

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

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

Número de memorias: 807 (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	FERREIRA AGUAR ANA ISABEL	2018_1148	F	29/01/2019	DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS ENTRA CARDIOLOGIA Y AP I. EL SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA)
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ	LAZARO ASPAS MARIA	2018_1188	S1	15/02/2019	IMPLANTACION DE CORREO ELECTRONICO DE ENFERMERIA EN CONSULTA GENERAL DE DIGESTIVO DE INOCENCIO JIMENEZ
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ	LAZARO ASPAS MARIA	2019_0326	S1	31/01/2020	IMPLANTACIÓN TEST DE ALIEMTO CONSULTA ENFERMERIA DIGESTIVO C.E.M. INOCENCIO JIMENEZ
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ	CARO REBOLLO FRANCISCO JOSE	2019_1389	F	23/01/2020	TÍTULO DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE INGRESO, DERIVACION EXTERNA Y ALTA DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INOCENCIO JIMENEZ-DELICIAS (USMAD IJ-D)
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	CME INOCENCIO JIMENEZ	GARCES RAMOS ALBA	2019_0753	S2	03/02/2020	PROGRAMA DE COORDINACION INTRAEQUIPO EN LA USMA INOCENCIO JIMENEZ Y DEFINICION DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA
Z3	AMB	USM DELICIAS	GIL HERNANDEZ MARIA NIEVES	2019_1140	S1	20/01/2020	ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS
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 ALAGON	HERRERO GIL MARIA ANGELES	2018_0606	F	07/02/2019	SEMANA SIN HUMO EN CENTROS ESCOLARES Y CONSULTAS DE ZONA BASICA DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	CORTES MARINA ROSA	2018_0792	F	13/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS ALAGON	GARISA ROCHA GEMA	2018_0862	F	11/02/2019	ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	GARISA ROCHA GEMA	2018_0862	F	17/01/2020	ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	BLASCO CASTELLO CONSUELO	2018_0872	F	31/01/2019	EDUCACION SALUD EN EL DIABETICO
Z3	AP	CS ALAGON	BLASCO CASTELLO CONSUELO	2018_0872	F	31/01/2020	EDUCACIÓN SALUD EN EL DIABÉTICO
Z3	AP	CS ALAGON	RUIZ FERRANDEZ ELISA	2018_0928	F	10/01/2019	VIOLENCIA DE GENERO
Z3	AP	CS ALAGON	MAINAR LATORRE MARIA PILAR	2018_1128	F	24/02/2019	GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	MAINAR LATORRE MARIA PILAR	2018_1128	F	30/01/2020	GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	FRANCO DE LA IGLESIA MARIA PILAR	2018_1199	F	14/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	MIRANDA ARTO PILAR	2019_0928	F	19/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	MAZA RODRIGUEZ CARMEN	2019_1305	S1	28/01/2020	DERMATOSCOPIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON
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

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

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

Número de memorias: 807 (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 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 BOMBARDA	GUTIERREZ MORENO FELIX	2018_0758	F	25/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS BOMBARDA	TORRECILLA CONDE JESUS	2018_0836	F	11/03/2019	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP BOMBARDA-MONSALUD
Z3	AP	CS BOMBARDA	RENALES SOLER ISABEL	2018_0901	F	22/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO
Z3	AP	CS BOMBARDA	ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL	2018_1130	F	12/03/2019	AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES
Z3	AP	CS BOMBARDA	ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL	2018_1130	F	30/01/2020	AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S. EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES
Z3	AP	CS BOMBARDA	GUTIERREZ MORENO FELIX	2019_1028	F	26/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE BOMBARDA
Z3	AP	CS BOMBARDA TRABAJO SOCIAL	PUEYO USON MARIA JOSEFA	2018_0912	F	30/01/2019	DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD BOMBARDA-MONSALUD
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 BORJA	GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO	2018_1252	F	14/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP DE BORJA
Z3	AP	CS BORJA	GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO	2019_0903	F	22/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE BORJA
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 FARMACOS; 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 CARIÑENA	ORENSANZ ALAVA AFRICA	2018_0784	F	13/02/2019	AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES
Z3	AP	CS CARIÑENA	REDONDO COLLADO MARIA	2018_1174	F	01/03/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS CARIÑENA	MAS SANCHEZ ADORACION	2018_1363	F	23/02/2019	MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS CARIÑENA	ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU	2018_1379	F	23/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA
Z3	AP	CS CARIÑENA	BONA GARCIA JAIME	2019_0194	F	08/01/2020	FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA
Z3	AP	CS CARIÑENA	ORENSANZ ALAVA AFRICA	2019_0489	F	13/01/2020	FORMACION EN PIE DIABETICO Y USO DEL DOOPLER
Z3	AP	CS CARIÑENA	GARIN PORTERO NURIA	2019_0693	F	31/01/2020	APOYO A LA CRIANZA Y MASAJE INFANTIL
Z3	AP	CS CARIÑENA	ALVAREZ LAGARES MERCEDES	2019_0818	S1	09/01/2020	HABITOS SALUDABLES Y RECOMENDACIONES POR LA RADIO

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

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

Número de memorias: 807 (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 CARIÑENA	JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA	2019_0875	F	24/01/2020	RCP-ANDO EN EL COLE
Z3	AP	CS CARIÑENA	JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA	2019_1143	S1	23/01/2020	UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RÁPIDO DE GRIPE(TDRI) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MENOR DE 3 AÑOS O CON CONDICIONES DE RIESGO PARA GRIPE COMPLICADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA
Z3	AP	CS CARIÑENA	RIOS LAZARO MIGUEL	2019_1300	F	15/01/2020	MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CARIÑENA
Z3	AP	CS CARIÑENA	ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU	2019_1440	F	31/01/2020	APARTADO DE URGENCIAS EN EL MANUAL DE ACOGIDA DE CARIÑENA
Z3	AP	CS CASETAS ADMISION Y DOCUMENTACION	PENON GIMENO ANA MARIA	2016_1686	S1	17/01/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS CASETAS	CAMATS FRANCO MARIA CARMEN	2016_1331	S1	29/01/2018	GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES	2016_1641	S1	04/12/2017	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS CASETAS	MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA	2016_1648	S1	18/01/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA	2018_0861	S1	11/03/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS CASETAS	RUBIO CAVERO RUTH	2018_0906	F	12/03/2019	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	ANDRES NILSSON ANA KARIN	2018_0979	S1	15/03/2019	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	ANDRES NILSSON ANA KARIN	2018_0987	S1	26/02/2019	BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	ANDRES NILSSON ANA KARIN	2018_0987	F	30/01/2020	BLOGG CENTRO DE SALUD CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	MARCOS CALVO MARIA PILAR	2018_0988	F	10/03/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	ANDRES NILSSON ANA KARIN	2018_0990	S1	27/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN EAP CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	HERRERO SOLSONA PAULA	2018_0990	F	31/01/2020	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA	2019_1067	F	31/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	FERRER CASAUS ALBERTO	2019_1243	S1	27/01/2020	CIRUGIA MENOR EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS CASETAS FISIOTERAPIA EN AP	TAPIA PEREZ ANA ISABEL	2019_0125	F	31/01/2020	CONOCE TU CENTRO
Z3	AP	CS CASETAS TRABAJO SOCIAL	SANCHEZ MATEO OLGA	2016_1630	S2	22/01/2018	TALLER PARA CUIDADORES "CUIDAR Y CUIDARSE"
Z3	AP	CS CASETAS TRABAJO SOCIAL	SANCHEZ MATEO OLGA	2018_0678	S2	21/02/2019	"CUIDARTE"
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE ADMISION Y DOCUMENTACION	DEL CAMPO PASTOR ABELARDO	2016_1631	S1	05/02/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE 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	LAVEDAN SANTAMARIA RAQUEL	2018_0733	S1	07/02/2019	EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE	2018_0733	S3	15/01/2020	EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	PINILLA LAFUENTE MARINA	2018_0769	S1	01/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	GIL CORTES MARIA TERESA	2018_0922	F	18/02/2019	COMO DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA MEJORANDO LA DNP Y

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

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

Número de memorias: 807 (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
							OTROS FACTORES
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	SERRANO ANDRES MARIA PILAR	2018_0929	F	31/01/2019	ELABORACION DE LA AGENDA COMUNITARIA DEL C.S. DELICIAS NORTE
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	TORRENTE GARRIDO JOSE IGNACIO	2018_1071	S1	27/02/2019	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	DUARTE CARCAS ALICIA	2018_1086	S2	28/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	DUARTE CARCAS ALICIA	2018_1086	F	08/01/2020	ATENCIÓN INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	PINILLA LAFUENTE MARINA	2019_0867	S2	07/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS NORTE
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA	2019_1052	F	26/02/2020	CALIDAD DE REGISTRO DGP Y FACTORES DE RIESGO EN INSUFICIENCIA CARDIACA
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	SERRANO ANDRES MARIA PILAR	2019_1059	S1	24/01/2020	SOLEDAD NO DESEADA
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 DELICIAS SUR	FUERTES DOMINGUEZ AMPARO	2018_0646	S2	08/02/2019	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	TORRE MAÑAS MARIA LUISA	2018_0670	S1	10/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	GABAS BALLARIN MARIA PILAR	2018_0697	S1	08/03/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCIONPRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	AGUIRRE ABADIA NOELIA	2018_0700	S2	15/03/2019	VIOLENCIA DE GENERO EN INSTITUTO Y COMIENZO EN PRIMARIA
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	GALINDO MORALES GEMA	2018_0720	F	03/01/2020	¿CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	CORDOBA GARCIA RODRIGO	2018_0805	F	13/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	CORDOBA GARCIA RODRIGO	2018_0805	F	30/01/2020	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	RUBIO REMIRO OLGA	2018_0826	S1	03/01/2020	AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	LLORENTE FAURO MARIA PILAR	2018_0921	S2	27/02/2019	LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	LLORENTE FAURO MARIA PILAR	2018_0921	S3	30/01/2020	LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	AGUIRRE ABADIA NOELIA	2019_1030	S2	17/01/2020	MIS MARIPOSAS VUELAN LIBRES
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	OCHOA MONEO PURIFICACION	2019_1051	S2	27/01/2020	DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS. CS DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	GARCIA SANCHEZ NURIA	2019_1135	S1	29/01/2020	UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MENOR DE 4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA

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

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

Número de memorias: 807 (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 DELICIAS SUR	ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL	2019_1139	S1	29/01/2020	EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	GABAS BALLARIN MARIA PILAR	2019_1323	F	31/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR FISIOTERAPIA EN AP	GALINDO MORALES GEMA	2018_0720	S2	07/02/2019	PROYECTO COMUNITARIO ¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!
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 EJE DE LOS CABALLEROS	AGUADO CASADO JAVIER	2018_0124	F	14/03/2019	PROGRAMA PARA MEJORA DE LA SALUD BUCODENTAL EN POBLACION INFANTIL DE 6 A 8 AÑOS DEL C.P MAMES ESPERABE DE EJE DE LOS CABALLEROS, BASADA EN HABITOS DIETETICOS BUCOSALUDABLES
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS	LLERA GUERRA RAQUEL	2018_0819	F	15/03/2019	PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS DE EJE DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS	VAL JIMENEZ NURIA	2018_0819	F	31/01/2020	PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS DE EJE DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS	SORINAS DELGADO NOELIA	2018_0820	F	15/03/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EAP
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS	VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR	2018_0894	F	14/03/2019	DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE EJE DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS	NDJOU'OU MURILLO ESTEFANIA	2018_0985	F	15/03/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EJE DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS	SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO	2018_1237	F	26/02/2019	AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS	MARES X CAMELIA VALENTINA	2018_1522	F	12/02/2019	ANALISIS DE LA GESTION DE LAS CONSULTAS INDEMEMORABLES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS	GALLEGO ROYO ALBA	2019_0982	S1	23/01/2020	ATENCION AL PACIENTE Y FAMILIAR CON CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: UTILIZACION DE ACTIVOS DE NUESTRA COMUNIDAD PARA EL APOYO DURANTE EL PROCESO DE DESHABITUACION
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS	LABORDA EXQUERRA KATHARINA	2019_1060	S1	28/02/2020	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL CENTRO DE SALUD EJE DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS	LLERA GUERRA RAQUEL	2019_1119	S1	28/01/2020	MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EJE DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS	RIVERA FUERTES ANA MARIA	2019_1179	S1	30/01/2020	CONSULTA MONOGRAFICA: TECNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS EN ATENCION PRIMARIA. CIRUGIA MENOR E INFILTRACIONES
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS	MARES CAMELIA VALENTINA	2019_1488	F	31/01/2020	CONSULTA MONOGRAFICA: HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA. BIENESTAR EMOCIONAL, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y FOMENTO ACTIVIDAD FISICA
Z3	AP	CS EJE DE LOS CABALLEROS SALUD BUCODENTAL	MARCO RUIZ NOELIA CONCEPCION	2018_1515	F	07/03/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION PARA PREVENCION DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL
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 EPILA	LOPEZ ALONSO BEATRIZ	2018_0640	S1	15/03/2019	PROA. PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

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

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

Número de memorias: 807 (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 EPILA	GRACIA CERVERO ETHEL	2018_0917	F	14/03/2019	EDUCACION PARA LA SALUD EN PRIMEROS AUXILIOS PEDIATRICOS EN LOS CENTROS DE EDUCACION INFANTIL DE EPILA, LA MUELA Y LUMPIAQUE
Z3	AP	CS EPILA	SANZA PILAS JESUS	2018_0924	S1	15/03/2019	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP DE EPILA
Z3	AP	CS EPILA	SANCHEZ NUÑEZ JAVIER	2018_1023	F	15/03/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EPILA
Z3	AP	CS EPILA	GALAN BURILLO NURIA	2018_1565	F	20/02/2019	GESTION DEL MATERIAL DE CURA Y MATERIAL INSTRUMENTAL DE LA SALA DE CURAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	AP	CS EPILA	GALAN BURILLO NURIA	2019_0305	F	13/01/2020	GESTION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA
Z3	AP	CS EPILA	FRANCO GARCIA SARAY	2019_0459	F	31/01/2020	APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE EPILA
Z3	AP	CS EPILA	LOPEZ ALONSO BEATRIZ	2019_1066	S2	27/02/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE EPILA
Z3	AP	CS EPILA	ADAN GIL FRANCISCO MANUEL	2019_1401	S1	28/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE EPILA
Z3	AP	CS EPILA FISIOTERAPIA EN AP	ASTARRIAGA CABANAS ALEJANDRO	2019_1142	F	30/01/2020	REHABILITACION COMUNITARIA, MEJORANDO LA MOVILIDAD DE NUESTROS PACIENTES
Z3	AP	CS GALLUR	ESTEBAN JIMENEZ OSCAR	2015_0242	F	20/07/2016	PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2
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 GALLUR	HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL ENRIQUE	2018_0642	F	20/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD DE GALLUR
Z3	AP	CS GALLUR	BERNAL GARCIA ALICIA	2018_0874	F	20/02/2019	MEJORA DEL PROCESO DE IC EN C.S GALLUR
Z3	AP	CS GALLUR	SARASA OLANO MARINA	2018_1022	F	26/02/2019	PASEOS SALUDABLES POR MALLÉN Y BOQUIÑENI
Z3	AP	CS GALLUR	LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA	2018_1291	F	07/03/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS GALLUR	LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA	2019_1122	F	31/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE GALLUR
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	GORGHOJO 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	GORGHOJO 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 HERRERA DE LOS NAVARROS	ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR	2018_0589	F	10/01/2019	PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCION DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DE LA ESPALDA Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	BOIRA CUEVAS MARINA	2018_1358	S2	31/01/2020	PREPARACION Y MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS, CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE URGENCIAS

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

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

Número de memorias: 807 (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	BOIRA CUEVAS MARINA	2018_1358	F	23/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	BOIRA CUEVAS MARINA	2019_0201	F	31/01/2020	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	ALCAINE ALEGRE BEATRIZ	2019_0278	F	07/01/2020	PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESFIBRILADOR
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	MARTIN GOMEZ SUSANA	2019_0370	F	24/12/2019	"TU PUEDES SALVAR VIDAS". FORMACION EN RCP BASICA Y MANEJO DE LA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO DE LOS ALUMNOS DEL CEIP SAN JORGE (HERRERA DE LOS NAVARROS)
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	GORDO BLANCO ISABEL	2019_1257	F	07/02/2020	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS
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 LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	TIRADO AZNAR MARTA	2018_0813	F	11/03/2019	CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON. GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	BLESA RAMIREZ MARIA	2018_0899	F	23/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	PELEGRIN INGLES FELIX	2018_0899	F	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO	2018_0911	F	13/03/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	AMAL AMANE ABDELOUAHED	2018_0960	S2	24/01/2020	ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE	2018_0960	F	04/03/2019	ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA	2018_0999	S2	13/03/2019	TALLERES EN EL INSTITUTO Y/O ESCUELA: ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA	2018_0999	F	20/12/2019	TALLERES EN EL INSTITUTO Y/O ESCUELA: ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	ABENGOCHEA COTAINA BELEN	2018_1444	F	11/03/2019	PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA	2019_0938	F	30/01/2020	EDUCACION PARA LA SALUD EN EL AMBITO ESCOLAR: HABITOS DE VIDA SALUDABLES. ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	ABENGOCHEA COTAINA BELEN	2019_1037	F	22/01/2020	PROGRAMA DE ACOGIDA A NIÑOS DE HIJOS DE TRABAJADORES TEMPOREROS
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	MANJON LLORENTE GEMA	2019_1068	S1	27/01/2020	EDUCACION PARA LA CRIANZA Y SALUD EN EL LACTANTE
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE	2019_1178	F	31/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO	2019_1241	S1	31/01/2020	PROYECTO IMPLANTACION ECOGRAFIA CLINICA EN C.S. LA ALMUNIA. CRITERIOS DE DERIVACION, AGENDA DE ECOGRAFIA Y ANALISIS DE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE ECOGRAFIAS REALIZADAS EN AP Y AH

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

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

Número de memorias: 807 (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 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 MARIA DE HUERVA	MINGUEZA MOZAS ANA ISABEL	2018_1317	S0	19/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MARCO OLLOQUI MONICA	2018_1324	S1	10/02/2019	PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MARCO OLLOQUI MONICA	2018_1324	S2	19/01/2020	PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS	2018_1435	F	28/02/2019	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS	2018_1435	F	30/01/2020	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA	2018_1453	S4	01/03/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA	2018_1453	F	31/01/2020	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2015-2019
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	FUNES SABIRON ANA PILAR	2018_1488	F	27/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES	2018_1564	S0	26/02/2019	HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES	2018_1564	F	28/01/2020	HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MINGUEZA MOZAS ANA ISABEL	2019_1034	S1	28/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS ADMISION Y DOCUMENTACION	GASCON VAL MARIVEL	2019_1058	F	17/01/2020	MEJORAR EL PROCESO DE EXTRACCION DE SANGRE A DOMICILIO
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 RISEGOS MATERIAL SANITARIO, SALA, Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA	2018_0631	S0	22/01/2019	ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GRIMA MOLINER JOSE LUIS	2018_0635	S0	22/01/2019	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIAS EN EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	NAVARRO ZAPATA CARMEN	2018_0636	S0	23/01/2019	PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	LOMBAR GIMENO MARIA JOSE	2018_0648	F	24/01/2019	ATENCION AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	POBES LACRUZ MARIA JESUS	2018_0653	S2	16/01/2019	AUMENTAR LA CAPACITACION Y LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO-GARRAPINILLOS, EN LA PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	CHABBAR BOUDET ALICIA YUMEN	2018_0676	S0	22/01/2019	DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GIL UÑEZ CARMEN	2018_0683	S0	23/01/2019	SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION Y MANTENIMIENTO
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	ACIN LACASA MARTA	2018_0695	S0	24/01/2019	CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR	2018_0732	F	22/01/2019	MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO

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

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

Número de memorias: 807 (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 MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO	2018_1325	S1	13/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO GARRAPINILLOS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA	2019_0521	F	27/12/2019	UNA EXCURSIÓN SALUDABLE
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	SANCHEZ GARCIA ALICIA	2019_0990	F	23/12/2019	IMPLEMENTACION CALENDARIO VACUNAL EN EL ADULTO C.C MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	LOMBAR GIMENO MARIA JOSE	2019_0992	S2	08/01/2020	ATENCIÓN URGENTE AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	MAGAÑA JULIAN ELENA	2019_1031	F	24/01/2020	CONTROL Y GESTIÓN DEL ALMACÉN, MATERIAL FUNGIBLE Y FARMACOLÓGICO DEL C.S. MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	ACIN LACASA MARTA	2019_1063	F	24/01/2020	ADECUACIÓN DEL MALETÍN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO	2019_1106	F	15/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
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 OLIVER	ROY PEREZ CARMEN	2018_0815	F	15/03/2019	USO RACIONAL DE LOS ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS OLIVER	MIRANDA ANAYA ANA BELEN	2018_0963	S1	16/03/2019	DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN UN CVENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS OLIVER	BELTRAN LACORT FEDERICO	2018_0966	F	15/03/2019	PROYECTO DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS
Z3	AP	CS OLIVER	RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL	2018_1090	S2	23/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO	2018_1090	F	15/03/2019	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	LOPEZ GRANADA MANUEL	2018_1095	S6	15/03/2019	FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES
Z3	AP	CS OLIVER	SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO	2018_1153	F	15/03/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA C.S. OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	GASCON BRUMOS CARMEN	2018_1156	F	15/03/2019	RECURSOS PARA TU SALUD (PROYECTO DE CONTINUIDAD)
Z3	AP	CS OLIVER	GASCON BRUMOS CARMEN	2018_1156	F	03/02/2020	RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	MARTINEZ ASENSIO SUSANA	2018_1184	S1	30/01/2020	FORMACION EN CENTROS SOCIO SANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES
Z3	AP	CS OLIVER	ESCRIBANO PARDO DANIEL	2019_1006	S1	21/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	SANZ ABOS EVA MARIA	2019_1100	F	30/01/2020	MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO EN C. S. OLIVER 2019
Z3	AP	CS OLIVER	CASADO VELLILLA MARIA ISABEL	2019_1104	F	30/01/2020	MEJORA EN CONTROL DE AUTOCONTROLES GLUCEMICOS Y DISPENSACION DE MATERIAL DIABETICO 2019
Z3	AP	CS OLIVER	LOZANO JOSA SUSANA	2019_1168	S1	31/01/2020	REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD OLIVER 2019
Z3	AP	CS OLIVER	HERNANDEZ GARCIA ANA ISABEL	2019_1172	F	30/01/2020	DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE OLIVER 2019
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
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 SADABA	MARIN MURILLO PILAR	2018_0838	S1	06/02/2019	DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA
Z3	AP	CS SADABA	MARIN MURILLO PILAR	2018_0838	F	10/01/2020	COMPLETAR LA DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE SADABA
Z3	AP	CS SADABA	PEREZ GUZMAN TERESA	2018_0843	F	04/02/2019	CONTROLAR RIESGO D EINFECION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CENTRO SALUD DE SADABA

