS

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE ALEJANDRO TIMON GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AMBROJ NAVARRO CARMEN
UCAR TERRER ALBERTO
MATA ORUS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Distribución a las Consultas desde las que se solicita dicha prueba. Se puede descargar desde Intranet.
Instrucción a los Facultativos que lo entregarán a los pacientes.
Se ha cumplido con el calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han superado las previsiones del 90% en el cumplimiento de las condiciones marcadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto ha supuesto una mejora de la asistencia, en tiempo y forma, por la mejor aceptación de la misma por parte del paciente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/442 ===== ***

Nº de registro: 0442

Título
HOJA INFORMATIVA DE SOLICITUD DE ESTUDIOS URODINAMICOS

Autores:
TIMON GARCIA ALEJANDRO, AMBROJ NAVARRO CARMEN, UCAR TERRER ALBERTO, MONZON ALEBESQUE FRANCISCO, MARTIN MONTAÑES MANUEL, MATA ORUS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Estudio Urodinámico es una prueba diagnóstica que exige de una preparación e información previa a la realización de la misma. Muchos de los pacientes acuden sin los requisitos previos correctamente realizados y con ansiedad explicable ante el desconocimiento de la prueba a realizar.

Hemos diseñado una Hoja Informativa en la se indica la preparación previa a realizar y detalles del procedimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
- Evitar suspensión de procedimientos por la inadecuada preparación del paciente.
- Mejora de la satisfacción del paciente ante la prueba.

MÉTODO
- Distribución: a las Consultas desde las que se solicita dicha prueba. Se puede descargar desde Intranet.
- Instrucción: a los Facultativos que lo entregarán a los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0442

1. TÍTULO

HOJA INFORMATIVA DE SOLICITUD DE ESTUDIOS URODINAMICOS

INDICADORES

- Número de pacientes a los que se ha entregado la Hoja Informativa en las consultas de origen (90%).
- Número de pacientes correctamente preparados para la realización de la prueba (90%).

DURACIÓN

Se estima iniciar con la distribución de la Hoja Informativa en enero de 2017 con una duración de carácter indefinido.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0588

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE UROLOGIA Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA PARA LA ENSEÑANZA Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UROSTOMIAS

Fecha de entrada: 14/12/2017

2. RESPONSABLE JORGE SUBIRA RIOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIARTE ABENIA MARIA CARMEN
GARCIA CABELLO CELIA ISABEL
LLAMAZARES CEBRIAN MARIA TERESA
JAIME ARILLA ANTONIA
GONZALEZ TRASOBARES PAZ
IZQUIERDO OBON SOLEDAD
VALLE GERHOLD JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión entre todas las partes para elaborar el circuito de derivación(noviembre de 2016) y puesta en marcha inmediata.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización del circuito : SI
75% de los casos han pasado del circuito : 85%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al ser una necesidad, la coordinación entre urólogos de la unidad de cistectomía radical, secretarías de urología, enfermería de planta y enfermería de unidad de Estomaterapia, el entendimiento ha sido fácil y sobretodo el beneficio es duradero en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/588 ===== ***

Nº de registro: 0588

Título
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE UROLOGIA Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA PARA LA ENSEÑANZA Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UROSTOMIAS

Autores:
SUBIRA RIOS JORGE, DIARTE ABENIA MARIA CARMEN, GARCIA CABELLO CELIA, LLAMAZARES CEBRIAN MARIA TERESA, JAIME ARILLA ANTONIA, GONZALEZ TRASOBARES PAZ, IZQUIERDO OBON SOLEDAD, VALLE GERHOLD JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Recientemente ha habido un relevo en los profesionales encargados de la Unidad de Estomaterapia, siendo esta unidad de máxima utilidad para el Servicio de Urología.
Diversos estudios avalan la importancia de la información al paciente previo a ser sometido a una intervención quirúrgica donde se vaya a realizar una urostomía, así como la instrucción durante el ingreso y el seguimiento a corto, medio y largo plazo de estos pacientes para mejorar su calidad de vida.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0588

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE UROLOGIA Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA PARA LA ENSEÑANZA Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UROSTOMIAS

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un circuito entre el Servicio de Urología y la Unidad de Estomaterapia para que esta sea conocedora con antelación de los pacientes que van a ser intervenidos mediante cistectomía radical así como marcaje de la localización más adecuada para colocar una urostomía previa a la cirugía.

MÉTODO

Se convocará una reunión entre los integrantes del proyecto para realizar una puesta de ideas a finales de octubre - principios de noviembre de 2016 y concretar el circuito.
puesta en marcha del circuito en noviembre de 2016.

INDICADORES

Realización del circuito: se evaluará si /no

El 75% de los pacientes que van a ser cistectomizados pasarán por este circuito desde diciembre de 2016 hasta la finalización del proyecto.

DURACIÓN

octubre- noviembre 2016: elaboración del circuito.

noviembre- diciembre 2016: puesta en marcha del circuito.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0590

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMIA RADICAL

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE CELIA ISABEL GARCIA CABELLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUBIRA RIOS JORGE
VALLE GERHOLD JORGE
UTRILLA PEREZ MARTA
ROMERO BILBAO BORJA
MARIN ZALDIVAR CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
revisión bibliográfica sobre lo existente en la literatura.
sobre ello se elabora, adaptandolo a nuestro medio, encuesta de satisfacción (general + por derivación urinaria) estando ya disponible en la consulta específica de cistectomía UROCIS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
elaboración encuesta: si
75% encuestas entregadas: si

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
la importancia de adaptar las encuestas a nuestro medio.
pendiente de evaluar los resultados obtenidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/590 ===== ***

Nº de registro: 0590

Título
ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMIA RADICAL

Autores:
GARCIA CABELLO CELIA, SUBIRA RIOS JORGE, VALLE GERHOLD JORGE, UTRILLA IBARBUEN MARTA, ROMERO BILBAO BORJA, MARIN ZALDIVAR CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cistectomía radical es el procedimiento quirúrgico con mayor morbimortalidad en Urología, ya que no solo implica la exéresis de órganos sino también la necesidad de reconstruir la vía urinaria.
hay diversas opciones que ofrecen ventajas y desventajas sin unas claras indicaciones.
En la toma de decisión del tipo de derivación es necesario la implicación del paciente puesto que alguna de ellas implica la colocación de urostomía o bien micción por vía uretral.
Según varios artículos, el grado de satisfacción del paciente cistectomizado con su derivación urinaria depende de la implicación de este en la toma de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS
elaborar una encuesta de satisfacción del paciente cistectomizado con el circuito ya establecido así como del tipo de derivación urinaria que tiene.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0590

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMIA RADICAL

con esta encuesta se quiere detectar cual es el tipo de derivación con la que el pacientes está más satisfecho así como los puntos de mejoras en el proceso de cistectomia radical establecido en nuestro servicio.

MÉTODO
elaboración de una encuesta de satisfacción basada en ya existentes y adaptadas a nuestros objetivos.
entrega de dicha encuesta a los pacientes intervenidos de cistectomia radical.

INDICADORES
elaboración de la encuesta en noviembre de 2016: si/no
entrega de la encuesta a los pacientes cistectomizados en la consulta de seguimiento.

DURACIÓN
noviembre 2016: elaboración de la encuesta.
diciembre 2016: entrega de la encuesta a los pacientes en su seguimiento en la consulta de específica de UROCIS:
75% de encuestas entregadas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0745

1. TÍTULO

BASE DE DATOS DE LA CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA EN EL SERVICIO REFERENCIA DE LITIASIS DE ARAGON

Fecha de entrada: 12/12/2017

2. RESPONSABLE DANIEL HIJAZO GASCON
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO BELTRAN BENJAMIN
NAVARRO GIL JOAQUIN
UTRILLA IBUARBEN MARTA
PARLANGE SANMIGUEL BEGOÑA
SANZ GRACIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Creación de una base de datos de la cirugía intrarrenal retrograda (RIRS) en el servicio de litiasis de referencia de Aragón. Esta base de datos abarca desde la implantación de la técnica en nuestro hospital en 2012 hasta noviembre de 2017.