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

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

Número de memorias: 807 (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	MORENO GUSTRAN CARMEN	2018_0852	F	13/02/2019	UNCASTILLO SE MUEVE
Z3	AP	CS SADABA	ALVAREZ SANCHEZ MARIA MARTA	2018_0903	F	07/02/2019	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS SADABA
Z3	AP	CS SADABA	ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA	2018_0903	F	29/01/2020	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN EL CS SADABA
Z3	AP	CS SADABA	LABORDA EZQUERRA ROSARIO	2018_1041	S1	05/02/2019	VIOLENCIA DE GENERO : EDUCACION EN DETECCION Y PREVENCION PARA ALUMNOS DE 3º Y 4º DE LA ESO
Z3	AP	CS SADABA	PEREZ-CABALLERO BONA CARMEN	2018_1122	F	28/02/2019	RUTAS AMABLES POR MI TIERRA, RUTAS SALUDABLES
Z3	AP	CS SADABA	MENA GALLIZO ELENA	2018_1154	F	12/02/2019	ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA
Z3	AP	CS SADABA	GALAN ALAYETO BERTA ELISABET	2018_1226	F	25/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS SADABA	ESPINOZA MOSQUERA PAUL	2019_1095	F	29/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE SADABA
Z3	AP	CS SADABA	LABORDA EZQUERRA ROSARIO	2019_1141	S2	23/01/2020	VIOLENCIA DE GENERO, ESTRATEGIAS PARA PREVENCION EN ADOLESCENTES
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 SOS DEL REY CATOLICO	GARCIA LAFUENTE NATALIA	2018_0364	F	18/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACION Y REVISION
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	VIELBA DUEÑAS BEATRIZ	2018_0465	F	12/03/2019	OPTIMIZACION DE ANTIBIOTICOS EN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL	2018_0658	S1	14/03/2019	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL	2018_0658	F	30/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	HERNANDEZ ABADIAS LUCIA	2018_0827	S1	26/02/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	VIELBA DUEÑAS BEATRIZ	2019_0658	S1	21/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN FARINGOMIGDALITIS AGUDAS
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 ADMISION Y DOCUMENTACION	GARCIA HUERTA EMILIA	2018_0857	F	14/01/2019	DOCUMENTACION HISTORIAS DE EXITUS
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	PEÑA LEON IRENE	2018_0637	F	21/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA
Z3	AP	CS TARAZONA	COSCOLIN GARCIA PILAR	2018_0639	F	15/03/2019	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA
Z3	AP	CS TARAZONA	BELLOSO RODANES MARIA ISABEL	2018_0665	F	15/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS TARAZONA	LASHERAS GARCIA JULIA	2018_0935	F	28/01/2019	EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PREVENCION Y PRIMEROS AUXILIOS
Z3	AP	CS TARAZONA	GARGALLO GOMEZ PILAR	2018_1080	F	14/03/2019	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C.S. DE TARAZONA
Z3	AP	CS TARAZONA	MODREGO MOROS MARIA AMPARO	2018_1205	F	05/02/2019	PASEOS SALUDABLES DESDE EL C.S. DE TARAZONA

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

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

Número de memorias: 807 (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 TARAZONA	BELLOSO RODANES MARIA ISABEL	2019_0629	S2	25/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE TARAZONA
Z3	AP	CS TARAZONA	LASHERAS GARCIA JULIA	2019_0735	F	07/01/2020	RCP BASICA, OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP BASICA Y UTILIZACION DEL DESFIBRILADOR EN ESCOLARES
Z3	AP	CS TARAZONA	GARCIA HUERTA EMILIA	2019_0882	F	14/01/2020	TRANSFERENCIA HISTORIAS CLINICAS ZONA RURAL
Z3	AP	CS TARAZONA	PEÑA LEON IRENE	2019_1011	F	30/01/2020	SEGUIMOS ORGANIZANDO EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS TARAZONA	COSCOLIN GARCIA MARIA PILAR	2019_1435	S1	29/02/2020	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA. TELEDERMATOLOGIA
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 TARAZONA SALUD BUCODENTAL	MARTINEZ MARCO ESTRELLA	2019_0600	S1	23/12/2019	PREVENCION DE MALOCCLUSION Y HABITOS BUCODENTALES EN NIÑOS DE 4-5 AÑOS
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 TAUSTE	BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL	2018_0671	S1	29/01/2019	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL	2018_0671	F	24/01/2020	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO EN DERMATOSCOPIA EN EL EAP DE TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE	2018_0763	S2	29/01/2020	MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE	2018_0763	F	25/02/2019	MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	ASTIER PEÑA MARIA PILAR	2018_0781	S1	13/03/2019	PROGRAMA D OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EAP TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	GUILLEN GALVE MARIA	2018_0788	S0	29/01/2019	SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS,CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL
Z3	AP	CS TAUSTE	GUILLEN GALVE MARIA	2018_0788	F	29/01/2020	SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN INFANTIL
Z3	AP	CS TAUSTE	CARRERAS GIRALDA ANTONIO	2018_0896	F	29/12/2018	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA
Z3	AP	CS TAUSTE	CARRERAS GIRALDA ANTONIO	2018_0896	F	02/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA
Z3	AP	CS TAUSTE	MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA	2019_1167	F	16/01/2020	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EAP TAUSTE
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 UNIVERSITAS	CALAVIA SARNAGO DIEGO	2018_0713	F	27/02/2019	EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	AZNAR TEJERO PILAR	2018_0766	F	21/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS UNIVERSITAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	LIZANDRA FRON PEDRO	2018_0883	S1	04/02/2019	PROGRAMA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA UNIVERSITAS

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

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

Número de memorias: 807 (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 UNIVERSITAS	OSSES SORIA AMALIA	2018_1052	S1	21/02/2019	PROMOCION DE AUTOCUIDADOS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	MURILLO LAHOZ EVA	2018_1092	S1	27/02/2019	MANTENIMIENTO OPTIMO DE CONSULTA DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	MILLAN SOBRINO ESTELA	2019_0674	F	30/01/2020	PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	SORIA CASTRO ALBERTO	2019_1085	S1	27/02/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE UNIVERSITAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	AZNAR TEJERO PILAR	2019_1145	S2	27/02/2020	PROYECTO DE MEJORA DE IC EN AP
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	MATA BORDONABA MARIA DEL ROSARIO	2019_1148	S1	27/02/2020	PASEOS CARDIOSALUDABLES Y ACTIVIDADES COMUNITARIAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS SALUD BUCODENTAL	MILLAN SOBRINO ESTELA	2018_1467	F	15/03/2019	¡MI HIJO NO COME CHUCHES!
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 UTEBO	GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR	2018_0689	F	28/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO
Z3	AP	CS UTEBO	GASTON FACI ANA	2018_0997	F	28/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS UTEBO	ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE	2018_0998	S0	20/02/2019	TALLERES DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LA PRIMERA INFANCIA
Z3	AP	CS UTEBO	GASTON FACI ANA	2018_1038	S2	29/01/2020	PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO
Z3	AP	CS UTEBO	OLMO PEREZ MARIA ELENA	2019_1249	S1	28/01/2020	EDUCANDO EN SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA
Z3	AP	CS UTEBO	GASTON FACI ANA	2019_1302	F	29/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE UTEBO
Z3	AP	CS UTEBO PEDIATRIA	GASTON FACI ANA	2018_1038	S1	28/02/2019	PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARCENA CAAMAÑO MARIO	2015_0300	S1	14/02/2018	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARCENA CAAMAÑO MARIO	2015_0300	S4	19/02/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARRANCO OBIS PATRICIA	2016_0291	S1	09/01/2018	MANEJO DE LA FARINGOMIGDALITIS EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
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
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARRANCO OBIS PATRICIA	2018_0690	F	26/02/2019	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO	2018_0692	F	22/02/2019	GESTION DEL MATERIAL SANITARIO, MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARCENA CAAMAÑO MARIO	2018_0731	F	11/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BUIL LANGARITA SUSANA	2019_0963	S1	27/12/2019	HUMANIZACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARRANCO OBIS PATRICIA	2019_1040	F	19/01/2020	PROYECTO MEJORQA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS

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

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

Número de memorias: 807 (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
							VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS	2019_1061	S2	16/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE LA SALUD COMUNITARIA CON DIETA MEDITERRANEA Y EJERCICIO FISICO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARCENA CAAMAÑO MARIO	2019_1248	F	25/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILAFRANCA ESCOSA ALFREDO	2019_1349	F	30/01/2020	NUEVO SISTEMA DE GESTION DE LAS ANALITICAS (CITALAB), FASE PREANALITICA EN EL EAPS VALDEFIERRO 2019
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLARES ANDRES ROSA ISABEL	2019_1354	S2	04/02/2020	ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN	2019_1457	S1	09/01/2020	CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABAQUICA DE ENFERMERÍA
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	DAP ZARAGOZA 3	LAFITA MAINZ SERGIO	2018_0052	S1	15/03/2019	CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LAFITA MAINZ SERGIO	2018_0052	F	31/01/2020	CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	SERRANO PERIS DIANA	2018_0064	F	30/01/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZAIII
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LAFITA MAINZ SERGIO	2019_1319	S1	28/01/2020	DERMAP/DERMATOAP
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	SARASA BELLOSTA CRISTINA	2019_1322	S1	28/01/2020	PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	PESCADOR YAGÜE MARIA CARMEN	2019_1364	F	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA PARA LA TRAMITACIÓN DE TRASLADO EN AMBULANCIA
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS	2018_1439	F	16/01/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS	2019_0299	F	28/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES
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	CENTRO SANITARIO MONCAYO NEUMOLOGIA	ANEL GRACIA SILVIA	2019_1363	S1	31/01/2020	CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO
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	CRP NTRA SRA DEL PILAR PSIQUIATRIA	SEVA FERNANDEZ ANTONIO	2019_1136	S1	19/01/2020	COORDINACIÓN DE SALUD MENTALCON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR PSIQUIATRIA	VILLAS PEREZ EVA	2019_1298	F	26/01/2020	ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR PSIQUIATRIA	TARI GARCIA ANTONIO	2019_1310	S1	27/12/2019	PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR PSIQUIATRIA	FERRER DUFOL CARMEN	2019_1333	F	17/01/2020	PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR REHABILITACION DE PSIQUIATRIA	PEREZ BERGES MIGUEL ANGEL	2019_1246	F	14/01/2020	PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCIÓN MECANICA EN UME-ALONSO PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCION
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR UME ALONSO V	MARTIN GRACIA ANDRES	2019_0943	F	15/01/2020	PSICOEDUCACION FAMILIAR PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR EL PRONOSTICO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL CRP NTRA SRA DEL PILAR DE ZARAGOZA
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 BETALACTAMICOS EN PACIENTESINGRESADOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (HCULB)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ALERGOLOGIA	FERRER CLAVERIA LUCIA	2018_0650	F	17/02/2019	CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

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

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

Número de memorias: 807 (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 ALERGLOGIA	SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA	2019_0571	F	31/01/2020	INMUNOTERAPIA PRECOZ CON HUEVO PASTEURIZADO EN LACTANTES DIAGNOSTICADOS DE ALERGI A PROTEINAS DE HUEVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ALERGLOGIA	CUBERO SALDAÑA JOSE LUIS	2019_0602	F	14/01/2020	NOTIFICAR PARA MEJORAR: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE APOYO A LA NOTIFICACION DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE ALERGI DEL HOSPITAL CLINICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ALERGLOGIA	LOZANO ANDALUZ SOFIA VICTORIA	2019_0604	F	14/01/2020	IMPLANTACION DE UN CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE DESENSIBILIZACION A QUIMIOTERICOS Y FARMACOS BIOLÓGICOS
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 MULTIDICIPLINARIO 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 CITOLÓGICO GINECOLÓGICO
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 ANATOMOPATOLÓGICO 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 ANATOMOPATOLÓGICO 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 ANATOMOPATOLÓGICO DE LA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG) EN CARCINOMA DE MAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	OLMEDO ARBIZU EMMA	2018_0483	F	23/02/2019	INCREMENTO DE LA AUTOMATIZACION DE LA FASE ANALITICA EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	LAFUENTE MAINAR ANA BELEN	2018_0529	F	06/03/2019	MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	LAFUENTE MAINAR ANA BELEN	2018_0529	F	14/03/2019	MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	MEJIA URBAEZ ELAINE	2018_0531	F	20/02/2019	TRAJE DEL CANCER DE MAMA. INCLUSION EN EL COMITE DE TUMORES DE MAMA DESDE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	CARDIEL GARCIA MARIA JOSE	2018_0548	S2	14/03/2019	ADECUACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO A LAS NECESIDADES ACTUALES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	BLANZACO ACIN ZULEMA ESTHER	2019_0567	F	24/01/2020	ESTANDARIZACIÓN DE PROTOCOLOS PARA BIOPSIAS PEQUEÑAS Y CITOLOGIAS DE MAMA Y PULMON EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	MEJIA URBAEZ ELAINE	2019_0751	F	17/01/2020	ESTANDARIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN EL ESTUDIO CITOLÓGICO DE LA PATOLOGÍA RESPIRATORIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	FLORIA TRUC LIDIA	2019_0860	F	14/01/2020	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE BLOQUES CONTROL PARA INMUNOHISTOQUIMICA, ENMARCADO EN LA NORMA ISO 15189
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

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

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

Número de memorias: 807 (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 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 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 ANESTESIA Y REANIMACION	OLAGORTA GARCIA SILVIA	2018_0198	F	28/02/2019	OPTIMIZAR NIVELES HB PREOPERATORIA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA PARA MINIMIZAR RIESGO ASOCIADO A TRANSFUSIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES QUIRURGICOS DE ALTO RIESGO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	CALLAU CALVO AURORA	2018_0240	F	17/02/2019	CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCULB)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX	2018_0467	F	07/02/2019	PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE COLON DE FORMA PROGRAMADA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	BADEL RUBIO MARIA	2018_0476	F	14/03/2019	ADECUACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ANESTESIA A LOS PACIENTES PEDIATRICOS DE NUESTRO SECTOR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA	2019_0081	F	06/01/2020	ELABORACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UNA BASE DE DATOS INFORMATIZADA EN LA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO PARA EL REGISTRO DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX	2019_0281	F	26/02/2020	PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE NAUSEAS Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE	2019_0320	F	14/01/2020	VIDEO DE MONTAJE DE LA BOMBA DE INFUSION RAPIDA (BIR) EN EL BLOQUE QUIRURGICO DURANTE SITUACIONES DE URGENCIA DE SANGRADO MASIVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	CALLAU CALVO AURORA	2019_0394	F	31/01/2020	CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA. IMPLEMENTACIÓN DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA	2019_0462	F	31/01/2020	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO PARA LA RECOGIDA DE DATOS ANESTESICOS DURANTE LA REALIZACION DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA. (MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN PACIENTE SOMETIDO A TEC)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	ALBERICIO GIL BELEN	2019_0679	S1	22/01/2020	PROTOCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	GUILLEN ANTON JULIA	2019_1017	F	31/01/2020	MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS. ELABORACION DE UNA GUIA Y DIFUSION A LOS SERVICIOS QUIRURGICOS MEDICOS/ENFERMERIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	GIL CLAVERO SERGIO	2019_1282	F	31/01/2020	CREACIÓN DE UNA BASE DE DATOS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE PREHABILITACIÓN DEL HCU LOZANO BLESÁ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	CARBONELL ROMERO MARIA	2019_1391	S1	22/01/2020	PROTOCOLO DE ANALGESIA CON REMIFENTANILO PARA EL TRABAJO DE PARTO
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 ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	YUNGE DEL POZO GONZALO	2018_0376	S1	13/03/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	SANCHO GRACIA NOEMI	2018_0710	F	13/03/2019	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ARBUES ABAD ELENA	2019_1201	F	31/01/2020	INSERCIÓN Y CUIDADOS DEL MARCAPASOS PROVISIONAL

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

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

Número de memorias: 807 (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
		ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR					TRANVENOSO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	SANTAMARIA GONZALEZ MARIA	2016_0200	F	22/12/2017	IDENTIFICACION DE LAS INTERFERENCIAS POR MACROPROLACTINA EN PACIENTES CON HIPERPROLACTINEMIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	GUTIERREZ SAMPER ANA PILAR	2018_0608	S2	28/02/2019	IMPLANTACION DEL CUADRUPLE TEST BIOQUIMICO PARA EL CRIBADO PRENATAL DE SEGUNDO TRIMESTRE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	RAMOS ALVAREZ MONICA	2018_0879	S1	13/03/2019	IDENTIFICACION DEL ORIGEN DEL SANGRADO EN ORINAS HEMATURICAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	LARA NAVARRO EMMA	2018_1273	F	15/02/2019	ACTUALIZACION DE LOS VALORES DEL PERFIL LIPIDICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	LARA NAVARRO EMMA MARIA	2019_0271	F	31/01/2020	MODULACION DE LA DEMANDA DE MARCADORES TUMORALES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	RUIZ BUDRIA JOSE	2019_0741	F	31/01/2020	INTRODUCCION DEL VALOR DE REFERENCIA DEL CAMBIO EN LOS PARAMETROS ANALITICOS DE BIOQUIMICA AUTOMATIZADA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	APARICIO PELAZ DIEGO	2019_0747	F	31/01/2020	MONITORIZACION DE LA TEMPERATURA EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DESDE CENTROS PERIFERICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	ARRUEBO MUÑO MARIA	2019_0803	F	20/12/2019	AUTOMATIZACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEÍNAS SÉRICAS POR NEFELOMETRÍA
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 BIOQUIMICA CLINICA	SANTAMARIA GONZALEZ MARIA	2018_0596	F	25/02/2019	OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	LLORENTE FERNANDEZ ELENA	2018_0656	F	04/03/2019	OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	LORENTE MARTIN SILVIA	2018_0745	F	04/02/2019	OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE PREANALITICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	LATORRE GARCES VIOLETA	2018_1026	S1	27/02/2019	MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA, POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	MENAO GUILLEN SEBASTIAN	2018_1268	F	04/03/2019	DETECCION DE PACIENTES CON DEFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINATOMANDO COMO PUNTO DE PARTIDA EL HALLAZGO DE NIVELES BAJOS DELA FRACCION ALFA1 EN EL PROTEINOGRAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	SOLE LLOP MARIA ESTHER	2019_1129	F	26/01/2020	ESTABLECIMIENTO DEL INTERVALO DE REFERENCIA BIOLÓGICO PARA LA VITAMINA B12 Y ACIDO FOLICO EN LA POBLACION DE ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BLOQUE QUIRURGICO	ROQUES MATA MARIA CARMEN	2019_1463	S1	30/01/2020	IMPLEMENTACION DE GUIAS DE ACOGIDA AL BLOQUE QUIRURGICO, DIRIGIDAS A PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION Y ESTUDIANTES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	GIMENO GARZA JAIME	2015_0189	F	17/01/2018	VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP
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 UN CENTRO SIN CIRUGIA CARDIACA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	REVILLA MARTI PABLO	2018_0786	F	07/02/2019	ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	PINILLA LOZANO MARIA JESUS	2018_1486	F	10/02/2019	CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	LUKIC OTANOVIC ANTONELA	2018_1560	S1	06/02/2019	PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCLUB
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	FERREIRA AGUAR ANA ISABEL	2019_0395	F	09/01/2020	ELABORACION DE UN CURSO/TALLER PARA DIVULGACION DEL PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA ENTRE LOS MEDICOS Y ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR III

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

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

Número de memorias: 807 (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 CARDIOLOGIA	RIAÑO ONDIELA ADRIAN	2019_0400	F	08/01/2020	VALORACION CARDIOLOGICA PREVIA AL TRASPLANTE HEPATICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	CUEVA RECALDE JUAN FRANCISCO	2019_0439	F	08/01/2020	IMPLEMENTACION DE LA RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	LINARES VICENTE JOSE ANTONIO	2019_0533	S1	28/01/2020	CONSULTA DE PRE-EVALUACIÓN DE IMPLANTE PERCUTÁNEO TRANSCATETER DE VÁLVULA AÓRTICA (PRETAVI)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	REVILLA MARTI PABLO	2019_0895	F	28/01/2020	PROTOCOLIZACIÓN DEL ESTUDIO GENÉTICO EN LAS CARDIOPATÍAS FAMILIARES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	LOPEZ CUARTERO PILAR	2019_1003	S1	24/02/2020	CHECK-LIST DIGITALIZADO DEL APARATAJE EN ESTANCIAS HOSPITALARIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	JIMENEZ MELO OCTAVIO	2019_1008	F	29/01/2020	PROGRAMA DE INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR (ENFERMERIA Y CARDIOLOGIA) EN EL PACIENTE AMBULATORIO CON INSUFICIENCIA CARDIACA DEL CME MONCAYO. SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	LUKIC OTANOVIC ANTONELA	2019_1041	S1	24/02/2020	MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	MELERO POLO JORGE	2019_1127	S1	17/01/2020	SEMINARIOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO; REFORZANDO EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	MARTINEZ LABUENA ANA	2019_1284	S1	31/01/2020	PROTOCOLIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIÓN CORONARIO PERCUTÁNEO
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 CIRUGIA GENERAL MEDIANTE LA ASIGNACIÓN 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 UNIVERSITARIO 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 ESOFAGUECTOMIA ONCOLOGICA. PREVENCION Y TRATAMIENTO DE CARENCIAS NUTRICIONALES Y ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA POSTOPERATORIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MARIN CALAHORRANO JUAN PABLO	2018_1060	S1	18/02/2019	INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN SERVICIOS QUIRURGICOS DEL HCU LOZANO BLESA (TRAUMATOLOGIA, NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA VASCULAR)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA	2018_1186	S0	29/01/2019	TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ELIA GUEDEA MANUELA	2018_1198	S1	29/01/2019	REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ALLUE CABAÑUZ MARTA	2018_1285	S1	07/01/2019	EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA EN LA UNIDAD DE MAMA