Se ha realizado también un estudio descriptivo e inferencias de los parámetros de esta cirugía: tiempo quirúrgico, tamaño litásico tratado, número de litiasis, localizaciones de las mismas, complicaciones quirúrgicas y postoperatorias, tasa de "stone free rate" y tiempo quirúrgico.
Para la realización de este proyecto únicamente ha sido necesaria la revisión de las historias clínicas de los pacientes bien en papel o en su formato electrónico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para valorar los resultados de proyecto y su impacto se han comparado los resultados de nuestra unidad con las guías Europea y Americana de litiasis urinaria, así como de la bibliografía científica más reciente.

Se han incluido un total de 235 pacientes y se ha procedido a analizarlos datos. Esto nos ha permitido:

- Comprobar la seguridad y eficacia de la técnica.
- Observar su elevada efectividad en litiasis múltiples o complejas, en pacientes que hubieran sido candidatos a múltiples sesiones de litotricia extracorporea o intervenciones quirúrgicas.
- Obtener una herramienta de feedback de el trabajo de nuestro servicio de urología
- Comparar nuestros resultados en comparación a los descritos en la literatura para encontrar los puntos a mejorar.
- Al poder comparar los resultados de esta técnica (RIRS) con la litotricia extracorporea y otras técnicas de tratamiento litiasico empleadas en nuestro servicio, nos permite reforzar la toma de decisiones terapéuticas en una técnica novedosa donde algunos aspectos des la indicación esta por definir en las guías clínicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este proyecto nos ha permitido comprobar la correcta implantación en nuestro servicio y corroborar sus ventajas en el tratamiento de la patología litiasica.

Entre las características que se han comprobado:

- Es una técnica mínimamente invasiva: estancia media hospitalaria inferior a 48 horas, molestias o dolor postoperatorio solo en el 18% de los pacientes que responde en el 100% de los casos a analgésicos de rescate.
- Es segura: en el 88,8% de los pacientes no han existido complicaciones postoperatorias con únicamente un 7% de complicaciones en el primer mes que en su mayoría no han precisado de reingreso hospitalario.
- Es eficaz en casos complejos de litiasis urinaria lo que supone disminuir la necesidad de procedimientos posteriores: los casos tratados han predominado los de litiasis múltiples, de gran tamaño y en localizaciones complejas. Casos en los que seria preciso la realización de múltiples sesiones de litotricia extracorporea aumentando el coste y riesgo de morbilidad del proceso de tratamiento.
- Mejora la actividad científica de nuestro servicio de urología: aporta nuevas hipótesis para la realización de futuras investigaciones o estudios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/745 ===== ***

Nº de registro: 0745

Título
BASE DE DATOS DE LA CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA EN EL SERVICIO REFERENCIA DE LITIASIS DE ARAGON

Autores:
HIJAZO GASCON DANIEL, BLASCO BELTRAN BENJAMIN, NAVARRO GIL JOAQUIN, UTRILLA IBUARBEN MARTA, PARLANGE SANMIGUEL BEGOÑA, SANZ GRACIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0745

1. TÍTULO

BASE DE DATOS DE LA CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA EN EL SERVICIO REFERENCIA DE LITIASIS DE ARAGON

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Investigación, publicación, estudios

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de Urología del HCU Lozano Blesa es el de referencia de litotricia de Aragón. En el año 2012 se introdujo la cirugía intrarrenal retrograda (RIRS) que es una técnica endourológica mínimamente invasiva, con mínimas complicaciones y una alta tasa de efectividad.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos con la realización de una base de datos de esta nueva técnica analizar los resultados del servicio en cuanto a seguridad y eficacia respecto a las técnicas más antiguas para el tratamiento de las litiásis intrarrenales.

Los resultados esperados es que esta nueva técnica tenga unas complicaciones y una eficacia mayores que a otras técnicas, especialmente en aquellos casos complejos que precisas de múltiples sesiones de tratamiento de litotricia extracorporea.

También mencionar la mejora a nivel de investigación del servicio, ya que somos uno de los centros de referencia europeos a nivel de endourolología y unos de los pioneros en introducir en España esta técnica.

MÉTODO

Se van a recoger de manera retrospectiva todos los pacientes sometidos a esta técnica desde el años 2012 hasta octubre de 2016.

A partir de octubre de 2016 se recogerán los datos de manera prospectiva.

INDICADORES

Recogida del 100% de los pacientes de forma retrospectiva a fecha de Enero de 2017 y los datos prospectivos a fecha de Mayo de 2017. Recogida del 90% de la información de cada paciente.

DURACIÓN

Inicio del proyecto: Octubre 2016

Revisión de datos retrospectivos: hasta Enero 2017

Revisión de datos prospectivos: hasta Mayo 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0773

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE DOCUMENTO INFORMATIZADO PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES TRATADOS MEDIANTE ESWL EN NUESTRA UNIDAD

Fecha de entrada: 11/12/2017

2. RESPONSABLE BENJAMIN BLASCO BELTRAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAPAPE POBES VICTORIA
NAVARRO GIL JOAQUIN
PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO
FERRUZ GIMENEZ MONTLER
GONZALEZ VARGAS FRANCISCA
SESE TAMAYO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Incorporación de la presentación "Evolución" en nuestra Base de Datos relacional FileMaker.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se constata la cumplimentación de los porcentajes marcados mediante la realización de búsquedas simples.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Método de trabajo de gran utilidad para el control y seguimiento de nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/773 ===== ***

Nº de registro: 0773

Título
IMPLEMENTACION DE DOCUMENTO INFORMATIZADO PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES TRATADOS MEDIANTE ESWL EN NUESTRA UNIDAD

Autores:
BLASCO BELTRAN BENJAMIN, CAPAPE POVES VICTORIA, NAVARRO GIL JOAQUIN, PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO, FERRUZ GIMENEZ MONTLER, GONZALEZ VARGAS FRANCISCA, SESE TAMAYO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo Ambos sexos
Edad Todas las edades
Tipo Patología Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace un tiempo en nuestra Unidad, se vienen modificando los formularios y otros documentos en papel. El control evolutivo de los pacientes sometidos a litotricia extracorporea se realiza mediante la cumplimentación de una hoja impresa que se adjunta a la historia clínica. Con la incorporación de esta opción en nuestra Base de Datos, se facilita la cumplimentación de todos los ítems a la vez que permite un rápido control y evaluación de nuestra actividad en cuanto a resultados efectivos se refiere.

RESULTADOS ESPERADOS
- Cumplimentación de todos los ítems del formulario.
- Mejorar el control de resultados y actividades.

MÉTODO
Medidas previstas:
- Incorporación de la presentación "Evolución" en nuestra Base de Datos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0773

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE DOCUMENTO INFORMATIZADO PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES TRATADOS MEDIANTE ESWL EN NUESTRA UNIDAD

Responsables implicados:

- Médicos de la Unidad para la valoración y cumplimentación.
- Enfermeras para ajustes de Agenda.
- Administrativa: sustitución de los nuevos documentos incorporados a la Historia Clínica

INDICADORES

- Cumplimentación de dicha presentación en un porcentaje superior al 90%
- Que se hayan registrado mas del 90% de los items presentes.

La monitorización se realizará por "búsquedas simples" de entre los pacientes tratados en dicho periodo.

DURACIÓN

Está previsto iniciar la mencionada implementación a partir de enero 2017, siendo una actividad de tiempo indefinido.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1024

1. TÍTULO

GESTION PERIOPERATORIA DE PACIENTES EN CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE CRISTINA PLAZA ALONSO
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROBERTO ALCACER ANA TERESA
MATOS OROZCO OLIVIA
ASENSIO MATAS AGUSTIN
SANCHEZ ZALABARDO MANUEL
JAIME ARILLA ANTONIA
LAMAZARES CEBRIAN MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se diseñaron unos protocolos comunes de revisión de pacientes en función del proceso quirúrgico a realizar, aprobados por el personal del Servicio de Urología del Hospital Clínico, así como variaciones en función de la patología médica propia de cada paciente. Cada protocolo incluía diversos ítems según proceso, en lo que se refiere a: Tolerancia vía oral, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, medidas preoperatorias, solicitud de reserva de sangre, solicitud de radiografía de vías urinarias previa.