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

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

Número de memorias: 807 (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 CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	HERNAEZ ARZOZ ALBA	2018_1301	S1	09/01/2019	RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	HERNAEZ ARZOZ ALBA	2018_1301	S1	15/02/2019	RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	JIMENEZ BERNADO ALFREDO	2019_0049	S1	16/01/2020	CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ELIA GUEDEA MANUELA	2019_0151	F	01/01/2020	PLAN CONTROLADO DE EJERCICIO FISICO Y LEVANTAMIENTO PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA POR CANCER COLO-RECTAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SANCHEZ BLASCO LAURA	2019_0239	F	30/01/2020	INFORMATIZACIÓN DEL PROTOCOLO QUIRÚRGICO EN UNIDAD DE MAMA (UMAC) DEL HCU LOZANO BLESÁ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SOLER LANZUELA FRANCISCO	2019_0374	F	29/01/2020	REALIZACIÓN DE UNA HOJA DE ACOGIDA CON INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	DIARTE ABENIA MARIA CARMEN	2019_0554	S1	24/12/2019	ELABORACION DE DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES DIETETICAS PARA EL PACIENTE SOMETIDO A UNA INTERVENCION, QUE CONLLEVE LA REALIZACION DE UN ESTOMA DE ELIMINACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO 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 BLESÁ
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 CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	BLANCO BAIGES EDUARDO	2018_1381	F	28/02/2019	INCORPORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS DE CIRUGIA DE MANO PARA INTERVENCIONES CARENTES DEL MISMO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GARCIA-ALVAREZ GARCIA FELICITO	2018_1415	S1	27/02/2019	DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA LA INFECCION ASOCIADA A ARTROPLASTIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	JUAN GARCIA EMILIO	2018_1428	F	28/02/2019	TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	LATORRE SAHUN ALBERTO	2019_0390	F	19/01/2020	PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA EN NUESTRO MEDIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CONSULTAS EXTERNAS	MARTINEZ LASARTE CRISTINA	2019_1329	F	15/01/2020	ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE MANEJO Y LECTURA DE HOLTER ELECTROCARDIOGRÁFICO QUE GARANTICE LA FIABILIDAD DE RESULTADOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DERMATOLOGIA	CONEJERO DEL MAZO RAQUEL	2018_1056	S1	24/02/2019	LESIONES VASCULARES DE LA INFANCIA. CONTROL EN CONSULTA DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DERMATOLOGIA	CONEJERO DEL MAZO CLAUDIA	2018_1061	S1	24/02/2019	HIDRADENITIS SUPURATIVA: SEGUIMIENTO ECOGRAFICO EN CONSULTA MONOGRAFICA EN DERMATOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DERMATOLOGIA	ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL	2019_0433	F	23/01/2020	MAPEO CORPORAL DIGITAL DE LESIONES PIGMENTADAS EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DERMATOLOGIA	DE LA FUENTE MEIRA SONIA	2019_0435	F	26/01/2020	PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTAS VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA. TELEDERMATOLOGIA

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

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

Número de memorias: 807 (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 DIGESTIVO	GARGALLO PUYUELO CARLA JERUSALEN	2016_0568	F	27/03/2018	OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA 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 BLESIA, 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 BLESIA, ZARAGOZA)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR	2018_0146	F	25/02/2019	DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE LA ESCUELA DE CELIACOS EN EL HCU LOZANO BLESIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	GARGALLO PUYUELO CARLA JERUSALEN	2018_1163	F	13/03/2019	ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL E IMPLANTACION DE LA TELEMEDICINA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HCU LOZANO BLESIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	LORENTE PEREZ SARA	2018_1200	S1	14/03/2019	HOSPITAL DE DIA PARA LA ATENCION DEL ENFERMO CON CIRROSIS HEPATICA DESCOMPENSADA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR	2019_0775	F	28/01/2020	REVISIÓN DIETÉTICA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CELIACOS
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 DIRECCION	JASA ARDANAZ VICENTE	2018_0110	S1	31/01/2019	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA
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 DIAGNÓSTICO Y ASISTENCIA AL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL	2018_0673	F	12/02/2019	GUIA PRACTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GENERO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	BLASCO LAMARCA YOLANDA	2018_0704	F	24/02/2019	PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	IRIGOYEN CUCALON LUIS	2019_0160	F	23/01/2020	DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO CENTRALIZADO EN CONSULTA ESPECÍFICA DE ENDOCRINOLOGÍA DE LOS PACIENTES CON HF EN EL SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	GIMENO ORNA JOSE ANTONIO	2019_0162	S2	23/01/2020	CREACIÓN DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR ORIENTADA A REDUCIR EL RIESGO VASCULAR RESIDUAL DE PACIENTES CON DIABETES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	BLASCO LAMARCA YOLANDA	2019_0445	F	30/01/2020	ELABORACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA SUPRARRENAL
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 ENFERMEDADES INFECCIOSAS	MORTE ROMEA ELENA	2019_0343	F	28/01/2020	CONSOLIDACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENDOCARDITIS (ENDOCARDITIS TEAM)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENFERMEDADES INFECCIOSAS	SIERRA MONZON JOSE LUIS	2019_1316	S1	31/01/2020	IDENTIFICACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENFERMEDADES INFECCIOSAS	SANJOAQUIN CONDE ISABEL	2019_1456	S2	31/01/2020	CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARAGON
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

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

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

Número de memorias: 807 (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 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 FARMACIA HOSPITALARIA	ARENERE MENDOZA MERCEDES	2018_0980	F	12/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	GIMENO GRACIA MERCEDES	2018_1020	S0	26/02/2019	COORDINACION H. CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEJA PARA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	BONAGA SERRANO BEATRIZ	2019_0042	F	20/12/2019	OPTIMIZACION LA ADMINISTRACION PARENTERAL DE ANTIBIOTICOS EN UCI
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	ARENERE MENDOZA MERCEDES	2019_0807	F	28/01/2020	MONITORIZACION DE LA UTILIZACION DE LOS ANTIMICROBIANOS DE ALTO VALOR ESTRATEGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA	GARCIA ROMERO ALEJANDRO	2019_0411	F	22/01/2020	IMPLEMENTACION DEL FLUJO DE TRABAJO DE DOSIMETRIA CLINICA SIN FICHA EN PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE FISICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO GESTION DE CASOS	MONCHE PALACIN ANA MARIA	2016_0210	F	21/12/2017	NFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS DE PACIENTES CRONICOS PENDIENTES DEL HCU LOZANO BLESA Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE EN LAINTRANET 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 HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GAVIN SEBASTIAN OLGA	2018_0907	S0	14/01/2019	INSTAURACION CONSULTA ENFERMERIA DE HEMOSTASIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GAVIN SEBASTIAN OLGA	2018_0907	F	14/02/2019	INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GAVIN SEBASTIAN OLGA	2019_0223	F	25/12/2019	OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL PACIENTE ONCOLOGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	DOBON REBOLLO MANUELA	2019_0360	F	29/01/2020	EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DEL SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MORENO CHULLILLA JOSE ANTONIO	2019_1337	F	18/01/2020	CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMODIALISIS	CALLIZO PEQUERUL LAURA	2019_0657	F	27/01/2020	CREACION DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS Y COMPLICACIONES EN LOS ACCESOS VASCULARES DE LOS ENFERMOS RENALES CRONICOS EN TTº CON HEMODIALISIS EN LA UNIDAD DEL HCU LOZANO BLESA Y CME I. JIMENEZ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO	TORRES SAIZ ALICIA	2019_1062	S1	24/01/2020	PROYECTO ARCO IRIS: HUMANIZACIÓN EN HOSPITAL DE DÍA Y AISLAMIENTO ONCOHEMATOLÓGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO INMUNOLOGIA	MARTINEZ LOSTAO LUIS	2018_1402	S1	27/02/2019	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO INMUNOLOGIA	NOCITO COLON MARIA MERCEDES LOURDES	2019_0926	F	20/12/2019	DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE
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 BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA DEL TRABAJO	SERRANO BARCOS LAURA	2018_0725	F	22/02/2019	CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA DEL TRABAJO	INGLES GARCIA DE LA CALERA MARIA CONCEPCION	2018_0740	S1	21/02/2019	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONSECUENCIAS LABORALES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION TRABAJADORA ADSCRITA AL SECTOR 3 DEL SALUD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA DEL TRABAJO	PUENTE COLINA ALBERTO	2019_0861	S1	24/01/2020	GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA DEL TRABAJO	ZUECO GARCIA ELENA	2019_1157	F	31/01/2020	MEJORA DE LA GESTION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

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

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

Número de memorias: 807 (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 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 HCLUB
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 INTENSIVA	OBON AZUARA BLANCA	2018_0282	F	08/02/2019	OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMETETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	OBON AZUARA BLANCA	2018_0282	F	03/03/2019	OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMETETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA	2018_0591	S1	19/02/2019	PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	BARCELO CASTELLO MIREIA	2018_0630	F	15/02/2019	LTSV: NO INGRESO EN UCI
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	VELILLA SORIANO CARMEN	2018_1146	F	25/02/2019	MENOS ES MAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	VICENTE LOPEZ MARTA	2018_1286	S1	11/02/2019	IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	VICENTE LOPEZ MARTA	2018_1286	F	24/02/2020	IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	RONCAL SOLA SUSANA	2018_1408	S1	11/02/2019	ADMINISTRACION DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL PACIENTE CRITICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	MARTINEZ ABELLEIRA NURIA	2018_1441	F	28/02/2019	IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	OBON AZUARA BLANCA	2019_0040	F	20/12/2019	MEDICINA INTENSIVA POR EL COMPROMISO CON LOS PACIENTES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	ROMANOS CALVO BEATRIZ	2019_0120	F	30/01/2020	MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UCI MEDICA DEL HOPITAL CLINICO LOZANO BLESÁ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	RIDRUEJO SAEZ RAQUEL	2019_0371	F	21/12/2019	MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN UCI
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL	2019_0690	S2	28/01/2020	CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CRITICO TRAS EL ALTA DE UCI QUIRURGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	FUERTES SCHOTT CAROLINA	2019_0752	S1	08/01/2020	OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	BARCELO CASTELLO MIREIA	2019_0880	F	16/01/2020	INDICADORES DE CALIDAD EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO DENTRO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	LOPEZ NUÑEZ CARLOS	2019_1004	F	31/01/2020	PROYECTO Nº 810: CESE MEDIDAS AISLAMIENTO EN MEDICINA CRITICA 2019
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	EZQUERRA BIESCAS JOSE MIGUEL	2019_1256	F	24/02/2020	MANUAL DE ACOGIDA PARA EL TCAE EN LA UCI-MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	MORA RANGIL PATRICIA	2019_1279	F	25/01/2020	DA A TU PACIENTE UN "FAST HUG"
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 TODOS los proyectos)

Número de memorias: 807 (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 MEDICINA INTERNA	JOSA LAORDEN CLAUDIA	2018_0698	S1	11/03/2019	COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERRO TERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	TOYAS MIAZZA CARLA	2018_0856	S1	12/02/2019	APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	VICENTE DE VERA FLORISTAN CARMEN	2018_1114	S1	14/02/2019	HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	CANO FERNANDEZ ALBERTO	2018_1235	S1	24/02/2019	ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	OLIVERA GONZALEZ SUSANA	2018_1422	S1	04/03/2019	PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE LA ATENCION RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HCU "LOZANO BLESAS" DE ZARAGOZA 2018
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	JIMENO SAINZ ARACELI	2018_1559	S1	28/01/2019	REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESAS"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	JIMENO SAINZ ARACELI	2018_1559	S1	27/02/2019	REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESAS" PROYECTO 2018_1559
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	RUBIO GRACIA JORGE	2019_0665	F	22/01/2020	EMPLEO DE SUERO SALINO HIPERTONICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN MEDICINA INTERNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	SANCHEZ MARTELES MARTA	2019_0766	F	27/01/2020	EMPLEO DE HIERRO ENDOVENOSO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN MEDICINA INTERNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	RUIZ LAIGLESIA FERNANDO	2019_0829	F	21/01/2020	PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESAS"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	VALLES VILLAGRASA EVA	2019_0984	F	30/01/2020	HIGIENE BUCAL EN EL PACIENTE CON DÉFICIT DE AUTOCUIDADO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	RODRIGUEZ IBAÑEZ RUBEN	2019_1001	S1	29/01/2020	MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	ALMERIA FERNANDEZ EUGENIA	2019_1029	F	20/12/2019	ACTUALIZACION DEL MATERIAL AUDIOVISUAL (POWER POINT) DEL "TALLER DE CUIDADORES" DEL HCU LOZANO BLESAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	RODRIGO AYLAGAS MARIA PILAR	2019_1043	F	30/01/2020	RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	RODRIGO AYLAGAS MARIA PILAR	2019_1043	F	31/01/2020	RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA NUCLEAR	PRATS RIVERA ENRIQUE	2018_1016	S1	26/02/2019	PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA NUCLEAR	PRATS RIVERA ENRIQUE	2018_1016	F	27/02/2020	PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	HERNANDEZ GARCIA IGNACIO	2018_0772	F	07/02/2019	REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO	2018_0956	S1	27/02/2019	REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	FELIX MARTIN MANUELA	2018_1044	S1	25/02/2019	HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	HERNANDEZ GARCIA IGNACIO	2019_0517	F	14/01/2020	MEJORA DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN LA CONSULTA DE VACUNAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	MOLINER LAHOZ JAVIER	2019_0660	F	31/01/2020	ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE REGISTRO Y ANALISIS DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO	2019_1317	F	30/01/2020	REESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL
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	BENITO RUESCA RAFAEL	2018_0289	F	06/02/2019	DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA

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

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

Número de memorias: 807 (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
		MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA					IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS PROCEDENTES O INNECESARIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD	2018_0294	F	30/01/2019	ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ALGARATE CAJO SONIA	2018_0442	F	11/02/2019	ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 72 HORAS DE LOS HEMOCULTIVOS NEGATIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	SERAL GARCIA CRISTINA	2018_0488	F	11/02/2019	ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 24-48H DE LOS COPROCULTIVOS POSITIVOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	VIDAL GALINDO MARIA ESTHER	2018_0875	F	15/02/2019	CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD	2019_0098	F	08/01/2020	CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO Y AL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DIRIGIDO DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	VIDAL GALINDO MARIA ESTHER	2019_0175	F	14/01/2020	CONSERVACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	GIL TOMAS JOAQUINA	2019_0215	F	29/01/2020	ELABORACION DE INFORMES SEMANALES SOBRE LA SITUACION DE LAS INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIOS EN LA TEMPORADA DE GRIPE (DIRIGIDAS AL HOSPITAL)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	BENITO RUESCA RAFAEL	2019_0324	F	09/01/2020	DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ALGARATE CAJO SONIA	2019_0667	F	30/01/2020	IMPLEMENTACIÓN DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO MICROBIOLÓGICO EN MENINGOENCEFALITIS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	CONDADO CONDADO HECTOR	2019_0684	F	28/01/2020	ELABORACIÓN DE UN CARTEL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS GENITALES PARA ESTUDIO MICROBIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	SANCHEZ YANGÜELA ELENA	2019_0884	F	10/01/2020	ELABORACION DE INFORMES A LAS 24H DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS UROCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGIA	IÑIGO GIL PABLO	2018_0645	F	11/03/2019	PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ (HDIJ)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGIA	CRIADO MAINAR MARIA CARMEN	2018_1131	F	14/03/2019	APERTURA DEL NUEVO CENTRO DE HEMODIALISIS SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGIA	SANCHEZ MARTIN MARIA PILAR	2018_1134	F	11/03/2019	TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGIA	MERIDA DONOSO ANCHEL	2019_0791	F	13/01/2020	CREACION DE UN MANUAL PARA LA ACOGIDA DEL PERSONAL NUEVO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa Y EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGIA	CRIADO MAINAR CARMEN	2019_0808	S1	31/01/2020	REFORMA DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL CLÍNICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGIA	IÑIGO GIL PABLO	2019_0816	S1	27/02/2020	RE-ESTRUCTURACION DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HCU LOZANO Blesa Y PUESTA EN MARCHA COMPLETA (SEGUNDA FASE) DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	HERRERO JARQUE JOSE PABLO	2018_0517	F	24/02/2019	REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA REALIZACION DE POLIGRAFIA DE SUEÑO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	COSTAN GALICIA JOAQUIN	2018_0518	F	24/02/2019	REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA CONTROL DE CPAP Y PRESCRIPCION ADECUADA A FORMA Y TIEMPO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	HERNANDEZ BONAGA MARIA	2018_0520	S0	24/02/2019	REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	ORCASTEGUI CANDIAL JOSE LUIS	2019_0579	F	25/01/2020	IMPLANTACION DEL CURSO CLINICO DE LA HISTORIA ELECTRONICA EN LAS CONSULTAS AMBULATORIAS DE NEUMOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	COSTAN GALICIA JOAQUIN CARLOS	2019_0583	F	25/01/2020	PROTOCOLO DE OXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	HERNANDEZ BONAGA MARIA	2019_0593	S1	30/01/2020	ACTUALIZACION DEL PROCESO DE CANALIZACION Y DERIVACION COMPARTIDA DE LOS PACIENTES QUE PRECISAN VMNI
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	COSTAN GALICIA JOAQUIN CARLOS	2019_0594	F	25/01/2020	MEJORA DEL PORCENTAJE DE INTERCONSULTAS VIRTUALES RESULTAS SIN VISITA PRESENCIAL DEL PACIENTE EN

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

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

Número de memorias: 807 (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
							CONSULTAS DEL CME INOCENCIO JIMENEZ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	TELLER JUSTE PABLO	2019_0595	F	31/01/2020	ABORDAJE DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES FUMADORES HOSPITALIZADOS
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 NEUROLOGIA	SANCHEZ VALIENTE SARA ISABEL	2018_0350	F	13/02/2019	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES DE LA CONSULTA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	TEJERO JUSTE CARLOS	2018_0367	S1	22/02/2019	CONSULTA DE PATOLOGIA CAROTIDEA CRONICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	PEREZ LAZARO CRISTINA	2018_0368	S2	14/02/2019	VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA. ESTRATEGIA IRASPROA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	SANTOS LASAOSA SONIA	2018_0373	F	05/02/2019	MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE ONABOTULINUMTOXINA EN MIGRAÑA CRONICA Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	ROCHE BUENO JOSE CARLOS	2018_1177	F	17/02/2019	IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA	2019_0069	F	20/12/2019	REDUCCION DE INGRESOS PROGRAMADOS EN NEUROLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	ROCHE BUENO JOSE CARLOS	2019_0102	F	20/01/2020	SCREENING DE DETERIORO COGNITIVO Y ALTERACIONES CONDUCTUALES E INFORMACION SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	GARCES REDONDO MOISES	2019_0186	F	27/01/2020	PROTOCOLO UNIFICADO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ESCLEROSIS MULTIPLE EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	MUÑOZ FARJAS ELENA	2019_0257	S1	11/01/2020	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION DE REALIZACION DE PUNCIÓN LUMBAR PROGRAMADA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	MAURI LLERDA JOSE ANGEL	2019_0377	F	29/01/2020	MANEJO DEL ESTATUS EPILEPTICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	ESCRIBANO GARCIA MARTA	2019_0570	F	17/01/2020	IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON ICTUS AGUDOS EN LA PLANTA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	TEJERO JUSTE CARLOS	2019_0846	F	29/01/2020	PROYECTO TABLET HCE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	SANCHEZ VALIENTE SARA	2019_0975	F	27/12/2019	PROCEDIMIENTO DEL TEST DE APOMORFINA
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 BLESÁ

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

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

Número de memorias: 807 (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 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 OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	PEREZ SORBE CRISTINA	2018_0532	S1	18/02/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS DE ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA A TRAVES DE POSTER
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTINEZ MEDEL JORGE	2018_0711	F	22/02/2019	ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MATEO ALCALA PURIFICACION	2018_0717	F	04/02/2019	DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ORNAT CLEMENTE LIA	2018_0728	S2	08/03/2019	ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ARRIBAS MARCO MARIA TERESA	2018_0841	S2	08/03/2019	CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LAS CESAREAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	TABUENCA VICEN CRISTINA	2018_0908	S1	23/02/2019	UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	EZQUERRA GIMENEZ ANA	2018_0936	F	06/02/2019	CONTROL DE GESTANTE DIABETICAS INTRAPARTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	PEINADO BERZOSA RUTH	2018_0971	S0	22/02/2019	HIDRATACION ORAL INTRAPARTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MORENO RUTIA ESTHER	2018_0976	S1	18/02/2019	ACTUALIZACION, REVISION Y MEJORA DEL PLAN DE PARTO EN EL H.C.U LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MAINAR JOSA GEMA LUCIA	2018_0978	S1	26/02/2019	PROTOCOLO ATENCION AL DUELO PERINATAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION H.CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MAINAR JOSA GEMA LUCIA	2018_0978	F	31/01/2020	PROTOCOLO ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN H.C.U.
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	NARVION CASORRAN CAROLINA	2018_0984	F	20/02/2019	TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REPOLLES LASHERAS SIRA	2018_1108	F	14/02/2019	INCLUSION EN LA OFERTA NORMALIZADA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION (LARC) DE NUEVOS DISPOSITIVOS KYLEENA Y OCON EN LA CONSULTA DE ANTICONCEPCION DE INOCENCIO JIMENEZ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BESCOS SANTANA ELENA	2018_1151	F	28/01/2019	PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BESCOS SANTANA ELENA MARIA	2019_0043	S1	10/01/2020	INCORPORACION DE LA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCOPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	NASSAR MELIC NADIA	2019_0058	F	21/01/2020	MEJORA DE LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN CONIZACIONES REALIZADAS CON EXOSCOPIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REPOLLES LASHERAS SIRA	2019_0075	S1	18/01/2020	MEJORA DE LA VIA CLINICA Y DOCUMENTACION PARA REALIZACION DE HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	LAHOZ PASCUAL MARIA ISABEL	2019_0508	F	29/01/2020	CREACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE SEXOLOGIA CLINICA EN SALUD ARAGON SECTOR III