Todo ello fue realizado basándose en las recomendaciones del grupo PROA, del Banco de Sangre, Servicio de Hematología, Guías Europeas de Urología, etc.

Además, cada protocolo incluía variantes según el paciente sea: Diabético tipo 1 ó 2, alérgico a la profilaxis antibiótica estándar, si toma anticoagulantes y antiagregantes y la pauta sustitutoria, etc. Se utilizaron las hojas preparatorias para cada procedimiento de forma prequirúrgica. Se revisaron durante el periodo propuesto la utilización de dichas hojas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores propuestos fueron:

1. ¿Se pueden aplicar los protocolos diseñados a todas las cirugías realizadas durante esa semana?. Sí
2. ¿Se han incluido los protocolos en las cirugías realizadas durante esa semana?. Sí
3. ¿Las intervenciones quirúrgicas suspendidas han sido debidas a fallos en la preparación de los pacientes?. NO ¿En cuántas de éstas se había incluido el protocolo realizado?. Ninguna.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las hojas de protocolos preparatorios se han implementado con éxito en el Servicio de Urología del Hospital clínico Universitario Lozano Blesa, con buena acogida por parte del personal de médicos adjuntos del servicio, así como personal de enfermería y auxiliares, ha ayudado a unificar los criterios en cuanto a profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, manejo del paciente diabético, preparación de los pacientes con cistectomía radical etc. El proyecto continuará en uso durante los próximos años, incluyendo alguna mejora en cuanto a ciertas intervenciones quirúrgicas que con el paso del tiempo y actualización de la literatura pertinente precisan alguna ampliación de ítems a realizar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1024 ===== ***

Nº de registro: 1024

Título
GESTION PERIOPERATORIA DE PACIENTES EN CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA

Autores:
PLAZA ALONSO CRISTINA, ROBERTO ALCACER ANA TERESA, MATOS OROZCO OLIVIA, ASENSIO MATAS AGUSTIN, SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL, JAIME ARILLA ANTONIA, LAMAZARES CEBRIAN MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1024

1. TÍTULO

GESTION PERIOPERATORIA DE PACIENTES EN CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA

Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El concepto de evaluación preoperatoria nace en 1846, consiste en la valoración global del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, con el objetivo de establecer el plan preoperatorio más adecuado. Con el envejecimiento de la población, la incidencia de la patología urológica quirúrgica ha ido en aumento en los últimos años, con el consecuente aumento en números de la lista de espera de nuestro Servicio de Urología. Esta situación genera que el tiempo entre la valoración anestésica previa y la cirugía se demore, con la caducidad de muchos de los preoperatorios ya realizados. Además durante este tiempo, muchos de nuestros pacientes acuden al día de la cirugía con patología médica no valorada previamente, como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, arritmias cardíacas, accidentes cerebro-vasculares, etc. Con todo ello hemos ido observando en los últimos años un alto índice de suspensión de pacientes el mismo día de la intervención quirúrgica, por un mal manejo perioperatorio del paciente, repercutiendo directamente en la lista de espera quirúrgica. De esta situación nace la necesidad de establecer unos criterios unificados de revisión de pacientes en función de la intervención quirúrgica a realizar, estableciendo los mismos criterios de tratamiento y pruebas preoperatorias a solicitar.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el siguiente Proyecto de Calidad, se espera un manejo integrado de la patología médica-quirúrgica del paciente. Esperamos detectar problemas médicos hasta entonces no conocidos, y manejarlos de forma integrada, como son: hipoglucemias descontroladas, arritmias cardíacas no conocidas, alteraciones con el manejo de la pauta anticoagulante y antiagregante; manejo del paciente según el proceso quirúrgico con los mismos criterios unificados, y que no sea médico-dependiente. Esperamos conseguir a corto-medio plazo una disminución de la suspensión de intervenciones quirúrgicas programadas, ya sea por problemas médicos no detectados o por pruebas médicas que no habían sido solicitadas. A largo plazo esta disminución de la incidencia de intervenciones quirúrgicas suspendidas, repercutirá en la disminución de la lista de espera, con el subsiguiente ahorro económico que conlleva.