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

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

Número de memorias: 807 (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 OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTINEZ MEDEL JORGE	2019_0527	S1	13/01/2020	REALIZACION DE VERSION CEFALICA EXTERNA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RUIZ MARTINEZ SARA	2019_0528	F	17/01/2020	ACTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESÁ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ	2019_0536	F	18/01/2020	DIEZ PASOS EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	NARVION CASORRAN CAROLINA	2019_0598	S1	30/01/2020	INTERCONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA DERIVACIÓN DE LA GESTANTE A PRIMERA VISITA DE EMBARAZO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES	2019_0645	S1	01/03/2020	CRIBADO DE PRECLAMPSIA, CIR Y PARTO PRETERMINO EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REMACHA SIENES MARIA	2019_0707	F	28/01/2020	DESARROLLO DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL Y DE GENETICA DE LA REPRODUCCION AREA III DEL SALUD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	DIAZ VEGA MIGUEL	2019_0740	F	22/01/2020	CREACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA Y UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOMETRIOSIS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	PADIN FABEIRO MARTA	2019_0779	S1	26/01/2020	ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA
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 BEVACIZUMAB 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 OFTALMOLOGIA	MINGUEZ MURO ENRIQUE	2018_1065	F	13/02/2019	EVITAR LA VISITA ANESTESICA PREOPERATORIA Y TEST DIAGNOSTICOS ADICIONALES, EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CATARATA NO COMPLICADA BAJO ANESTESIA TOPICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	REMON GARIJO LEON	2018_1119	F	12/02/2019	ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CIRUGIA DE ESTRABISMO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	IBAÑEZ ALPERTE JUAN	2018_1473	F	21/02/2019	RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	IBAÑEZ ALPERTE JUAN	2018_1473	F	21/02/2019	RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	RAMIRO MILLAN PATRICIA	2019_0055	F	14/01/2020	ELABORACION DE LAS ALTAS QUIRURGICAS POR LOS FACULTATIVOS DE LA SECCION DE OFTALMOLOGIA PEDIATRICA EN EL ANTE QUIROFANO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA	2019_0097	F	30/12/2019	ELABORACIÓN DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO PARA LA INYECCIÓN DE AIRE O GAS EN CÁMARA ANTERIOR EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA MEMBRANA DE DESCEMET
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	MINGUEZ MURO ENRIQUE	2019_0147	F	24/12/2019	ADAPTACION DE LISTADO DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD QUIRURGICA (LVSQ) A LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO	2019_0314	F	31/01/2020	MEJORA EN LA GESTION DE LISTAS DE ESPERA QUIRURGICAS DE CIRUGIA DE CATARATA EN C. S. A. R. CINCO VILLAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	PEREZ NAVARRO ITZIAR	2019_0315	F	31/01/2020	IMPLANTACION DE TECNICA MICROINVASIVA (IMPLANTE XEN) PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA
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 BLESÁ ("RINCON DE OCIO")
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 ONCOLOGIA MEDICA	ANDRES CONEJERO RAQUEL	2018_1195	F	26/02/2019	INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ONCOLOGIA MEDICA	ISLA CASADO DOLORES	2018_1196	F	22/02/2019	CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	TORRES RAMON IRENE	2019_0391	F	31/01/2020	PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA NEUTROPENIA

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

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

Número de memorias: 807 (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
		ONCOLOGIA MEDICA					FEBRIL EN PACIENTE ONCOLOGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ONCOLOGIA RADIOTERAPIA	VALTUEÑA PEYDRO GERMAN	2019_0428	F	15/01/2020	ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPIA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ONCOLOGIA RADIOTERAPIA	VALTUEÑA PEYDRO GERMAN	2019_0450	S1	15/01/2020	ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPIA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (HB)
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 OTORRINOLARINGOLOGIA	GARCIA CURDI FERNANDO	2018_0159	F	07/02/2019	ACTUALIZACION DE LA FICHA-RESUMEN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN LA HISTORIA CLINICA DE ORL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OTORRINOLARINGOLOGIA	SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL	2018_0417	S2	14/02/2019	PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OTORRINOLARINGOLOGIA	SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL	2018_0417	F	09/02/2019	PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OTORRINOLARINGOLOGIA	ALFONSO COLLADO JOSE IGNACIO	2018_0429	S1	14/02/2019	PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE RINOLOGIA Y PATOLOGIA FACIAL
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 BLESÁ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	HUERTA BLAS PALOMA	2018_0761	S1	13/02/2019	ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	CUADRON ANDRES LORENA	2018_0969	S1	08/02/2019	EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	BUENO LOZANO OLGA	2018_1017	S1	16/01/2019	ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	BUENO LOZANO OLGA	2018_1017	F	24/02/2019	ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	ASCASO MATAMALA ANGELA MARINA	2019_0242	F	27/01/2020	ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE DEBUT DIABETICO Y ENFERMEDADES INTERCURRENTES EN URGENCIAS DE PEDIATRIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	CUADRON ANDRES LORENA	2019_0277	F	29/01/2020	ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA QUE INGRESA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUE PRECISAN SEDACIÓN
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR	2019_0283	F	28/01/2020	DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS CONGENITO EN EL RECIEN NACIDO CON OTOEMISIONES ACUSTICAS NEGATIVAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	HUERTA BLAS PALOMA	2019_0361	F	30/01/2020	ELABORACIÓN Y USO DE HOJA DE CÁLCULO PREDISEÑADA Y VALIDADA PARA LA OBTENCIÓN DE DOSIS DE MEDICACIÓN Y MATERIAL DE EMERGENCIA Y RCP SEGUN PESO Y EDAD PEDIÁTRICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	LLORENTE CEREZA MARIA TERESA	2019_0460	F	30/01/2020	ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 PORTADORES DE BOMBAS DE INFUSION SUBCUTÁNEA CONTINUA DE INSULINA (ISCI)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	BONAFONTE DIEZ LUCIA	2019_1191	F	27/01/2020	EDUCACION DIABETOLOGICA BASICA ANTE UN DEBUT DIABETICO. SESIONES EDUCATIVAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	PEREZ CADENAS MARIA DEL MAR	2018_1018	S1	28/02/2019	GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	PUENTE COLINA ALBERTO	2018_1039	S1	28/02/2019	COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III
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)

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

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

Número de memorias: 807 (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 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 PSIQUIATRIA	IRIGOYEN RECALDE ISABEL	2019_0967	F	05/01/2020	ACTUALIZACION, AMPLIACION Y ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS DE INGRESOS Y ALTA EN HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PSIQUIATRIA	RUIZ LAZARO PEDRO MANUEL	2019_1082	S1	28/01/2020	GESTIÓN POR PROCESOS EN ENTRADA Y SALIDA DE PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL USMIJ SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PSIQUIATRIA	PEREZ CAMO VALERO	2019_1250	F	18/02/2020	GUIA DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PSIQUIATRIA	ZAPATA USABEL MAITE ARANZAZU	2019_1355	F	30/01/2020	PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y DE ALTA/DERIVACIÓN EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL (UCE PSQIJ) DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
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	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 RADIODIAGNOSTICO	SAEZ VALERO EDUARDO	2018_1506	F	27/02/2019	ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	IBAÑEZ MUÑOZ DAVID	2018_1509	F	27/02/2019	IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	DOMENE MOROS RUTH	2018_1547	S2	13/03/2019	POLIQUISTOSIS HEPATORENAL AUTOSOMICA DOMINANTE (PQRAD). VALORACION RADIOLOGICA DE NUEVOS TRATAMIENTOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	IBAÑEZ MUÑOZ DAVID	2019_0348	S2	29/01/2020	EVALUACION DEL RENDIMIENTO TRAS LA IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DERADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	SAEZ VALERO EDUARDO	2019_0384	F	31/01/2020	DESARROLLO DE ESTUDIO DE POSTPROCESADO DE TECNICAS DE RESONANCIA MAGNETICA. OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADQUISICION E INDICACIONES EN NEURORRADIOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	SALCEDA ARTOLA JAVIER	2019_0843	F	31/01/2020	MANUAL DE RADIOLOGÍA DE URGENCIAS PARA EL RESIDENTE DE RADIODIAGNOSTICO
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 DELPERSONAL 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 RADIOFISICA HOSPITALARIA	GARCIA ROMERO ALEJANDRO	2018_1031	S1	28/02/2019	ANALISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCION POR PARTE DE FISICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	JIMENEZ ALBERICIO JAVIER	2018_1043	F	28/02/2019	ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELESDE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	RUIZ MANZANO PEDRO	2018_1523	F	28/02/2019	PAUTAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE DIALISIS CON PACIENTES CON TRATAMIENTOMETABOLICO MEDIANTE ISOTOPOS RADIATIVOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	RUIZ MANZANO PEDRO	2019_0650	F	02/01/2020	EVALUACION DE LA NECESIDAD DE GESTIONAR EL LU177M COMO RESIDUO RADIATIVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	JIMENEZ ALBERICIO FRANCISCO JAVIER	2019_0685	F	31/01/2020	DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL NUEVO EQUIPO PET-TC
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA	PEREZ VECINO DANIEL	2019_0572	S1	31/01/2020	ELABORACIÓN DE GUÍA VISUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA

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

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

Número de memorias: 807 (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 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 LOZANOBLESA 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 REHABILITACION	AZUARA LAGUIA JOSE LUIS	2018_1049	F	15/03/2019	DOCUMENTO GRAFICO DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS EJERCICIOS RECOMENDADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	ESTERUELAS CUARTERO PAULA	2019_0236	F	20/12/2019	REVISION DEL FOLLETO "CONSEJOS PARA CUIDAR A UNA PERSONA DEPENDIENTE" RECOMENDACIONES PARA CUIDADORES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	CARNEIRO LAZARO RAQUEL	2019_0289	F	29/01/2020	DETECCIÓN DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA, ANTES Y DESPUÉS DE LAS SESIONES EDUCATIVAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	PUEYO RUIZ CRISTINA	2019_0292	F	15/01/2020	ACTUALIZACION DE HOJA DE REGISTRO DE TEST DE DISFAGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	LABORDA RUIZ MARIA PILAR	2019_0331	F	10/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SECTOR III EN EL CRIBADO DE LA DISFAGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	DE MIGUEL HERNANDO PEDRO PABLO	2019_0388	S1	27/12/2019	ACTUALIZACION TRIPTICO INFORMATIVO "PREVENCION DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE NEO DE MAMA"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	MEDRANO CID MAYRA	2019_0389	S1	18/01/2020	ESCUELA DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE CANCER DE MAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	SARTAGUDA ALABART MIREYA LORENA	2019_0699	S1	20/12/2019	ESCUELA PERINEAL. CONOCE TU SUELO PELVICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	MARTA LAZO MIGUEL ANGEL	2019_0727	S1	31/01/2020	IMPLANTACIÓN DEL BIOFEEDBACK TERAPEÚTICO EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SUELO PELVICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	AZUARA LAGUIA JOSE LUIS	2019_0797	F	31/01/2020	DOCUMENTO AUDIOVISUAL DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS EJERCICIOS REALIZADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REUMATOLOGIA	PERALTA GINES CILIA AMPARO	2018_0756	F	11/02/2019	DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REUMATOLOGIA	DELGADO BELTRAN CONCEPCION	2018_0757	F	12/02/2019	ATENCION A PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REUMATOLOGIA	PERALTA GINES CILIA AMPARO	2019_0457	F	31/01/2020	UNIDAD DE OSTEOPOROSIS FORMADA POR REUMATOLOGIA Y ENFERMERIA. CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA COMO APOYO A LA CONSULTA MONOGRAFICA DE OSTEOPOROSIS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO TOXICOLOGIA	FERRER DUFOL ANA	2018_1510	F	04/03/2019	PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABIS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO TOXICOLOGIA	BERNAL MORILLO MARIA	2018_1511	S0	15/03/2019	PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE DETECCION DE INSECTICIDAS ORGANOCLORADOS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS
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 BLESÁ"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UCI	ZALBA ETAYO BEGOÑA	2019_0407	F	03/01/2020	PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UCI	ARAIZ BURDIO JUAN JOSE	2019_0453	F	03/01/2020	CODIFICACION ESTANDARIZADA DE LOS INFORMES DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UCI	VIRGOS SEÑOR BEATRIZ	2019_0688	F	29/01/2020	VALORACION DE POSIBLES DONANTES DENTRO Y FUERA DE LA UCI
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UCI	FUERTES SCHOTT CAROLINA	2019_0752	F	29/02/2020	OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

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

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

Número de memorias: 807 (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 UCI QUIRURGICA	GOMEZ BACA CARMEN ANGUSTIAS	2016_0729	S1	15/01/2018	ESPACIO VIRTUAL DE ENFERMERIA DE LAS UCIS DEL HOSPITAL CLINICOUNIVERSITARIO 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 UCL	PEÑA NEBRA ANA CARMEN	2018_0880	F	12/02/2019	REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL HCU "LOZANO BLESA" COMO DATO OBLIGATORIO EL Nº DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MOZOTA DUARTE JULIAN	2016_1754	S1	15/02/2018	DAÑO CERO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MOZOTA DUARTE JULIAN	2018_0104	S1	31/01/2019	ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MOZOTA DUARTE JULIAN	2018_0104	F	31/01/2020	ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MOZOTA DUARTE JULIAN	2019_1339	S1	31/01/2020	PROGRAMA CIRUGIA SEGURA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE DIALISIS	PALACIO GAVIN GEMA	2019_0787	F	27/01/2020	CREACION DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN EL H. CLINICO Y EN EL CME INOCENCIO JIMENEZ DE ZARAGOZA QUE PRECISAN DE TRASLADO A OTROS CENTROS SANITARIOS
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 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 UNIDAD DE FORMACION	CHARLO BERNARDOS MARTA	2018_1123	S1	26/02/2019	ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE FORMACION	CHARLO BERNARDOS MARTA	2019_0981	S2	30/01/2020	SISTEMA DE EVALUACION SISTEMATICA Y DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA TERESA	2015_0297	F	08/01/2018	INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA
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	ETEV 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 URGENCIAS	AMORES ARRIAGA BEATRIZ	2018_0660	S1	11/02/2019	ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	GARCIA NOAIN ALBERTO	2018_0839	F	21/02/2019	USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	AMORES ARRIAGA BEATRIZ	2019_0123	F	14/01/2020	ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. CONTINUACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	VILLAFRANCA RUIZ PAMELA	2019_0345	S1	13/01/2020	CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	LOPEZ ALBA CONCEPCION	2019_0505	F	29/12/2019	CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA SALA DE OBSERVACION DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	SOLANS ATANCE ADRIAN	2019_1049	S1	30/01/2020	CODIGO ICTUS EN URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SAENZ ABAD DANIEL	2019_1350	F	24/02/2020	MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES

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

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

Número de memorias: 807 (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
		URGENCIAS					INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO U. LOZANO BLESA. IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	BERNAL JULIAN MARIA DOLORES	2019_1423	S1	30/01/2020	GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE
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 PACIENTESTRATADOS 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	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER	2018_0798	S1	16/02/2019	OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	MURILLO PEREZ CARLOS	2018_0904	S1	24/02/2019	CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	CAPAPE POVES VICTORIA	2018_0909	S1	24/02/2019	MANEJO DE ALTA RESOLUCION EN LA ESTENOSIS DE URETRA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	SUBIRA RIOS JORGE	2018_0977	S1	26/02/2019	ELABORACION DE ICONOGRAFIA (INFORMACION ESCRITA) SOBRE EL PROGRAMA FAST TRACK EN CISTECTOMIA RADICAL, PARA SER ENTREGADO A LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	CAPAPE POVES VICTORIA	2019_0210	S2	03/01/2020	MANEJO DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA ESTENOSIS DE URETRA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER	2019_0261	S2	02/01/2020	OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)
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 ANTIPICOTICO INYECTABLE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1148

1. TÍTULO

DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS ENTRA CARDIOLOGIA Y AP I. EL SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ANA ISABEL FERREIRA AGUAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARMONA AYNAT AMALIO
LORIZ ALIERTA ANA ISABEL
REVILLA MARTI PABLO
GIMENO GARZA JAIME
MONZON LOMAS FRANCISCO
GASCON BRUMOS CARMEN
VALLE PUJOL MYRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación de un equipo multidisciplinar. Elaboración de protocolo de manejo del paciente con SCA tras el alta. Finalizado el protocolo y remitido a la comisión de calidad y comisión de dirección. Pendiente divulgación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Lograr crear un grupo de trabajo entre Cardiología y Atención primaria, para elaborar protocolos de manejo consensuados y rutas asistenciales. Se ha iniciado con el proceso CARDIOPATIA ISQUÉMICA. Finalizado tanto el protocolo como la ruta asistencial. Queda pendiente, tras aprobación del mismo por la comisión de calidad su divulgación en los centros de atención primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La organización de la asistencia de los pacientes con patología crónica es un reto que involucra a distintos ámbitos asistenciales. La gestión por procesos conlleva la creación de grupos de trabajo multidisciplinar y creación de protocolos y vías clínicas consensuadas, según la mejor evidencia científica y con adaptación a la realidad local (Sector III). Este protocolo demuestra que es posible, y que el esfuerzo inicial redundará a medio y largo plazo en una asistencia de los pacientes con cardiopatía isquémica mejor, al considerar a cada paciente en función de su riesgo, con objetivos de tratamiento claros y definidos por la mejor evidencia científica, con menor variabilidad clínica y optimizando los recursos que disponemos. Recomendamos continuar esta línea de trabajo, completar el proceso de cardiopatía isquémica crónica y seguir con otros procesos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1148 ===== ***

Nº de registro: 1148

Título
DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS ENTRE CARDIOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA I. SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA) TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

Autores:
FERREIRA AGUAR ANA ISABEL, MONZON LOMAS FRANCISCO, GIMENO GARZA JAIME, REVILLA MARTI PABLO, GASCON BRUMOS CARMEN, SANZ MARTINEZ DIANA, OLLERO ARTIGAS ANDRES, LUÑO GARCIA BENITO

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad coronaria es la más importante de las enfermedades cardiovasculares como causa de muerte en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1148

1. TÍTULO

DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS ENTRA CARDIOLOGIA Y AP I. EL SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

población española de más de 30 años. También es cierto que la mortalidad ajustada por edad ha ido disminuyendo en las últimas décadas. Si añadimos el envejecimiento de la población y por tanto el aumento de casos con SCA el resultado es una progresiva saturación de las consultas.

Estos pacientes generan un elevado consumo de recursos, que con frecuencia son injustificados y parte de la causa es una inexistente protocolización del seguimiento por parte de Cardiología y atención primaria (AP). Por otra parte, se trata de un tipo de pacientes en que el proceso (CI) un recorrido relativamente "predecible" con objetivos claros de tratamiento y por tanto se trata de un proceso subsidiario de protocolizar.

El MAP tiene un papel esencial en el manejo y la identificación de los pacientes con CI y tras padecer un SCA es un momento crucial para incidir en los factores de riesgo y conseguir una adecuada concienciación del paciente sobre los tratamientos y sobre las modificaciones en los estilos de vida, para reducir el riesgo de nuevos eventos.

Es importante el adecuado seguimiento y definir los objetivos de tratamiento en aras a la supervivencia. La clave para asegurar la continuidad tras una hospitalización por un evento coronario es la comunicación entre Cardiología y AP. El instrumento fundamental es el informe de alta. El informe debe contener los aspectos relevantes para comprender la extensión gravedad y pronóstico de la enfermedad en cada paciente que permita clasificar a los pacientes en función de su riesgo y planificar el seguimiento. La existencia de protocolos conjuntos y una ruta asistencial es básico para mejorar el manejo, disminuir la variabilidad clínica y determinar quien, donde y cómo debe atender al paciente en cada momento de su seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención del paciente que sale de alta del Hospital con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA) a lo largo del primer año en su tránsito entre AP -Cardiología.

Secundarios

- Fomentar el trabajo en equipo entre Cardiología y Atención primaria
- Integrar la atención del paciente con SCA tendiendo a que sea más domiciliar/ambulatoria que hospitalaria
- Elaborar y asumir objetivos comunes transversales entre Cardiología y AP
- Consensuar un protocolo común de manejo basado en la mejor evidencia científica
- Impulsar la relación (telemática, telefónica y presencial) entre cardiología y AP
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica
- Aumentar la capacidad de resolución de las consultas

MÉTODO

- ELABORACIÓN DE LA RUTA ASISTENCIAL PARA SCA
 - o Criterios de inclusión en el proceso
 - o Definición de los flujos asistenciales dentro del proceso
 - o Calendario de seguimiento del paciente en función del riesgo
 - o Objetivos del tratamiento médico y cómo alcanzarlos.
 - o Vigilancia de efectos secundarios
 - o Valoración de adherencia al tratamiento
 - o Protocolo de actuación ante aparición de nueva sintomatología
- ACTIVIDADES FORMACION:
 - o Difusión de la ruta asistencial en los CAP.
 - o Elaboración de un díptico-tríptico para manejo práctico en la consulta
 - o Programa de formación continuada en relación con el proceso
 - o El dolor torácico. Angina. Formas de presentación
 - o Tratamiento hospitalario
 - o Prevención secundaria ambulatoria

INDICADORES

- De estructura:
 - o Ruta asistencial del SCA. Documento escrito, revisable periódicamente (1/ año)
 - o Responsable del proceso en la ámbito de Cardiología
 - o Constitución de un equipo multidisciplinar
- Indicadores:
 - o Porcentaje de pacientes en que consta la FEVI en el informe de alta
 - o Porcentaje de pacientes en que se indica la duración de la doble antiagregación
 - o Porcentaje de pacientes dados de alta con estatinas
 - o Porcentaje de pacientes con nivel de colesterol LDL < 70 a los 6 meses del alta
 - o Porcentaje de pacientes con recaída en hábito tabáquico a los 6 meses/ total pacientes fumadores previos

DURACIÓN

- 1º semestre de 2018:
- o Elaboración del Informe de alta estandarizado para el SCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1148

1. TÍTULO

DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS ENTRA CARDIOLOGIA Y AP I. EL SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

- o Presentación del proyecto en dirección medica de HCU y dirección de atención primaria
- o Presentación del proyecto de integración en los centros de atención primaria
- o Creación de los grupos de trabajo mixtos

- 2º. semestre de 2018:
 - o Desarrollo de la ruta asistencial :Elaboración del documento escrito
 - o Inicio de las actividades docentes en relación al proceso en los Centros de Salud
- 1º semestre de 2019:
 - o Difusión de la ruta asistencial y puesta en marcha de la misma
 - o Continuación de las actividades docentes

- 1º semestre de 2020
 - o Medición de resultados con los indicadores

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 - 2018/1188

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CORREO ELECTRONICO DE ENFERMERIA EN CONSULTA GENERAL DE DIGESTIVO DE INOCENCIO JIMENEZ

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA LAZARO ASPAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MIGUEL ELENA
BLAS LAUSIN JOSE MANUEL
ARAMENDIZ ARAUJO ROBERTO
ARROYO VILLARINO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el comienzo de este proyecto hasta la actualidad, se han mantenido las actividades proyectadas. Durante la consulta se le informa al paciente de este servicio su funcionamiento, y sus limitaciones.

El personal de enfermería revisa la bandeja de entrada del correo corporativo (enfermedigestivo.ij@salud.aragon.es) en dos ocasiones durante el turno de mañana, dando respuesta a las cuestiones planteadas por los pacientes.

A final de la jornada se hace un registro en una tabla excel sobre el número de correo recibidos, número de historia del paciente, sexo, edad, motivo de consulta y tiempo de respuesta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La primera semana del mes de enero se remitió a través del correo electrónico una encuesta a todos los pacientes que hicieron uso de este servicio desde que empezó (20/05/2018), hasta la realización de esta memoria (31/12/2018).

Se recibieron un total de 81 correos en el tiempo de la recogida de datos.

Los resultados de la encuesta enviada a los usuarios y el registro realizado durante el año son los siguientes:

La media de edad de los usuarios es de 40,69 años, el 35% son hombres y el 65% mujeres. Los dos motivos principales de consulta son motivos médicos (41.66%) e información acerca de resultado de las pruebas (43.33%), por temas de burocracia y citas consultaron el 3.33%.

Con respecto a la encuesta de satisfacción, el 72.50% está muy de acuerdo en que este servicio mejor la accesibilidad a nuestra consulta, el 27.50% esta de acuerdo con la misma cuestión.

Un 54.54% manifiestan estar muy satisfechos con la resolución de sus dudas y cuestiones y el 36.36% está satisfecho. Sobre el tiempo de respuesta, al 81.80% de usuarios les parece muy adecuado, al 18,2% adecuado.

En general 63.60% esta muy satisfecho con el servicio, el 18.20% está satisfecho y el 18.20% restante les parece indiferente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante estos meses de uso del correo electrónico, la valoración tanto de los profesionales como de los pacientes, es muy satisfactoria.

Hemos visto que esta herramienta nos permite una vía de comunicación muy rápida con los pacientes, optimizando tanto los tiempos de consulta como los de los pacientes, permitiendo gestionar trámites burocráticos y médicos evitando desplazamientos y esperas a los pacientes.

Para el equipo la incorporación del correo electrónico nos ha sido de gran utilidad, usándolo de manera adecuada, cuidando siempre la confidencialidad debe considerarse como una herramienta más a implantar en la atención sanitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1188 ===== ***

Nº de registro: 1188

Título
IMPLANTACION DE CORREO ELECTRONICO DE ENFERMERIA EN CONSULTA GENERAL DE DIGESTIVO DE INOCENCIO JIMENEZ

Autores:
LAZARO ASPAS MARIA, SANCHEZ MIGUEL ELENA, BLAS LAUSIN JOSE MANUEL, ARAMENDIZ ARAUJO ROBERTO, ARROYO VILLARINO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1188

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CORREO ELECTRONICO DE ENFERMERIA EN CONSULTA GENERAL DE DIGESTIVO DE INOCENCIO JIMENEZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el inicio de la consulta general de digestivo en el ambulatorio Inocencio Jiménez el paciente es el centro de todas nuestras actividades y se diseñó una dinámica diferente en la resolución de las segundas visitas, con el objetivo de mejorar la resolución del caso en el menor tiempo posible y si era pertinente sin necesidad de desplazamientos de los pacientes. La dinámica que se sigue es que una vez que se ha realizado la primera visita, la enfermera encargada de la consulta, revisa las pruebas parcticadas y se comunica con el paciente por vía telefónica o correo ordinario para indicar plan a seguir. En muchas ocasiones no se consigue contactar con el enfermo y esto les genera dudas de cómo volver a contactar con nosotros. De hecho, a pesar de las explicaciones dadas en consulta, insistiendo en que si no conseguimos contactar recibirán citación, hemos observado que se reciben nuemrosas llamadas y visitas a atención al paciente o a citaciones para solicitar información acerca del estado de su proceso asistencial. Con esta dinámica estamos obteniendo una resolución mediante informe sin visita presencial en cerca de 35% de las citas, lo que supone un índice de sucesivas/primeras inferior a 1. Detectado el problema de contacto con el paciente pensamos que en este escenario, el correo electrónico es la herramienta ideal para mejorar el contacto, la accesibilidad a la consulta y reforzar la atención del paciente con el servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto es dar una herramienta a los pacientes con la que asegurar la accesibilidad a nuestra consulta, permitiéndoles así dar solución a diferentes cuestiones en un periodo reducido de tiempo, disminuyendo la necesidad de consultas presenciales y quizás una disminución de la ansiedad que esta situación puede generar en los pacientes.

El correo electrónico permite además hacer un mejor seguimiento al paciente, con mayor calidad y continuidad en su atención, dándole a usuario un papel más activo.

La población diana de nuestro proyecto son todos los pacientes remitidos a la consulta general de Digestivo y que son atendidos en el ambulatorio Inocencio Jiménez del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

MÉTODO

1. Para la implantación del proyecto se habilitará una cuenta de correo institucional, que diariamente controlará la enfermera de la consulta. Para cualquier duda que pueda surgir con dichos correos, el médico responsable de la consulta al finalizar la atención presencial revisará los casos con la enfermera.

2. Se está elaborando una hoja de información dónde se explica la dinámica de la consulta y se informe de cómo contactar con nosotros a través del correo electrónico. También indicaremos el teléfono de contacto, para aquellos pacientes que no utilicen habitualmente este medio.

INDICADORES

Se registrarán todos los correos y llamadas recibidas, anotando el motivo de consulta diferencianda si es :

- Consulta medica
- Consulta referente a resultados e informes
- Consulta sobre asuntos burocráticos

Además de la monitorización del número de pacientes atendidos, se calculará:

- Número de emails recibidos en la cuenta de correo oficial.
- Ratio de emails enviados por paciente anualmente
- Tiempo medio de respuesta desde recepción del email hasta su contestación
- Ratio de consultas resueltas mediante telemedicina (email o teléfono) sin precisar consulta presencial.

Además se realizará una encuesta de satisfacción a los pacientes sobre el servicio de telemedicina prestado al año de su implantación.

DURACIÓN

La elaboración de la hoja informativa se está llevando a cabo para poder empezar con el proyecto en cuanto se nos conceda la dirección electrónica. Si los resultados son positivos, tanto para los pacientes como para los profesionales del equipo, se mantendrá esta actividad de forma indefinida.

El registro de la actividad se realizará diariamente con revisión mensual. La monitorización de la actividad generada se evaluará a los 6 y 12 meses de comenzar la misma, y de forma paralela se realizará la encuesta de satisfacción a los pacientes que la hayan utilizado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1188

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CORREO ELECTRONICO DE ENFERMERIA EN CONSULTA GENERAL DE DIGESTIVO DE INOCENCIO JIMENEZ

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0326

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN TEST DE ALIENTO CONSULTA ENFERMERIA DIGESTIVO C.E.M. INOCENCIO JIMENEZ

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA LAZARO ASPAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARROYO VILLARINO MARIA TERESA
ARAMENDIZ ARAUJO ROBERTO
SANCHEZ MIGUEL ELENA
ALFARO ALMAJANO ENRIQUE
CAÑAMARES ORBIS PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La puesta en marcha de este plan de mejora comenzó en el mes de abril 2019, cuando adquirimos los recursos materiales necesarios para llevarlo a cabo, ya que se habilitó una consulta física de enfermería en el centro de especialidades Inocencio Jiménez para poder realizar la prueba.

El circuito comienza en la consulta médica, cuando se detecta la necesidad de la realización del test de aliento. Previamente a la cita y para asegurarnos que la prueba se va a realizar de acuerdo a las recomendaciones establecidas en el último consenso, se elaboró una hoja informativa con las indicaciones previas a tener en cuenta para la correcta realización del test de aliento, medicaciones a evitar, ayuno, tabaco...

La realización de estos test se lleva a cabo martes y viernes de 8:30 a 9:30, el mismo día de la prueba se les pasa a todos los pacientes un pequeño formulario previo para asegurarnos que la prueba se va a realizar en las condiciones adecuadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado un total de 129 test de aliento, durante estos seis meses, 64 pacientes se han realizado para el diagnóstico inicial de la infección, los 65 restantes se tratan de pacientes a los que se les hace el test de aliento para el control de erradicación de la bacteria tras darle tratamiento en nuestra consulta. De los 65 test de aliento de control de erradicación, 48 han sido negativos y tan sólo en 17 pacientes el resultado ha vuelto a ser positivo.

Se ha realizado un registro diario de todos los pacientes a los que se les ha realizado test de aliento en nuestra consulta de enfermería, monitorizando los siguientes datos de los pacientes en una tabla Excel, permitiéndonos evaluar todos estos datos de manera anual; nombre, n° historia, edad, sexo, indicación, test aliento, resultado test aliento, y la correcta cumplimentación del tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo principal del proyecto era intentar dar una continuidad a nuestra atención en las consultas de digestivo de Inocencio Jiménez, estableciendo un circuito cerrado de solicitud, realización de prueba y comunicación de resultados, de esta manera hemos conseguido realizar un seguimiento más exhaustivo del paciente, y sobre todo facilitar la comunicación entre el paciente y nuestro servicio a través del correo electrónico, para posibles dudas surgidas del tratamiento.

Otro de los objetivos era reforzar la adherencia al tratamiento, hemos incidido en la educación para la salud, informado al paciente sobre los efectos secundarios, las precauciones que ha de tener ante el tratamiento prescrito, consiguiendo una mejora del cumplimiento terapéutico, ya que está descrito como uno de los principales motivos de fallo en la erradicación. Esta parte del proyecto la hemos valorado muy positivamente ya que solamente 2 pacientes han abandonado el tratamiento antes del tiempo establecido.

Al implantar el test de aliento en nuestra consulta hemos conseguido un mejor seguimiento del paciente, mayor adhesión al tratamiento y unos mejores resultados, a la vez que descargar al servicio de laboratorio del Hospital Clínico que era donde se estaban dirigiendo anteriormente estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/326 ===== ***

Nº de registro: 0326

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0326

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN TEST DE ALIENTO CONSULTA ENFERMERIA DIGESTIVO C.E.M. INOCENCIO JIMENEZ

Título
IMPLANTACION TEST DE ALIENTO CONSULTA ENFERMERIA DIGESTIVO.CENTRO ESPECIALIDADES MEDICAS INOCENCIO JIMENEZ

Autores:
LAZARO ASPAS MARIA, ARROYO VILLARINO MARIA TERESA, ARAMENDIZ ARAUJO ROBERTO, SANCHEZ MIGUEL ELENA, ALFARO ALMAJANO ENRIQUE, CAÑAMARES ORBIS PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección por *Helicobacter pylori*, es una de las infecciones más prevalente del planeta, afecta al 50% de la población mundial, según los últimos protocolos publicados, se estima que en España las cifras son equiparables. Desempeña un papel fundamental en el desarrollo de diversas enfermedades digestivas como la gastritis crónica, la úlcera péptica y el cáncer gástrico, por lo que un diagnóstico adecuado y un tratamiento eficaz son esenciales en la práctica clínica.

El diagnóstico de esta infección se realiza a través de la prueba del test de aliento con urea marcada con ¹³C. Dicho tests es un método diagnóstico muy fiable, no invasivo y fácil de hacer tanto para el diagnóstico inicial de la infección como la para confirmación de la erradicación tras la administración del tratamiento. Esta prueba es una herramienta muy utilizada en nuestras consultas y en los centros de atención primaria, para detectar la presencia de *Helicobacter pylori*. Actualmente el análisis y realización de esta técnica esta centralizado en las consultas de digestivo del Hospital Clínico, con este proyecto queremos descargar al servicio de laboratorio de digestivo del Hospital Clínico, ellos realizarán únicamente los que deriven de atención primaria del sector III, y nosotros asumiremos los generados en nuestras consultas de Inocencio Jiménez.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es intentar dar una continuidad a nuestra atención en Inocencio Jiménez, estableciendo un circuito cerrado de solicitud, realización de prueba y comunicación de resultados, consiguiendo así un mejor seguimiento y control de la erradicación. De acuerdo a los resultados obtenidos, se les indicará el tratamiento erradicador de acuerdo a los protocolos actuales en la consulta médica y controlaremos que dicho tratamiento sea efectivo. En el caso de los pacientes que acudan en ayunas a nuestra consulta médica, se les podrá realizar la prueba en el mismo momento en la consulta de enfermería.

Otro de los objetivos principales de este proyecto es reforzar la adherencia la tratamiento incidiendo en la educación para la salud, informado al paciente sobre los efectos secundarios, las precauciones que ha de tener ante el tratamientos prescrito, para así conseguir mejorar el cumplimiento de los mismos, ya que está descrito que uno de los principales motivos de fallo en la erradicación del *Helicobacter pylori* es el fracaso del cumplimiento terapéutico.

MÉTODO
Se elaborará una hoja informativa con las indicaciones previas a tener en cuenta en realización del test de aliento, mediaciones a evitar, ayuno... para asegurarnos que al paciente se le realiza la prueba de acuerdo a las recomendaciones establecidas en el último consenso y se citará al paciente en la consulta de enfermería de Inocencio Jiménez para la realización del test de aliento, donde posteriormente se decidirá la conducta a seguir según los resultados obtenidos en el test. En caso de ser positivo se le volverá a citar en la consulta para explicación e indicación del tratamiento erradicador, previa indicación médica y se le programará la cita para el nuevo test de aliento para control de erradicación de la bacteria.

INDICADORES
Se realizará un registro diario de los test de aliento realizados, monitorizando los siguientes datos de los pacientes en una tabla Excel, permitiéndonos evaluar todos estos datos de manera anual.

? nombre
? nº historia
? edad
? sexo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0326

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN TEST DE ALIEMTO CONSULTA ENFERMERIA DIGESTIVO C.E.M. INOCENCIO JIMENEZ

- ? indicación test aliento
- ? resultado test aliento
- ? correcta cumplimentación del tratamiento
- ? En caso de ser control erradicación, registraremos el tratamiento pautado y la duración.

DURACIÓN

Para la implantación de este proyecto se está habilitando una consulta de enfermería en Inocencio Jiménez para poder llevar a cabo esta prueba y las posteriores citas necesarias para explicación de los tratamientos necesarios. Se solicitará el material necesario para el procedimiento en nuestra consulta (bolsas, reactivos...) y el proyecto comenzará tan pronto como sea posible.

Si los resultados obtenidos son satisfactorios este proyecto se mantendrá de manera indefinida, estableciéndose como una actividad más de la cartera de servicios de nuestra consulta externa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1389

1. TÍTULO

TÍTULO DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE INGRESO, DERIVACION EXTERNA Y ALTA DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INOCENCIO JIMENEZ-DELICIAS (USMAD IJ-D)

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JOSE CARO REBOLLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OLMEDILLAS ALVARO RAFAEL
PALOMERO LOBERA MARIA VISITACION
LOPEZ GABAS MARIA
GARCES TRULLENQUE EVA
DIAZ LONGAS LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Instauración en la Unidad de una reunión de Calidad periódica quincenal-mensual; también reuniones periódicas con Dispositivos de Rehabilitación
Sectorización de la asistencia con FEA de Psiquiatría y Enfermería referentes por CS/CAPS, con consolidación de reuniones con los equipos de AP; en ellas se ha llevado a cabo coordinación y consultoría clínica, formación continuada, información sobre organización, criterios de atención y derivación, con el objetivo de adecuar derivaciones y tiempos de espera según criterios de gravedad y oportunidad.
Consolidación de gestión de la demanda, consultoría y citación mediante la Interconsulta Virtual (ICV), quedando pendiente la gestión de la interconsulta entre especializada (aún en papel).
Hoja de Información y Acogida a los usuarios del USM; queda en formato de mejora continua.
Redefinición de consulta normal y preferente; mejora de los tiempos asistenciales y rediseño de la Agenda, incorporando espacios/citas para Revisión de Altas y flexibilidad para otros formatos de atención a familias y TMG.
Diseño de Plantilla de Solicitud y Derivación entre Dispositivos y Unidades de SM del Sector III; pendiente de colaboración de Comisión de Historias Clínicas e Informática para su respectiva aprobación e implementación.
Realización del Programa Piloto de uso de la herramienta Curso Clínico (CC), pendiente de generalización y mejora del uso por todos los profesionales de la Unidad.
Consolidación de la utilización del Registro de TMG en la comunicación con Comisión de Ingresos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Existencia de Hojas de Información para los usuarios: 100%
Porcentaje de equipos de AP a los que se ha trasladado de Información de la USM: 100%
Porcentaje de adecuación derivación preferente / nº derivaciones preferentes: no se ha podido computar al no permitirlo el formato de ICV.
Porcentaje de informes de derivación a, y de alta de USM que cumplen criterios de calidad establecidos: no se ha podido computar al no permitirlo el formato de ICV
Realización de la consultoría mediante la Interconsulta Virtual: 100% en derivaciones AP
Existencia de criterios de tipo de consulta, derivación y alta: 100%
Adecuación de la agenda al volumen de solicitudes: porcentaje de cumplimiento de estándares de tiempo hasta primera visita, revisión, post-alta: la asimetría en cuanto a agendas y sectores, junto con la progresiva re-sectorización de los pacientes ha dificultado la misma; pendiente de nueva agenda asistencial que facilite la transición a HCE y la explotación de datos.
Existencia y uso de Carpeta compartida con modelos de documentos e informes: 100%
Realización periódica de actividades de coordinación, consultoría y formación continuada en los CAP/CSs (mínima trimestral): 100%
Encuesta de Satisfacción a Usuarios: no se ha realizado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La informática debe facilitar la transición a HCE, debiendo a nuestro parecer incluir herramientas que faciliten el análisis por FEA, CS/CAP y Médico de AP, tanto en ICV como en CC.
El proceso de sectorización y asignación de profesionales a Zonas de Salud es complejo, precisando herramientas de gestión y mejor explotación de datos.
La unificación de Formularios facilitará la realización de HC de primer día -planteamientos a nivel autonómico han fracasado hasta ahora-, derivaciones entre dispositivos e informes.
La coordinación de FEAs y Enfermería con los CS no urbanos -requieren desplazamiento- precisarán de reconocimiento y abono de gastos de kilometraje a los profesionales que se desplazan.
Pendiente de cuestiones estructurales y de funcionamiento de las distintas Unidades del Servicio que faciliten la mejor derivación entre ellas.

7. OBSERVACIONES.

Damos por finalizado el Proyecto, quedando las herramientas utilizadas en proceso de mejora continua por parte del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1389

1. TÍTULO

TÍTULO DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE INGRESO, DERIVACION EXTERNA Y ALTA DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INOCENCIO JIMENEZ-DELICIAS (USMAD IJ-D)

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1389 ===== ***

Nº de registro: 1389

Título
DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE INGRESO, DERIVACION EXTERNA Y ALTA DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INOCENCIO JIMENEZ-DELICIAS (USMAD IJ-D)

Autores:
CARO REBOLLO FRANCISCO JOSE, PALOMERO LOBERA MARIA VISITACION, OLMEDILLAS ALVARO RAFAEL, LOPEZ GABAS MARIA, GARCES TRULLENQUE EVA MARIA, DIAZ LONGAS LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El traslado de la asistencia de la salud mental ambulatoria a la USM del CEM Inocencio Jiménez-Delicias supone una oportunidad de configurar un nuevo equipo y modo de asistencia: multidisciplinar, con criterios de atención comunitaria, centrado en el paciente y en un entorno de implantación de herramientas informáticas (Interconsulta Virtual, Curso Clínico, Registro de TMG). La Gestión por Procesos nos permitirá mejorar la asistencia, centrada en las necesidades de los clientes y la continuidad asistencial. También se van a realizar actividades informativas a los equipos de AP, AE y a los pacientes, para mejorar el uso de nuestras prestaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora del derecho a la información, de la continuidad asistencial (documentación ingreso, alta y derivación entre equipos), de la efectividad asistencial (disminución de la variabilidad), de la satisfacción de los profesionales derivantes y de la atención a los grupos de pacientes complejos. La población diana son las personas afectas de trastorno mental común y trastorno mental grave que son o van a ser atendidas en nuestra unidad.

MÉTODO
Adecuar los tiempos de espera según a criterios de gravedad y oportunidad. Coordinación con AP mediante: Información sobre organización, criterios de atención y derivación; actividades de coordinación, consultoría y formación continuada. Transición de AP y AE-USM al funcionamiento con la herramienta Interconsulta Virtual. Gestión de la demanda, citación y asistencia. Hoja de Información y Acogida a los usuarios del USM. Referente FEA por CS-CAP; definición de consulta normal y preferente; mejora de los tiempos asistenciales y planificación de la Agenda; coordinación con AP, hospitalización y RHB; mejora del alta a AP y derivación a otros recursos mediante plantillas digitalizadas; transición a funcionamiento con herramienta Curso Clínico. Consolidación de la utilización del Registro de TMG.

INDICADORES
Existencia de Hojas de Información para los usuarios.
Porcentaje de adecuación derivación preferente / nº derivaciones preferentes.
Porcentaje de equipos de AP a los que se ha trasladado de Información de la USM.
Porcentaje de informes de derivación a, y de alta de USM que cumplen criterios de calidad establecidos.
Realización de la consultoría mediante la Interconsulta Virtual.
Existencia de criterios de tipo de consulta, derivación y alta.
Adecuación de la agenda al volumen de solicitudes: porcentaje de cumplimiento de estándares de tiempo hasta primera visita, revisión, post-alta.
Existencia y uso de Carpeta compartida con modelos de documentos e informes.
Realización periódica de actividades de coordinación, consultoría y formación continuada en los CAP/CSs (mínima trimestral).
Evaluación en las reuniones periódicas mantenidas en la Comisión de Calidad del Servicio. Encuesta de Satisfacción a Usuarios. Evaluación de los Indicadores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1389

1. TÍTULO

TÍTULO DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE INGRESO, DERIVACION EXTERNA Y ALTA DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INOCENCIO JIMENEZ-DELICIAS (USMAD IJ-D)

DURACIÓN

Febrero 2019: definición y estructura del equipo multidisciplinar, referentes por zona de salud, organización de miniequipos.

Marzo-abril 2019: Uso de carpeta compartida. Elaboración de HOJA de INFORMACIÓN. Redacción de CRITERIOS y ESTANDARES de asistencia. Comunicación y consultoría con equipos de AP.

Febrero-Diciembre 2019: coordinación/formación con CS/CAPs

Mayo-junio 2019: Consolidación de uso de Interconsulta Virtual y valoración con Dirección de programa piloto de Curso Clínico en USM.

Septiembre-noviembre 2019: evaluación de los criterios de calidad de derivaciones e informes. Realización e implantación de PROCEDIMIENTOS.

Diciembre 2019: Memoria de actividad de la USMA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 03/02/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El pasado año logramos definir los criterios de consulta, derivación y alta de las consultas de Psicología y Enfermería Salud Mental. Asimismo, se establecieron reuniones de coordinación interprofesionales.

También el pasado año se redactaron diversos documentos sobre la actuación de enfermería en coordinación con otros profesionales de la unidad y se presentaron al equipo. Durante este año, se ha trabajado en la elaboración de un documento que reúne los realizados el pasado año junto con la descripción y definición de toda la actividad que se realiza a otros niveles (administrativa, de coordinación, docente, investigadora...). En las próximas semanas se llevará a cabo la difusión de este documento con lo que culminará esta parte del proyecto.

Se han mantenido los contactos con los recursos de la red de atención/rehabilitación de salud mental, así como con los Centros de Salud de referencia de la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realizados criterios de derivación intraequipo a Psicología y Enfermería; documento de definición de la consulta de enfermería de salud mental en la USMA; plan de visitas domiciliarias; presentación de nuevas actividades de la USMA en los CS de referencia; 100% de contactos telefónicos con UCE sobre pacientes ingresados.

Se podría decir que el proyecto se encuentra en un estado muy avanzado, pero con resultados parciales. Faltaría aproximadamente un 20% del proyecto para darlo por finalizado, si bien por la alta demanda asistencial hay partes que es difícil que lleguen a ser terminadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Respecto a la implantación del Curso Clínico, se está utilizando aproximadamente en un 30% de los casos. Prevista sesión de formación sobre la herramienta, tras la cual se plantea aumentar su uso. Esto favorecería la coordinación intra/inter-equipo.

El pasado año se decidió prolongar este proyecto para lograr terminar los documentos pendientes. Gran parte de éstos han sido finalizados y presentados, si bien no todos. Encontramos importantes dificultades para establecer reuniones de trabajo y para llevar a cabo las tareas derivadas de ellas, en gran medida por la intensa carga de trabajo que sufrimos los profesionales de la USMA. Quizá esto podría facilitarse estableciendo en la agenda una prestación destinada a "coordinación/informes" como sucede en otras especialidades, puesto que permitiría al personal disponer de tiempo concreto para trabajar en la mejora de la calidad asistencial. Actualmente, estos trabajos se acaban realizando bien fuera del trabajo, bien en espacios destinados a pacientes que no acuden. Esto permite una buena programación.

Quedaría pendiente pues establecer el modelo y criterios de derivación intraequipo, de mantenimiento en los programas y de alta de trabajo social; definir unos mínimos en la coordinación UCE-USMA a nivel de enfermería; y seguir trabajando en lo ya establecido para aumentar al 100% el porcentaje de pacientes sobre el que se lleva a cabo cada indicador.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0753

Título

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

1. TÍTULO

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

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

Autores:

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

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

1. TÍTULO

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

INDICADORES

- Existencia de criterios de tipo de consulta, derivación y alta a Enfermería SM (ESM)
 - Existencia de documento de actuación de enfermería SM en la USMA.
 - Exposición de dicho documento al resto del equipo de la USMA y a los diferentes equipos que trabajan en coordinación con este servicio
 - Porcentaje de pacientes con planes de cuidados incluidos en su historia clínica.
 - Existe un Plan de Visitas domiciliarias y/o intervención domiciliaria en TMG
 - Existe un programa específico de actuación en TMG en la USMA
 - Existe un Plan de Atención en TCA por parte de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en coordinación con la UTCA
 - Porcentaje de equipos de enfermería de AP a los que se les transmite las funciones de enfermería de SM.
 - Porcentaje de Informes de Continuidad de Cuidados enviados a AP de pacientes con TMG.
 - Porcentaje de pacientes ingresados en los que se transmite desde la USMA al equipo de enfermería de la UCE el Informe de Continuidad de Cuidados.
 - Porcentaje de pacientes ingresados por los que se establece contacto telefónico con el personal de la UCE.
 - Porcentaje de visitas pre-alta a pacientes en seguimiento por enfermería de la USMA ingresados en la UCE.
 - Existencia de criterios de derivación a psicoterapia individual/grupal (inclusión y exclusión)
 - Existen criterios de alta de consulta de Psicología Clínica
 - Existencia de criterios de tipo de consulta, derivación y alta de Psicología Clínica
 - Existencia de criterios de participación profesional, tipo de terapia/grupo, derivación y alta de Psicología Clínica
- DURACIÓN
- Calendario:
- Marzo - abril 2019:
- Definición de la consulta de enfermería
 - Establecimiento de criterios de derivación a Psicología Clínica, Trabajo Social y Enfermería de Salud Mental
 - Definición de actividad psicoterapéutica y grupal interdisciplinar
- Mayo - septiembre 2019:
- Presentación del contenido de la consulta de enfermería de la USMA tanto a nivel interno, como externo, a Centros de Salud urbanos y rurales, y UCE.
 - Presentación a nivel de equipo de los criterios establecidos de derivación a Psicología Clínica, Trabajo Social y Enfermería de Salud Mental
- Octubre - noviembre 2019:
- Evaluación de los indicadores
- Diciembre 2019:
- Memoria de actividad de la USMA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1140

1. TÍTULO

ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA NIEVES GIL HERNANDEZ
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro USM DELICIAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES ROZAS ANA BELEN
PAMPLONA FONDEVILA SUSANA
GOMEZ CONTE ROSANA
CANTERO MORO VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
VISITAS EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES
COORDINACION CON DISTINTOS RECURSOS QUE TRABAJAN EN LA ATENCION DE ESTOS PACIENTES
ORIENTACION Y ACOMPAÑAMIENTO EN GESTIONES
SEGUIMIENTO Y SUPERVISION DE LA TOMA DE MEDICACION
VALORACION DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y BIENESTAR, Y ORIENTACION PARA SU MEJORA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL RESULTADO ALCANZADO ES MUY ALTO, Y SATISFACTORIO EN LA MEDIDA QUE CONTRIBUYEN ESTAS ACCIONES EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON TMG INCLUIDOS EN EL PROGRAMA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
UNA DE LAS CONSIDERACIONES MAS IMPORTANTES DEL PROGRAMA, ES QUE ES MUY IMPORTANTE LA ATENCION DE LOS PACIENTES EN SU ENTORNO, ESTA CONTRIBUYE A DETECTAR DEFICIENCIAS EN SU CALIDAD DE VIDA, Y A PONER EN LO POSIBLE MEDIDAS PARA MEJORARLA, LOS PACIENTES SE SIENEN RESPETADOS Y AGRADECIDOS POR ELLO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1140 ===== ***

Nº de registro: 1140

Título
ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

Autores:
GIL HERNANDEZ MARIA NIEVES, MORALES ROZAS ANA BELEN, PAMPLONA FONDEVILA SUSANA, GOMEZ CONTE ROSANA, CANTERO MORO VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El trastorno mental grave es una enfermedad que afecta de manera relevante a todas las esferas de la vida de las personas, provocando un gran déficit en autocuidados. Por esto es importante en estos pacientes la ATENCION DOMICILIARIA (AD), ENTENDIENDO por AD, la intervención en el domicilio o entorno del paciente tanto, de forma presencial y directa como telefónica o a distancia.
Acudir al domicilio nos permite valorar de primera mano las condiciones de habitabilidad del hogar (que existan las infraestructuras necesarias para llevar a cabo las ABVD, baño, cocina funcionales etc, en unas condiciones adecuadas mantenidas en el tiempo). Además permite observar el manejo del paciente y/o familia en su entorno habitual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1140

1. TÍTULO

ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

FUENTES DE DATOS: Atención Primaria de Calidad. GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en Atención domiciliaria.

RESULTADOS ESPERADOS

RESULTADOS ESPERADOS:

- Identificar riesgos, comprobar la seguridad de la vivienda.
- Determinar las necesidades básicas de salud.
- Valorar las condiciones de habitabilidad, y el mantenimiento del hogar.

LA POBLACION DIANA:

pacientes con dificultades para mantenimiento del hogar sin apoyo familiar.
Pacientes en situación de riesgo por descompensación.
Pacientes con pérdida de continuidad en su seguimiento.

INTERVENCIONES:

- Fomentar autocuidados para la realización de las ABVD.
- Proporcionar estrategias y pautas para el mantenimiento del hogar.
- Asesoramiento.
- Control y seguimiento de casos específicos.
- Acercar los recursos necesarios para evitar situaciones de exclusión social.

MÉTODO

Para llevar a cabo las intervenciones anteriormente citadas se requieren de los siguientes RECURSOS:
Recursos humanos: Enfermera especialista en Salud Mental, Trabajadora Social, Psiquiatra, EIR, MIR.
Recursos materiales: Bonobus, teléfono, etc.

ACTIVIDADES:

- Verificar la idoneidad de las infraestructuras (iluminación, agua, baño, temperatura, cocina.....)
- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.
- Incentivar la motivación en la realización de los autocuidados.
- Establecer rutinas de autocuidados.
- Proporcionar información sobre la manera de mantener el hogar seguro y limpio.
- Sugerir servicios de reparación del hogar.
- Gestión de citas.

CAPTACIÓN:

La forma de acceso a este programa sería a través de pacientes en seguimiento en enfermería/psiquiatría/trabajo social en los que se detecta dificultades para el buen funcionamiento en el autocuidado y mantenimiento del hogar.

INDICADORES

INDICADORES:

Número de pacientes incluidos en el programa / número de los pacientes derivados

Número de pacientes con objetivos cumplidos / Número de pacientes evaluados

Paciente incluido en el programa / Tiempo transcurrido hasta la primera visita

CRONOGRAMA:

El paciente va a ser atendido independientemente del momento en que el equipo considere que necesita una AD, por lo tanto, más que hablar de cronograma se debe hablar de fases.

- 1ª fase: inclusión en el programa.
- 2ª fase: desde la primera fase hasta la valoración en domicilio no transcurrirá más de un mes.
- 3ª fase: contactar con el paciente, gestionar cita,
- 4ª fase: realización de las actividades del programa.
- 5ª fase: análisis de datos, evaluación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1140

1. TÍTULO

ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1140

1. TÍTULO

ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

DURACIÓN
ENERO 2019-DICIEMBRE 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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 utilizacion 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 - 2019/1307

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA SALUD FISICA Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PACIENTES QUE PRECISAN TRATAMIENTO CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO Y ANTIPSICOTICOS

Fecha de entrada: 15/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ LAZARO CARMEN
MARTINEZ VERA MARIA TERESA
GOMEZ CONTE ROSANA
CANTERO MORO VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

o MARZO-ABRIL: Diseño de programa de evaluación y seguimiento de salud física. Recogida de bibliografía
Se ha elaborado una hoja excel para ir registrando los pacientes incluidos en los programas de clínica de estabilizadores y de clínica de neurolépticos de larga duración

o A partir de ABRIL:

Se inicia la implementación el registro y el seguimiento, recogiendo los datos de la historia clínica del propio centro y de la historia electrónica

o DICIEMBRE: La captación no se ha cerrado hasta el 31 de diciembre, a partir de ahí se realiza el análisis de datos y la evaluación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado ha sido superior al standar marcado. Los indicadores han sido los siguientes:

-Indicador 1 .Para pacientes en seguimiento en clínica de estabilizadores=nº de pacientes en seguimiento en consulta de enfermería que tengan al menos dos monitorizaciones anuales de niveles de estabilizador y una de ellas que sea analítica completa/ nºde pacientes en seguimientos en consulta de enfermería que esten en tratamiento con estabilizadores.

Indicador 1=75/78

-Indicador 2.Para pacientes en seguimiento en clínica de neurolépticos de larga duración= nº de pacientes en seguimiento en consulta de enfermería que tengan al menos una analítica completa anual/nº de pacientes en seguimiento en consulta de enfermería que esten en tratamiento con neurolépticos de larga duración.

indicador 2=114/116

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración ha sido satisfactoria, con una gran adherencia a los programas de enfermería tanto al seguimiento de pacientes en tratamiento con estabilizador como con neurolépticos de larga duración, de gran importancia las llamadas telefónicas para dar nuevas citas en el caso de no haber acudido a la revisión. La detección precoz de cualquier alteración en el patrón bioquímico permite actuar con celeridad derivando a atención primaria para valoración por el profesional adecuado. En los pacientes con tratamiento con estabilizador además se añade la ventaja de poder conocer los niveles del mismo con lo que eso conlleva para un correcto control del fármaco.El proyecto de mejora se mantendrá en el tiempo dadas las ventajas que esto supone.

7. OBSERVACIONES.

Inicialmente el proyecto de mejora sólo incluía a los pacientes en tratamiento con estabilizadores, al incluir también a los pacientes en tratamiento con neurolépticos de larga duración se han utilizado dos indicadores para valorar separadamente.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1307 ===== ***

Nº de registro: 1307

Título

EVALUACION DE LA SALUD FISICA Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PACIENTES QUE PRECISAN TRATAMIENTO CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO Y ANTIPSICOTICOS

Autores:

MORALES ROZAS ANA BELEN, SANCHEZ LAZARO CARMEN, MARTINEZ VERA MARIA TERESA, GOMEZ CONTE ROSANA, CANTERO MORO VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM DELICIAS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1307

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA SALUD FISICA Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PACIENTES QUE PRECISAN TRATAMIENTO CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO Y ANTIPSICOTICOS

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El trastorno mental grave es una entidad que aglutina entre otros diagnósticos al Trastorno Esquizoafectivo y al Trastorno Bipolar, se considera que representa un problema de salud pública importante, por sus implicaciones psicopatológicas y por sus efectos en la salud física del paciente.

Los pacientes diagnosticados de Trastorno Bipolar y Trastorno Esquizoafectivo presentan significativamente un riesgo mayor de padecer enfermedades físicas con respecto del resto de población, con elevada morbimortalidad, pérdida de años de vida, junto con bajo nivel de autocuidados.

Basándonos en Guías Terapéuticas de tratamiento, donde recomiendan la creación de programas concretos de evaluación y seguimiento de patologías médicas estableceremos el control clínico, monitorizando niveles de estabilizadores en sangre (litio, valproato y carbamacepina), detectando precozmente la aparición de efectos secundarios y la respuesta al tratamiento en estrecha colaboración con el psiquiatra de referencia de tal manera que se pueda intervenir de forma rápida ante cualquier alteración.
Además, se aportarán conocimientos relacionados con el proceso de la enfermedad y del tratamiento favoreciendo así la adherencia terapéutica.

RESULTADOS ESPERADOS

DETECCIÓN: Evaluación del actual estado de salud física de los pacientes tratados con estabilizadores del ánimo atendidos en las USM del Sector.
Captación del paciente mediante
a) Programa de pacientes en tratamiento con litio
b) Programa de pacientes en tratamiento con ácido valproico
c) programa de pacientes en tratamiento con carbamazepina

MÉTODO

1. ACTUACIÓN: Detección precoz de alteraciones metabólicas secundarias al tratamiento con estabilizadores.
 2. CONTINUIDAD ASISTENCIAL: Devolución de la información y trabajo coordinado desde el equipo de Salud Mental con Atención Primaria, el Servicio de Nefrología o Medicina Interna si fuera preciso.
Para el diseño del programa de seguimiento y evaluación de la salud física en TMG el CSM Delicias cuenta con un protocolo estandarizado de actuación en el que se realizan las siguientes actividades:
Analítica sanguínea completa antes de iniciar tratamiento con estabilizador
Control quincenal al inicio y tras modificación de dosis
Trimestral o semestral de los niveles del fármaco dependiendo de las características del paciente.
Control anual con analítica general (midiendo función renal, hepática, tiroidea según el estabilizador del que se trate además de indicadores metabólicos), ECG (en pacientes en tratamiento con litio), Ecografía de tiroides.
Control de constantes de forma trimestral (T.A, peso, Perímetro abdominal..)
1. DISEÑO DE PROGRAMA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE SALUD FÍSICA EN TMG.
o DESDE USM: D.U.E.: ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL, EN COLABORACIÓN CON EL RESTO DEL EQUIPO DE USM Y C.S. de A.P.
o CAPTACION DE LOS PACIENTE:
? PRIMERAS VISITAS.
? REVISIONES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO EN SEGUIMIENTO DESDE USM Y EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.
 2. Para futuras líneas de intervención DISEÑO DE PROGRAMA DE MODIFICACIÓN DE estilos de vida para DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE SALUD FISICA

INDICADORES

- Nº PACIENTE (PAC) EVALUADOS EN TOTAL
- ADHERENCIA AL PROGRAMA: Nº PAC EN SEGUIMIENTO / Nº PAC EVALUADOS
- Nº PAC. CON OBJETIVOS CUMPLIDOS / Nº PAC EN SEGUIMIENTO
- Nª CONTACTOS CON ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN CASO DE NECESIDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1307

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA SALUD FISICA Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PACIENTES QUE PRECISAN TRATAMIENTO CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO Y ANTIPSICOTICOS

DURACIÓN

Iniciado ya proceso de captación y evaluación

- o MARZO-ABRIL: Diseño de programa de evaluación y seguimiento de salud física. Recogida de bibliografía
- o ABRIL en Adelante: Implementación del programa de evaluación y seguimiento. Captación de Pacientes
- o JUNIO-JULIO: Análisis preliminar de datos, buscando principales factores de riesgo modificables.
- o NOVIEMBRE: Análisis de datos de evaluación, seguimiento

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 - 2016/0569

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 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 - 2016/1677

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 - 2018/0606

1. TÍTULO

SEMANA SIN HUMO EN CENTROS ESCOLARES Y CONSULTAS DE ZONA BASICA DE ALAGON

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES HERRERO GIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALAGON
· Localidad ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTILLO GRACIA ANA CRISTINA
GARISA ROCHE GEMA
MAINAR LATORRE MARIA PILAR
PELEGRIN INGLES FELIX
POYUELO SALLAN MONSERRAT
OLLERO ORTIGAS ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE REALIZO CHARLA A LOS NIÑOS DEL COLEGIO FIGUERUELAS Y GRISEN EN ABRIL POR SANITARIO.
SE HIZO CHARLA A PROFESIONALES DE RIESGOS DEL TABACO EN NIÑOS Y JÓVENES Y EXPOSICIÓN DEL PROYECTO EN ABRIL.
INFORMARON LOS PROFESORES A NIÑOS Y JÓVENES EL PROBLEMA DEL TABACO EN ABRIL .
PRIMERA SEMANA DE MAYO SE HICIERON MURALES, DIBUJOS POR NIÑOS Y JÓVENES .
COLOCACIÓN DE MURALES EN CENTRO SALUD DE ALAGON Y EN CONSULTORIOS DEL RESTO DE PUEBLOS Y SE MANTENDRÁN TODO ESTE AÑO SE DIO UNA GRATIFICACIÓN A LOS PARTICIPANTES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HA SERVIDO PARA CONCIENCIAR A PROFESIONALES SANITARIOS, PROFESORES, NIÑOS, JÓVENES Y EL RESTO DE POBLACIÓN DE LOS DAÑOS DEL TABACO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE HAN REALIZADO TODAS ACTIVIDADES SALVO EN PEDROLA QUE HUBO PROBLEMAS CON PROFESORADO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/606 ===== ***

Nº de registro: 0606

Título
SEMANA SIN HUMO EN CENTROS ESCOLARES Y CONSULTAS DE ZONA BASICA DE ALAGON

Autores:
HERRERO GIL MARIA ANGELES, CASTILLO GRACIA ANA CRISTINA, GARISA ROCHE GEMA, MAINAR LATORRE MARIA PILAR, PELEGRIN INGLES FELIX, PUYUELO SALLAN MONSERRAT, OLLERO ARTIGAS ANDRES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: multiples enf cardiovasculares ,pulmonares, neoplasias, osteoporosis ,enfermedades fetales
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según el instituto Nacional de Estadística el 24% de la población de 15 o más años afirma que fuma a diario.
Mueren cada año en España 56.000 personas debido al tabaquismo.
Una de cada tres personas de éstas muertes se producen en edad laboral.
El tabaco es el factor de riesgo asociado a seis de las ocho principales causas de muerte.
El 43% de los escolares ha fumado tabaco alguna vez en la vida, el 35% en el último año y el 12% lo fuma a diario (ESTUDES 2012-2013)
Ocasiona contaminación del medio ambiente : en España se consume alrededor de 89.000.000 cigarrillos al día y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0606

1. TÍTULO

SEMANA SIN HUMO EN CENTROS ESCOLARES Y CONSULTAS DE ZONA BASICA DE ALAGON

una colilla provoca la contaminación de 8 litros.

RESULTADOS ESPERADOS

- Concienciar a los niños y jóvenes del beneficio de no iniciarse en el consumo del tabaco .
- Reforzar su autoestima por no dejarse influenciar por la publicidad y por grupo de amigos.
- Dar a conocer a población de zona básica de Alagón los riesgos del tabaco.

MÉTODO

- Charla entre profesores y sanitarios para decidir el tema de actividades : murales, dibujos, fotografías.
- información de profesores a los niños y jóvenes sobre el tabaco.
- realización de murales, dibujos o fotografías por niños y jóvenes.
- charla de profesional sanitario en colegio de Figueruelas y Grisen.
- colocación de murales, en salas de espera de consultorios. En Alagón se colocan murales fotos, en respectivos colegios e institutos.
- Dar una gratificación a todos los participante.
- Exponer durante todo el año en consultorios y centro de salud los más votados.
- Dar una gratificación

INDICADORES

- numero de niños participantes en Figueruelas y Grisen / número de niños de 4º a 6º de EP de esos colegios x 100
- nº de niños participantes / nº total de niños de 6 a 16 años de zona básica de salud x 100

DURACIÓN

EN FIGUERUELAS Y GRISEN:

- 20 de marzo reunión entre profesorado y sanitario decidir tema.
- 21 marzo reunión sanitario con alcaldes de ayuntamientos para informar de actividad y proponerles su participación en financiación de la gratificación a los participantes.
- El 10 de abril en colegio Figueruelas y el 18 de abril en colegio de Grisen charla del sanitario a los niños " el tabaco contamina".
- Del 23 al 27 de abril realización de murales por niños.
- Del 2 al 24 colocación de todos murales en consultorios.
- Desde el 25 de mayo se colocan los tres más votados durante un año en el consultorio.

EN RESTO DE ZONA BÁSICA DE ALAGÓN :

- Del 2 de abril al 20 de abril sanitarios se reúnen con directores de colegios e institutos y con alcaldes para comentar la realización de esta actividad realizada durante 3 años ya por consultorio de figueruelas para extenderlo al resto de colegios de zona básica de Alagón :el tema en Remolinos " para disfrutar a saco no necesitas tabaco" y en el resto de colegios e institutos " menos cajetillas y más zapatillas"
- Del 12 al 25 de mayo realización de : educación primaria dibujo con sus padres rn DINA4,, los de educación secundaria murales en grupos . y los de bachiller realizar fotografías.
- Del 25 al 31 de mayo del 2018se celebrara la SEMANA SIN HUMO en colegios y consultorios colocando carteles .
- El jurado realizara la valoración de los trabajos presentados durante la semana del 25 al 30 de mayo.
- Los tres mas votados se expondras durante un año en consultas respectivas.

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 - 2018/0792

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ROSA CORTES MARINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALAGON
· Localidad ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ FRAILE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

a) 3/04/2018 se elige responsable del EAP: Dra Cortés Marina

b) Asistencia de la responsable a la Jornada de presentación IRASPROA .13/04/2018

c) Difusión de la información de la jornada a los miembros del EAP. 28/06/2018. Trece asistentes

d) Sesión IRASPROA, generalidades, presentación y colocación de carteles informativos " Antibióticos, solo cuando sea necesario " para profesionales y pacientes, firmas de compromiso por parte de los miembros del equipo y encuesta on-line. 13/12/2018. Doce asistentes.

e) Realización por parte del referente del curso on-line de optimización del uso de antibióticos del salud.

f) Acudir a las diferentes reuniones presenciales del grupo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Hay un responsable/referente del programa en el centro

-Reuniones periódicas del equipo: uso racional del antibiograma, resistencias en el sector, uso de pruebas para aproximación diagnóstica, prescripción diferida

-Compromiso del equipo con el programa

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido implicar al equipo, acordándose la programación periódica de sesiones PROA durante 2019, con una frecuencia aproximada de una sesión mensual . Durante 2019 ya se ha realizado una el 24/01/2019 de ITU y hay otra programada el día 14/02/2019 sobre test rápido estreptocócico

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/792 ===== ***

Nº de registro: 0792

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE AP

Autores:
CORTES MARINA ROSA BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Todos los pacientes que acudan al centro de salud con una infección.
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0792

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

PROBLEMA

El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.

A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.

Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).

Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO

Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.

Dar a conocer los principios generales PROA.

Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.

Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES

Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)

Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)

Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)

Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.

Indicador: N° Sesiones realizadas sobre PROA:

Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.

Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%

FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN

De abril a diciembre 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 - 2018/0862

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE GEMA GARISA ROCHA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALAGON
· Localidad ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TRINCHAN FERNANDEZ PILAR
SANGROS GRACIA JESUS
EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA
GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ
ABELLO BLASCO PIEDAD
HERRERO GIL MARIA ANGELES
PUYELO SALLAN MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los meses de enero a mayo se establece relación con los responsables de todos los centros educativos que corresponden a nuestro centro de salud: Alagón:

-Colegio Ntra. Sra del Castillo
-Colegio Público de Alagón
-IES Conde de Aranda

Pedrola:
Colegio Público Cervantes
Grisen

-Colegio Público Grisen
Figuieruelas
-Colegio público Insula Barataria
Remolinos

-Colegio público Alfredo Muñíos

Colegio Rural agrupado de Lumpiaque

Entablamos relación con todos los ayuntamientos que corresponden con nuestro centro de salud..

Contactamos con las Comarcas Alta del Río Ebro y Valdejalón.(Presidente y responsables de deportes).

Se convocan dos Consejos de Salud.

Organizamos concurso de dibujo y de murales para niños de Primaria y ESO en el día Mundial contra el tabaco, donde participaron más de 500 escolares. los ayuntamientos colaboraron para entregar como premios balones y material de deporte a los niños de los colegios que colaboraron.

Se realizó trabajo fin de grado: Beneficios de la fisioterapia respiratoria en pacientes con EPOC, a propósito de un programa comunitario.

Charla diabéticos (ADE Zaragoza).

Paseos saludables organiza Comarca Alta del Río Ebro y derivamos desde consultas de Atención primaria.

Primeros auxilios, prevención de accidentes (5º y 6º primaria Colegio Alagón).

Educación al parto. Matrona.

Educación sanitaria y preparación a la maternidad. grupo de apoyo a la lactancia.

Salud mental. Grupos de dolor-depresión.

Sesiones clínicas:

-Actividades comunitarias 3-5-2018.

-Paseos saludables: 25-10-2018

-21-11-2018 valoración intermedia de proyectos de calidad

20-12-2018 Beneficio de la terapia respiratoria en pacientes EPOC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número de participantes de los Proyectos de Actividades Comunitarias superó los 500 participantes que nos habíamos propuesto. Objetivo conseguido.

La relación se estableció con el 100% de los Centros escolares de nuestra zona de salud y participaron todos menos uno. Objetivo conseguido.

La relación con los ayuntamientos fué del 100%. Objetivo conseguido.

Dos Consejos de salud (27-3-2018 y 25-10-2018). Objetivo conseguido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras los contactos con colegios, ayuntamientos y Comarcas nos han propuesto nuevas actividades que estamos planificando (RCP profesores y primeros auxilios en niños), prevención drogas (hablamos con MAPA Zaragoza).

Nos falta realizar Agenda Comunitaria, redactarla y darla a conocer(SARES...).

Mejorar el funcionamiento del Consejo de Salud para dar a conocer las actividades comunitarias que realizamos en nuestro centro.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0862

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

*** ===== Resumen del proyecto 2018/862 ===== ***

Nº de registro: 0862

Título
ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Autores:
GARISA ROCHA GEMA, TRINCHAN FERNANDEZ PILAR, SANGROS GRACIA JESUS, EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA, GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ, ABELLO BLASCO PIEDAD, HERRERO GIL MARIA ANGELES, PUYUELO SALLAN MONTSERRAT

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: Actividad Comunitaria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Centro de Salud de Alagón hay profesionales que realizan actividades comunitarias desde hace años, pero a veces ni el propio equipo las conocemos.
El Consejo de salud comenzó a reunirse desde hace unos años, pero todavía hay miembros del consejo, como farmacéuticos...que no están presentes.
Tenemos una relación puntual con centros educativos, centro sociales...

RESULTADOS ESPERADOS
Crear una Agenda comunitaria.
Conocer todos los profesionales del equipo las actividades comunitarias que se realizan en el centro.
Comenzar con los centros escolares, sociales, ayuntamientos, comarca que corresponden a nuestra zona de salud a colaborar.
Ampliar y dar a conocer las actividades comunitarias que ya estamos realizando: Tabaquismo, EPOC, Lactancia, Paseos saludables, Charlas Figueruelas, Seguimiento embarazo, Dolor crónico (salud mental)
Proponemos nuevas actividades: Paseos saludables (Colaboración Comarca Alta Río Ebro), Fisioterapia Casetas (Cadena de favores, escuela espalda), Educación salud para Diabéticos.

MÉTODO
-Actividades Comunitarias que ya se realizan en el centro de salud: Tabaquismo, Educación salud EPOC, Lactancia, Seguimiento embarazo (matrona), Salud Mental (Dolor crónico). Charlas en Figueruelas. Paseos (Bardallur, Urrea y Plasencia de Jalón) en colaboración con Comarca Valdejalón.
-Consejo de salud.
-Entablamos relación con Centros educativos: Colegios Alagón (Colegio Ntra Sra del castillo, Colegio Publico Aragón, IES Conde aranda. Colegios Pedrola (Colegio publico Cervantes e IES siglo XXI, Colegios Grisen y Público Insula Barataña (Figueruelas); Colegio Público Remolinos, Barboles, Bardallur, Urrea, Cabañas de Ebro ; Alcalá, Plasencia de Jalón.
-Solicitamos la participación de los Ayuntamientos de nuestra zona de salud.
-Hablamos con representantes de las Comarcas Ribera del Ebro y Valdejalón (deportes) y Mesa Violencia de Género.
-Dar a conocer a gerencia proyectos que se realizan.
-Reuniones del equipo salud (Actividades Comunitarias)

INDICADORES
Número de participantes en los proyectos de actividades comunitarias, sea mayor a 500.
100% relación con Centros escolares de nuestra zona de salud.
100% relación con Ayuntamientos de nuestra zona de salud.
Reunión consejo de salud (dos al año)

DURACIÓN
Desde Enero a mayo del 2018 solicitar colaboración con Centros educativos, ayuntamientos y Comarca.
Desde Mayo a diciembre dar a conocer las actividades comunitarias que realizamos.
Sesiones clínicas: Tabaquismo, EPOC, Diabetes...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0862

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

OBSERVACIONES

Pendientes de programar:

Paseos saludables en zona de Ribera del Ría Ebro (Solicita colaboración responsable de deporte de la Comarca).

Diabetes- educación para la salud.

Solicita colaboración Fisioterapeuta de Casetas (escuela de salud, cadena de favores, le comentamos EPOC...)

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 - 2018/0862

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE GEMA GARISA ROCHA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALAGON
· Localidad ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TRINCHAN FERNANDEZ PILAR
SANGROS GRACIA JESUS
EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA
GARAGOYA IRIGOYEN BEATRIZ
ABELLO BLASCO PIEDAD
HERRERO GIL MARIA ANGELES
PUYUELO SALLAN MONSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestros objetivos del proyecto teníamos crear una Agenda Comunitaria, que ya está realizada y dentro de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón.
A lo largo de los dos años de duración del proyecto hemos realizado cursos de formación y sesiones en el centro de salud.
Entablamos relación con todos los colegios de nuestra zona básica de salud, Alagón, Pedrola, Remolinos, Alcalá de Ebro, Barboles, Bardallur, Plasencia y Urrea de Jalón, Pleitas, Grisen, Figueruelas.
También hablamos con los diferentes ayuntamientos y responsables de deportes y social de La Comarca Alta de Río Ebro y Valdejalón.
Comienzan en el año 2018 Paseos Saludables (nosotros recomendamos activos), RCP en 4º ESO, primeros auxilios en colegios, diferentes charlas en colegios, asociaciones... todo esto se puede ver en nuestra Agenda Comunitaria.
Semana sin Humo, con participación de colegios, ayuntamientos y profesionales del Centro de Salud.
Espalda sana- Fisioterapia
Educación Materna o preparación al parto- Matrona
Grupo de educación para la salud de crónicos EPOC 2017
Unidad de salud mental. Grupo de acompañamiento al dolor crónico, grupo de lectura en pacientes con trastorno mental grave, grupo de terapia para mujeres en la mitad de la vida.
Consejo de salud. Reunión dos veces al año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización de la Agenda Comunitaria.
Número mayor de 500 participantes, superado. Lo valoramos por el número de dibujos de realizados e la Semana sin Humo y personas que participan en paseos saludables en los que colaboramos derivando desde el Centro de salud y los consultorios .
Entablamos relación con todos los colegios y todos los Ayuntamientos de nuestra zona básica de salud. Los objetivos 100% cumplidos.
Se ha reunido el Consejo de salud dos veces el último año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos preparando nuevas actividades.
Es satisfactoria la relación con colegios, ayuntamientos, Comarcas y asociaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/862 ===== ***

Nº de registro: 0862

Título
ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Autores:
GARISA ROCHA GEMA, TRINCHAN FERNANDEZ PILAR, SANGROS GRACIA JESUS, EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA, GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ, ABELLO BLASCO PIEDAD, HERRERO GIL MARIA ANGELES, PUYUELO SALLAN MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0862

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el Centro de Salud de Alagón hay profesionales que realizan actividades comunitarias desde hace años, pero a veces ni el propio equipo las conocemos.
El Consejo de salud comenzó a reunirse desde hace unos años, pero todavía hay miembros del consejo, como farmacéuticos...que no están presentes.
Tenemos una relación puntual con centros educativos, centro sociales...

RESULTADOS ESPERADOS

Crear una Agenda comunitaria.
Conocer todos los profesionales del equipo las actividades comunitarias que se realizan en el centro.
Comenzar con los centros escolares, sociales, ayuntamientos, comarca que corresponden a nuestra zona de salud a colaborar.
Ampliar y dar a conocer las actividades comunitarias que ya estamos realizando: Tabaquismo, EPOC, Lactancia, Paseos saludables, Charlas Figueruelas, Seguimiento embarazo, Dolor crónico (salud mental)
Proponemos nuevas actividades: Paseos saludables (Colaboración Comarca Alta Río Ebro), Fisioterapia Casetas (Cadena de favores, escuela espalda), Educación salud para Diabéticos.

MÉTODO

-Actividades Comunitarias que ya se realizan en el centro de salud: Tabaquismo, Educación salud EPOC, Lactancia, Seguimiento embarazo (matrona), Salud Mental (Dolor crónico). Charlas en Figueruelas. Paseos (Bardallur, Urrea y Plasencia de Jalón) en colaboración con Comarca Valdejalón.
-Consejo de salud.
-Entablamos relación con Centros educativos: Colegios Alagón (Colegio Ntra Sra del castillo, Colegio Publico Aragón, IES Conde aranda. Colegios Pedrola (Colegio publico Cervantes e IES siglo XXI, Colegios Grisen y Público Insula Barataña (Figueruelas); Colegio Público Remolinos, Barboles, Bardallur, Urrea, Cabañas de Ebro ; Alcalá, Plasencia de Jalón.
-Solicitamos la participación de los Ayuntamientos de nuestra zona de salud.
-Hablamos con representantes de las Comarcas Ribera del Ebro y Valdejalón (deportes) y Mesa Violencia de Género.
-Dar a conocer a gerencia proyectos que se realizan.
-Reuniones del equipo salud (Actividades Comunitarias)

INDICADORES

Número de participantes en los proyectos de actividades comunitarias, sea mayor a 500.
100% relación con Centros escolares de nuestra zona de salud.
100% relación con Ayuntamientos de nuestra zona de salud.
Reunión consejo de salud (dos al año)

DURACIÓN

Desde Enero a mayo del 2018 solicitar colaboración con Centros educativos, ayuntamientos y Comarca.
Desde Mayo a diciembre dar a conocer las actividades comunitarias que realizamos.
Sesiones clínicas: Tabaquismo, EPOC, Diabetes...

OBSERVACIONES

Pendientes de programar:
Paseos saludables en zona de Ribera del Ría Ebro (Solicita colaboración responsable de deporte de la Comarca).
Diabetes- educación para la salud.
Solicita colaboración Fisioterapeuta de Casetas (escuela de salud, cadena de favores, le comentamos EPOC...)

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 - 2018/0862

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0872

1. TÍTULO

EDUCACION SALUD EN EL DIABETICO

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE CONSUELO BLASCO CASTELLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALAGON
· Localidad ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TRINCHAN FERNANDEZ PILAR
PUYUELO SALLAN MONSERRAT
GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ
MARIN IZAGUERRI PILAR
MIRANDA ARTO PILAR
GARCIA GARCIA ARTURO
BADIA BENITO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las siguientes sesiones clínicas durante el año 2018:

6-3-2018 Sesión informativa sobre el programa soporte T_coach para diabéticos. Realizado por Sara Macarron
19-4-2018 Sesión clínica sobre úlceras y curas y tratamientos en pacientes diabéticos. Realizado por Manuel Gordillo
10-5-2018 Sesión clínica sobre neuropatía diabética y cuidado del pie diabético. Exploración etc. realizado por sara Macarron.
25-10-2018 Sesión informativa sobre paseos saludables, incluimos pacientes diabéticos
4-12-2018 Enfoque diabético, situaciones clínicas en diabéticos, y casos clínicos. realizado por Andrés Ollero y Beatriz Garayoa.
Se han realizado diferentes presentaciones por ordenador así como casos prácticos para la utilización del aparato I.T.B. y kit pie diabético

Los profesionales han sido informados mediante las reuniones de Calidad realizadas por el Dr. Benito Luño el 22-5-2018, y 21-11-2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha utilizado el comando de diabetes del programa OMI para la obtención de datos, utilizando la comparativa de indicadores en la HbA1c y la revisión del pie diabético con el Sector Zaragoza III y Aragón, obteniendo a fecha de enero 2019 los siguientes datos:

-HbA1c indicador global
C.S. Alagón =29%
por debajo del Area Zaragoza III =32%
y de Aragon =39%
-En cuanto a la revisión del pie diabético
C. S. Alagón=15%
por debajo del Area Zaragoza III=23%.
y de Aragon = 35%
Nuestro objetivo que era mejorar estos valores, no se ha conseguido tal y como esperabamos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El no disponer de un kit para la revisión del pie diabético en todas las consultas de enfermería así como tener solamente un aparato para la medición del I.T.B. ha dificultado la realización de dichas mediciones, no obstante este año en los consultorios anejos la C.S. Alagon se ha solicitado a los Ayuntamientos en la dotación de consultas varios kits para la medición del I.T.B.
Seguiremos insistiendo en la realización de estas actuaciones para mejorar el control del paciente diabético

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/872 ===== ***

Nº de registro: 0872

Título
EDUCACION SALUD EN EL DIABETICO

Autores:
BLASCO CASTELLO CONSUELO, TRINCHAN FERNANDEZ PILAR, PUYUELO SALLAN MONTSERRAT, GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ, MARIN IZAGUERRI PILAR, MIRANDA ARTO PILAR, GARCIA GARCIA ARTURO, BADIA BENITO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0872

1. TÍTULO

EDUCACION SALUD EN EL DIABETICO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestro centro de salud, tenemos una población envejecida y en ella un número elevado de diabéticos. En la cartera de servicios, en el servicio de atención a pacientes crónicos diabéticos, se nos recomienda el control de la Hb glicada, además del control analítico con microralbuminuria, ECG, Fondo de ojo y valoración de neuropatía, nefropatía, retinopatía, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica, TA, auscultación cardiaca, examen de los pies, pulsos periféricos, sensibilidad y reflejos...

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Personas diabéticas o más años, que cumplan criterios diagnósticos de diabetes.
Mejorar el porcentaje de personas diagnosticadas de diabetes mellitus que tienen solicitada analítica con Hb Alc.
Aumentar el porcentaje de pacientes a los que se les ha revisado el riesgo del pie diabético.
Mejorar la educación para la salud de los pacientes.

MÉTODO

Formación en el equipo: Sesión clínica pie diabético, educación para los diabéticos.
Pendiente de valorar actividad comunitaria para grupo diabético, incluirlo en paseos saludables.
Recursos: kit de revisión del pie diabético, ITB. Recursos externos coach.

INDICADORES

Aumentar el porcentaje de pacientes a los que hemos solicitado Hb glicada.
Aumentar el porcentaje de pacientes revisado del pie diabético.

DURACIÓN

Desde enero a mayo del 2018, organización y formación con sesiones clínicas.
Desde junio a diciembre del 2018 promover en los profesionales la revisión del pie diabético, Hb glicada. (además del resto de actuaciones correspondientes en dicho programa):

OBSERVACIONES

Pendiente de valorar el realizar actividad comunitaria para los pacientes diabéticos.

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 - 2018/0872

1. TÍTULO

EDUCACIÓN SALUD EN EL DIABÉTICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE CONSUELO BLASCO CASTELLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALAGON
· Localidad ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TRINCHAN FERNANDEZ PILAR
PUYUELO SALLAN MONSERRAT
GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ
MARIN IZAGUERRI PILAR
MIRANDA ARTO PILAR
GARCIA GARCIA ARTURO
BADIA BENITO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las siguientes sesiones clínicas durante el año 2018:

6-3-2018 Sesión informativa sobre el programa soporte T_coach para diabéticos. Realizado por Sara Macarron.

19-4-2018 Sesión clínica sobre úlceras, curas y tratamientos en pacientes diabéticos. Realizado por Manuel Gordillo.

10-5-2018 Sesión clínica sobre neuropatía diabética y cuidado del pie diabético. Exploración etc. realizado por sara Macarron.

25-10-2018 Sesión informativa sobre paseos saludables, incluimos pacientes diabéticos 4-12-2018 Enfoque diabetes, situaciones clínicas en diabétes, y casos clínicos. realizado por Andrés Ollero y Beatriz Garayoa.

Se han realizado diferentes presentaciones por ordenador así como casos prácticos para la utilización del aparato I.T.B. y kit pie diabético.

Los profesionales han sido informados mediante las reuniones de Calidad realizadas por el Dr. Benito Luño el 22-5-2018, y 21-11-2018.

Durante el año 2019 se han realizado las siguientes actividades:

14-2-2019 Reunión de calidad, entre los temas estaba la utilización de los datos a través del comando de diabétes. Realizada por Dr. Luño.

2-4-2019 Sesión clínica sobre el manejo de ITB

28-5-2019 Sesión clínica sobre la guía de diabétes. Realizada por Dr. Fernando Calvo.

31-10-2019 Evaluación intermedia de Proyectos de Calidad.

12-12-2019 Actualización de diabetes a cargo de la endocrino Yolanda Blasco.

16-1-2020 Reunión de calidad y se exponen los resultados de diabétes .

En las sesiones y reuniones se han utilizado el ordenador y cañón para las presentaciones, además de un ITB y el kit del pie diabético en las sesiones prácticas.

Los profesionales han sido informados mediante correo electrónico, así como tablón de anuncios del día de las sesiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la memoria final hemos recogido los datos del cuadro de mandos de diabetes de diciembre de 2018 y diciembre de 2019 siendo estos los siguientes indicadores:

-realización de hemoglobina glicada hba1c. en 2018 y 2019

El Centro de Salud de Alagón ha realizado 32% de pacientes en 2018 y 29% en 2019, no aumentando los datos y estando por debajo de la del sector 3 3% en 2018 y 34% en 2019. objetivo no conseguido, aunque esta bastante cerca de los datos de nuestro sector, en cuanto al segundo indicador:

-realización de la exploración del pie diabético en 2018 y 2019

El Centro de Salud de Alagón ha realizado la exploración del pie diabético en un 4% de pacientes en 2018 y en un 9% en 2019 aumentando el porcentaje un 5% . objetivo conseguido .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Equipo esta satisfecho con los resultados aunque no se han conseguido mas que uno de los dos objetivos.

Consideramos que el comando de mando de diabetes esta infrautilizado en este equipo y que no hemos hecho suficiente hincapié en su utilización, para el conocimiento de pacientes en los que se ha realizado tanto la valoración de la hemoglobina glicada y la exploración del pie y así aumentar el porcentaje de pacientes mejor controlados mediante búsqueda más activa a través de los listados proporcionados por dicho comando. No obstante, el volcado de datos de la historia clínica en referencia a la hemoglobina glicada, no es completo por saturación de la memoria del ordenador, ya que se ha comprobado que no se han volcado en todas las historias clínicas. Por lo que consideramos que hay un problema informático y los datos son mejores de lo que aparecen en el comando de mando de diabetes.

En cuanto a la exploración del pie diabético aunque hemos aumentado el porcentaje, seguimos teniendo problemas con la utilización del ITB, pues solo disponemos de un aparato para el centro y los 11 anejos lo que dificulta la utilización por los profesionales, no obstante seguiremos insistiendo en los beneficios de dicha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0872

1. TÍTULO

EDUCACIÓN SALUD EN EL DIABÉTICO

exploración y seguir haciendo talleres de exploración del pie diabético.
Se ha conseguido a través de una subvención del consultorio de Plasencia de Jalón, un ITB, pero lo tenemos desde Noviembre de 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/872 ===== ***

Nº de registro: 0872

Título
EDUCACION SALUD EN EL DIABETICO

Autores:
BLASCO CASTELLO CONSUELO, TRINCHAN FERNANDEZ PILAR, PUYUELO SALLAN MONTSERRAT, GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ, MARIN IZAGUERRI PILAR, MIRANDA ARTO PILAR, GARCIA GARCIA ARTURO, BADIA BENITO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestro centro de salud, tenemos una población envejecida y en ella un número elevado de diabéticos
En la cartera de servicios, en el servicio de atención a pacientes crónicos diabéticos, se nos recomienda el control de la Hb glicada, además del control analítico con microralbuminuria, ECG, Fondo de ojo y valoración de neuropatía, nefropatía, retinopatía, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica, TA, auscultación cardiaca, examen de los pies, pulsos periféricos, sensibilidad y reflejos...

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Personas diabéticas o más años, que cumplan criterios diagnósticos de diabetes.
Mejorar el porcentaje de personas diagnosticadas de diabetes mellitus que tienen solicitada analítica con Hb Alc.
Aumentar el porcentaje de pacientes a los que se les ha revisado el riesgo del pie diabético.
Mejorar la educación para la salud de los pacientes.

MÉTODO
Formación en el equipo: Sesión clínica pie diabético, educación para los diabéticos.
Pendiente de valorar actividad comunitaria para grupo diabético, incluirlo en paseos saludables.
Recursos: kit de revisión del pie diabético, ITB. Recursos externos coach.

INDICADORES
Aumentar el porcentaje de pacientes a los que hemos solicitado Hb glicada.
Aumentar el porcentaje de pacientes revisado del pie diabético.

DURACIÓN
Desde enero a mayo del 2018, organización y formación con sesiones clínicas.
Desde junio a diciembre del 2018 promover en los profesionales la revisión del pie diabético, Hb glicada. (además del resto de actuaciones correspondientes en dicho programa):

OBSERVACIONES
Pendiente de valorar el realizar actividad comunitaria para los pacientes diabéticos.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0872

1. TÍTULO

EDUCACIÓN SALUD EN EL DIABÉTICO

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 - 2018/0928

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ELISA RUIZ FERRANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALAGON
· Localidad ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABELLO BLASCO PIEDAD
EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA
MIRANDA ARTO PILAR
MARIN IZAGUERRI PILAR
GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ
RASCON VELAZQUEZ SONIA
GARISA ROCHA GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de encuesta a los profesionales para conocer su sensibilidad y conocimientos del tema al principio de nuestro proyecto en 2018
Formación. Dos sesiones clínicas con medicos del mundo de una hora de duración cada una de 8-9 horas.
1-Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina.
2-La trata de personas con fines de explotación sexual, una forma de violencia de género.
Sesión clínica con Asuncion Cisneros, se planifica en dos ocasiones pero no puede acudir, nos envía la documentación al centro de salud, y esta pendiente la sesión clínica en marzo 2019.
Asistencia de profesionales al curso de violencia de género(SALUD).
Semana de sensibilización de los profesionales, con "busqueda activa de mujeres"coincidiendo con el día mundial 25 de noviembre contra la violencia de género.
Profesionales del centro acuden a la mesa de la Comarca del Río Ebro: Violencia de género.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sensibilización de los profesionales con el tema violencia de género.
Mejora de los conocimientos de los profesionales, se realiza nueva encuesta al final del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Diferentes opiniones entre los profesionales sanitarios de como abordar a estas pacientes, no todo el mundo cree conveniente preguntar en una consulta "¿que tal estás con tu pareja?".
Lo importante de la coordinación de los servicios sanitarios con otros servicios, como cuerpos de seguridad, servicios sociales, servicios de igualdad y educación.
Tenemos que seguir formandonos y buscando soluciones, para conseguir la atención global de las víctimas de género.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/928 ===== ***

Nº de registro: 0928

Título
VIOLENCIA DE GENERO CENTRO DE SALUD ALAGON

Autores:
RUIZ FERRANDEZ ELISA, ABELLO BLASCO PIEDAD, EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA, MIRANDA ARTO PILAR, MARIN IZAGUERRI PILAR, GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ, RASCON VELAZQUEZ SONIA, GARISA ROCHA GEMA

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: Violencia de género
Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0928

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto estaría enmarcado en la estrategia nacional para la erradicación de la violencia. Contra la mujer y protocolo de actuación contra la violencia de género en la población correspondiente al centro de salud de Alagón.

RESULTADOS ESPERADOS

Desarrollar actividades de prevención y atención a la VG en colaboración con centros educativos y sociales (actividades de la comunidad).
Conocer la sensibilidad de los profesionales en relación con la violencia de género.
Concienciar a los profesionales sobre la violencia de género.
Desarrollar herramientas que favorezcan la detección de la violencia de género.
Detectar a lo largo del período a las víctimas de la violencia de género

MÉTODO

Realización de encuesta a los profesionales para conocer su sensibilidad y conocimientos en relación al tema.
Formación y recuerdo a los profesionales del uso del Servicio al maltrato a la mujer. OMI.
Informar a los profesionales del equipo de atención primaria de la causalidad del maltrato de su zona de salud.
Formación a todos los profesionales del centro endetección y manejo del problema a través de una sesión impartida por Asunción Cisneros.
Desarrollo de una semana de detección en la que los profesionales realizan una búsqueda activa de mujeres.
Evaluación del impacto de estas actividades y exposición al equipo de atención primaria.
Formar parte de la mesa de la comarca en relación con Violencia de género.
Conocer protocolos: Mutilación genital femenina, trata de mujeres.

INDICADORES

Indicadores provenientes de las encuestas.
descripción de los casos detectados

DURACIÓN

De enero a mayo sesiones formativas: mutilación genital femenina, trata de mujeres.
Hablar con Asunción Cisneros para sesión clínica (25-10-2018).
De mayo a diciembre planificar encuestas, y planificar la semana de detección de violencia de género.

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 - 2018/1128

1. TÍTULO

GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON

Fecha de entrada: 24/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LUÑO GARCIA BENITO
PELEGRIN INGLES FELIX

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Establecimiento de pautas de actuación ante situaciones de descompensación de IC: se han establecido unas recomendaciones de atención para pacientes de Insuficiencia Cardíaca (en adelante, ICC). Dichas pautas se han expuesto a los miembros del equipo en una sesión clínica dedicada a ello.

Diseño de protocolo de atención al paciente con IC tras el alta hospitalaria/atención en Urgencias: Ha sido diseñado un protocolo de atención básica tras el alta hospitalaria. Dicho protocolo ha sido redactado por los tres miembros de este proyecto. Queda pendiente su comunicación y recogida de sugerencias del resto de miembros del equipo. Esta última fase se realizará en las próximas semanas en una reunión monográfica.

Protocolos de actuación en el manejo de alteraciones analíticas secundarias a tratamiento farmacológico o propias de IC (Hiperpotasemia, hiponatremia, agudización de insuficiencia renal, anemia, ferropenia): Se ha realizado este apartado dentro del protocolo, anteriormente referido.

Creación de grupo de trabajo en IC, con reuniones periódicas para discusión de casos, rediseño de procedimientos, etc.: Los miembros de este proyecto lideran reuniones periódicas de revisión de casos y actividades a las que están invitados el resto de los miembros.

Creación de documentos con información para autocuidado del paciente e información a cuidadores: Están en elaboración, dípticos con consejos de cuidados para estos paciente. La información se ha basado en los consejos proporcionados en las sesiones de educación al paciente con insuficiencia cardíaca, por parte de enfermería en la U. de Insuficiencia Cardíaca del H. Miguel Servet.

Diseñar Indicadores de seguimiento: Se ha recogido los indicadores referidos en el siguiente párrafo.

Registrar las actividades realizadas: Las actividades realizadas constan en el sistema informático de historia clínica de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Mantener de manera periódica actividades comunitarias en relación con los FRCV (antitabaco, actividad física: Se han realizado charlas informativas en colegios e institutos de la zona sobre tabaquismo. Paseos saludables, organizados desde la Comarca Ribera Alta del Ebro.

-Porcentaje de pacientes con IC en los que consta vacunación antigripal y antineumocócica: Antigripal en el 85,7%, Neumococo 35,1%)

-Porcentaje de pacientes con IC en los que consta registro de variables relevantes sobre cuidados en IC:

Peso, T.A., Actividad física diaria: 92,3%

-Porcentaje de pacientes con IC polimedicados a los que se les ha revisado el tratamiento: 86,2%

-Porcentaje de pacientes IC en tratamiento con IECA/ARA II/Sacubitril-valsartan: 83,2%

-Porcentaje de pacientes vistos por su MAP, en el mes siguiente a un ingreso hospitalario por IC: 98%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo de trabajo ha tenido grandes dificultades para la realización de las reuniones, dada la presión asistencial, y la imposibilidad material de reunir a todos los integrantes en todas las reuniones por las diferentes agendas y actividades que realizan en el día a día.

Existe una gran dificultad en el acceso a los datos concretos en la información de cada paciente. Ha sido preciso revisar manualmente, paciente por paciente, los registros de la HCE. En este aspecto los sistemas informáticos disponibles presentan grandes ineficiencias.

Desde el punto de vista asistencial, hay un margen de mejora en la cobertura de vacunación frente al Neumococo.

A destacar el alto cumplimiento de las visitas tras el alta de un ingreso hospitalario.

7. OBSERVACIONES.

Los resultados son referidos a la población total de la Zona Básica de Salud de Alagón, en pacientes con diagnóstico de ICC.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1128 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1128

1. TÍTULO

GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON

Nº de registro: 1128

Título
GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON

Autores:
MAINAR LATORRE MARIA PILAR, LUÑO GARCIA BENITO, PELEGRIN INGLES FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

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, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La insuficiencia cardíaca es una patología muy prevalente en la consulta de Atención Primaria. Las actividades desarrolladas en el cuidado de estos paciente, en el ámbito de la Atención Primaria, resultan determinantes para su evolución.
El manejo terapéutico farmacológico, así como, las medidas higiénico dietéticas y de autocuidado representan actividades fundamentales para evitar hospitalizaciones y agudizaciones de dichos pacientes.
La continuidad asistencial en la atención de estos pacientes, es imprescindible para prestar una atención de calidad y ajustadas a las guías de practica clínica vigentes.
La comunicación entre los diferentes niveles asistenciales facilita la atención y evita duplicidades, consultas innecesarias o de poca utilidad, sobrecarga de los servicios de urgencia y hospitalizaciones. Así mismo, evita errores terapéuticos redundando en la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
• Mejorar la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).
• Puesta en marcha de actividades de prevención y detección precoz de descompensaciones en el contexto de IC.
• Diseño de mecanismos de atención rápida en A. Primaria y derivación preferente al cardiólogo de episodios de descompensación.
• Diseño de protocolo de derivación al Cardiólogo.
• Revisión de los pacientes con IC, tras una hospitalización o tras atenciones en Urgencias.
• Aumentar el grado de adhesión a la vacunación antigripal y antineumocócica entre los pacientes con IC
• Potenciar los autocuidados de los pacientes con IC
• Adecuar el tratamiento farmacológico a las Guías de Práctica Clínica Vigentes.
• Reciclaje del personal del EAP, en el manejo de los fármacos más habituales en estos pacientes.

MÉTODO
? Establecimiento de pautas de actuación ante situaciones de descompensación de IC.
? Diseño de protocolo de atención al paciente con IC tras el alta hospitalaria/atención en Urgencias.
? Protocolos de actuación en el manejo de alteraciones analíticas secundarias a tratamiento farmacológico o propias de IC (Hiperpotasemia, hiponatremia, agudización de insuficiencia renal, anemia, ferropenia).
? Creación de grupo de trabajo en IC, con reuniones periódicas para discusión de casos, rediseño de procedimientos, etc...
? Creación de documentos con información para autocuidado del paciente e información a cuidadores.
? Diseñar Indicadores de seguimiento.
? Registrar las actividades realizadas

INDICADORES
• Mantener de manera periódica actividades comunitarias en relación con los FRCV (antitabaco, actividad física).
• Porcentaje de pacientes con IC en los que consta vacunación antigripal y antineumocócica.
• Porcentaje de pacientes con IC en los que consta registro de variables relevantes sobre cuidados en IC: Peso, T.A., Actividad física diaria.
• Porcentaje de pacientes con IC polimedicados a los que se les ha revisado el tratamiento.
• Porcentaje de pacientes IC en tratamiento con IECA/ARA II/Sacubitril-valsartan.
• Porcentaje de pacientes vistos por su MAP, en el mes siguiente a un ingreso hospitalario por IC.

DURACIÓN
Abril - Diciembre 2018:
- Sesión clínica sobre uso de terapia farmacológica en IC.
- Diseño de protocolo en manejo de alteraciones analíticas en ICC.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1128

1. TÍTULO

GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON

- Inicio de reuniones para revisión de casos/grupo de trabajo IC del Centro.
- Formalización de un consenso sobre derivación de pacientes a Cardiología.
- Plantillas de información y Autocuidados para pacientes y cuidadores.

Noviembre-Diciembre 2018:

Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos.

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 - 2018/1128

1. TÍTULO

GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON

Fecha de entrada: 30/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LUÑO GARCIA BENITO
PELEGRIN INGLES FELIX

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha procedido a la actualización de las recomendaciones establecidas en años anteriores en pacientes con insuficiencia cardíaca. Dicha actualización se ha realizado a la vista de las variaciones de las GPC y tras ser consensuadas por el resto del equipo.

Se ha mantenido con mínimas variaciones el protocolo establecido de atención básica a estos pacientes, tras el alta hospitalaria. Igual que anteriormente, se ha consensuado y oído las sugerencias de todos los integrantes del equipo del Centro.

Se ha realizado varias sesiones conjuntas sobre el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca y factores de riesgo cardiovascular. Se han invitado a ponentes de otros Centros de Salud y de Atención Especializada de referencia.

El grupo, ha continuado con el registro de indicadores expuestos en el siguiente apartado.

Durante el presente año no se han realizado por motivos de agenda, reuniones de revisión de casos.

Se encuentran en elaboración dípticos con consejos de cuidados.

Continúa el registro de las actividades realizadas con estos pacientes en el sistema de información electrónico de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mantener de manera periódica actividades comunitarias en relación con los FRCV (antitabaco, actividad física). Se han realizado charlas informativas en colegios e institutos de la zona sobre tabaquismo y RCP. Paseos saludables, organizados desde la Comarca Ribera Alta del Ebro.

-Porcentaje de pacientes con IC en los que consta vacunación antigripal y antineumocócica: Antigripal en el 88,2%, Neumococo 32.5%)

-Porcentaje de pacientes con IC en los que consta registro de variables relevantes sobre cuidados en IC: Peso, T.A., Actividad física diaria: 96,7%

-Porcentaje de pacientes con IC polimedificados a los que se les ha revisado el tratamiento: 85,8%

-Porcentaje de pacientes IC en tratamiento con IECA/ARA II/Sacubitril-valsartan: 91, 1%

-Porcentaje de pacientes vistos por su MAP, en el mes siguiente a un ingreso hospitalario por IC: 97.8%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo de trabajo ha tenido grandes dificultades para la realización de las reuniones, dada la presión asistencial, y la imposibilidad material de reunir a todos los integrantes en todas las reuniones por las diferentes agendas y actividades que realizan en el día a día.

Existe una gran dificultad en el acceso a los datos concretos en la información de cada paciente. Ha sido preciso revisar manualmente, paciente por paciente, los registros de la HCE en una muestra significativa de pacientes. En este aspecto los sistemas informáticos disponibles presentan grandes ineficiencias.

A destacar el alto cumplimiento de las visitas tras el alta de un ingreso hospitalario.

7. OBSERVACIONES.

Los resultados son referidos a la población total de la Zona Básica de Salud de Alagón, en pacientes con diagnóstico de ICC.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1128 ===== ***

Nº de registro: 1128

Título
GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON

Autores:
MAINAR LATORRE MARIA PILAR, LUÑO GARCIA BENITO, PELEGRIN INGLES FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1128

1. TÍTULO

GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON

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, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La insuficiencia cardíaca es una patología muy prevalente en la consulta de Atención Primaria. Las actividades desarrolladas en el cuidado de estos paciente, en el ámbito de la Atención Primaria, resultan determinantes para su evolución.

El manejo terapéutico farmacológico, así como, las medidas higiénico dietéticas y de autocuidado representan actividades fundamentales para evitar hospitalizaciones y agudizaciones de dichos pacientes.

La continuidad asistencial en la atención de estos pacientes, es imprescindible para prestar una atención de calidad y ajustadas a las guías de practica clínica vigentes.

La comunicación entre los diferentes niveles asistenciales facilita la atención y evita duplicidades, consultas innecesarias o de poca utilidad, sobrecarga de los servicios de urgencia y hospitalizaciones. Así mismo, evita errores terapéuticos redundando en la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).
- Puesta en marcha de actividades de prevención y detección precoz de descompensaciones en el contexto de IC.
- Diseño de mecanismos de atención rápida en A. Primaria y derivación preferente al cardiólogo de episodios de descompensación.
- Diseño de protocolo de derivación al Cardiólogo.
- Revisión de los pacientes con IC, tras una hospitalización o tras atenciones en Urgencias.
- Aumentar el grado de adhesión a la vacunación antigripal y antineumocócica entre los pacientes