MÉTODO

Para ello se han diseñado unos protocolos comunes de revisión de pacientes en función del proceso quirúrgico a realizar, aprobados por el personal del Servicio de Urología del Hospital Clínico, así como variaciones en función de la patología médica propia de cada paciente. Estos consisten en:

- Protocolo de Cirugía Litiásica
- Protocolo de Nefrectomía Radical
- Protocolo de Nefrectomía Parcial
- Protocolo de Cistectomía Radical
- Protocolo de Prostatectomía Radical
- Protocolo de Braquiterapia
- Protocolo de Biopsia de Próstata
- Protocolo de RTU de Próstata/Adenomectomía
- Protocolo de Cirugía Endourológica General
- Protocolo de Cirugía Genital
- Protocolo de Prótesis de Pene
- Protocolo de Cirugía de la Incontinencia
- Protocolo de Cirugía del Cistocele
- Protocolo de Pieloplastia

Cada protocolo incluye diversos ítems según proceso, en lo que se refiere a: Tolerancia vía oral, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, medidas preoperatorias, solicitud de reserva de sangre, solicitud de radiografía de vías urinarias.

Han sido realizados basándose en las recomendaciones del grupo PROA, del Banco de Sangre, Servicio de Hematología, Guías Europeas de Urología, personal de enfermería. Además, cada protocolo incluye variantes según el paciente sea: Diabético tipo 1 ó 2, alérgico a la profilaxis antibiótica estándar, si toma anticoagulantes y antiagregantes, etc.

INDICADORES

La evaluación se realizará de forma anual, en la cuarta semana del mes de Noviembre, evaluando el total de cirugías realizadas durante esa semana, donde se aplicarán los siguientes indicadores:

1. ¿Se pueden aplicar los protocolos diseñados a todas las cirugías realizadas durante esa semana?. Aplicados en >95%
2. ¿Se han incluido los protocolos en las cirugías realizadas durante esa semana?. Que se hayan incluido en >80% de las cirugías realizadas
3. ¿Desde la implementación del proyecto, se ha suspendido alguna intervención quirúrgica programada por fallos en el protocolo o por no haberse aplicado correctamente?. Que las intervenciones suspendidas por mala preparación del paciente sea <10%.

Estos son los indicadores positivos esperados para poderlo prolongar los años sucesivos.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1024

1. TÍTULO

GESTION PERIOPERATORIA DE PACIENTES EN CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA

La duración inicial del proyecto sería a lo largo del 2017, pudiendo prolongarse en el tiempo en base a los resultados que se vayan obteniendo.

OBSERVACIONES

Se establecerá un cronograma para realizar las monitorizaciones de los indicadores. Se llevaran a cabo la cuarta semana de Noviembre de 2017, si la previsión es presentar la memoria de finalización al acabar el año, o bien en el mes anterior a la presentación de dicha memoria, si no es al final del año. Para ello se revisaran todas las historias de los pacientes programados esa semana, obteniéndose así el resultado de los indicadores 1 y 2. El indicador 3 se medirá recopilando todos los casos de suspensión de actividad quirúrgica desde que se implemente el proyecto, y calculando el porcentaje correspondiente a este indicador.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0781

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) QUE PRECISAN TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO INYECTABLE

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE ANTONIO SEVA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro USM DELICIAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES ROZAS ANA BELEN
SANCHEZ LAZARO CARMEN
MARTIN MARTINEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El presente estudio es de tipo observacional, analítico y transversal. Las entrevistas fueron realizadas por el psiquiatra y por la enfermera de referencia del paciente en sesiones individuales en el centro de salud mental de Delicias "Escultor Palau". La muestra inicial fue de 18 sujetos seleccionados por muestreo de casos consecutivos que cumplieran criterios para el diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo en febrero de 2017. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de ambos sexos, seguimiento ambulatorio y en cualquier fase evolutiva de su enfermedad, bajo tratamiento con antipsicóticos por un periodo de tiempo superior a 12 semanas, seguimiento por enfermería y posesión de analítica de sangre reciente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con incapacidad para entender y cumplimentar los cuestionarios de salud formulados. La muestra final ha quedado compuesta por 16 sujetos dado que 2 individuos no aportaron analíticas de sangre. Todos ellos han mantenido el seguimiento quincenal durante los 10 meses siguientes. El 60% eran varones. No ha habido ningún acontecimiento cardiovascular de riesgo en ninguno de ellos. En 3 de ellos nos hemos puesto en contacto con los servicios de primaria bien telefónicamente o a través de un informe con el fin de mejorar o supervisar el seguimiento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos muestran una prevalencia de síndrome metabólico acorde con los estudios realizados en sujetos con esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo. Comprobando una asociación entre presencia de síndrome metabólico y mayor perímetro abdominal, presión arterial sistémica, glucosa, triglicéridos y una asociación entre presencia de síndrome metabólico y tasas más bajas de colesterol tipo HDL.

La necesidad de investigar estas condiciones clínicas en sujetos con esquizofrenia a fin de buscar tratamientos psicofarmacológicos más seguros desde el punto de vista de un posible riesgo metabólico asociado al tratamiento antipsicótico se configura como un objetivo de urgente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/781 ===== ***

Nº de registro: 0781

Título
PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) QUE PRECISAN TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO INYECTABLE

Autores:
SEVA FERNANDEZ ANTONIO, SANCHEZ LAZARO CARMEN, ARIZA MARTIN YOLANDA, MARTIN MARTINEZ CARMEN, VILLATORO PEREZ MARINA, BERNAL ROMAGUERA PATRICIA, MORALES ROZAS ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: USM DELICIAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0781

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) QUE PRECISAN TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO INYECTABLE

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Los pacientes diagnosticados de TMG presentan significativamente un riesgo mayor de padecer enfermedades físicas que el resto de población, con elevada mortalidad, pérdida de años de vida, infradiagnóstico, y bajo nivel de autocuidados; como se recoge en la literatura y en las recomendaciones y Guías Terapéuticas de tratamiento, donde recomiendan la creación de programas concretos de evaluación y seguimiento de patologías médicas concomitantes en TMG.

La excesiva mortalidad cardiovascular asociada con TMG se atribuye a un incremento de factores de riesgo (F.R.) coronario modificables:

- ? Obesidad
- ? Fumar
- ? Diabetes
- ? Hipertensión
- ? Dislipidemia
- ? Síndrome metabólico

Fuentes de información:

1. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
2. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Actas Esp. Psiquiatría 2008; 36(5):251-264. Autores: J. Saiz Ruiz, J. Bobes García, J. Vallejo Rulloba et al

RESULTADOS ESPERADOS

1. DETECCIÓN: Evaluación del actual estado de salud física de los TMG atendidos en las USM Delicias. Mediante exploración física y analíticas de control
2. ACTUACIÓN: Modificación de los factores de riesgo y disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular

MÉTODO

1. Diseño de plan de valoración y seguimiento de la salud física en el trastorno mental grave.

Captación del paciente mediante:

- a) Programa de medicación inyectable que recibe tratamiento en CSmental
- b) Pacientes en revisión

3. ACTIVIDAD actividades de prevención de riesgo cardiovascular

2. CONTINUIDAD ASISTENCIAL: devolución de la información a los equipos de atención primaria.

??

INDICADORES

Diagnóstico psiquiátrico

Sexo

Salud física:

- Índice de masa corporal (peso, talla)

-Tabaco

- Glucosa, hemoglobina glicada

-Tensión arterial

-Colesterol

Seguimiento trimestral

DURACIÓN

o ENERO-MARZO: Recogida de bibliografía

o MARZO-ABRIL: Diseño de programa de evaluación y seguimiento de salud física en TMG.

o ABRIL en Adelante: Captación de Pacientes. Implementación del programa de evaluación y seguimiento.

o JUNIO-JULIO: Análisis preliminar de datos, buscando principales factores de riesgo coronario

modificables.

o SEPTIEMBRE-OCTUBRE: Diseño de programa de modificación de FR y disminución del riesgo de enfermedad

cardiovascular

o NOVIEMBRE Análisis de datos de evaluación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0781

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) QUE PRECISAN TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO INYECTABLE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **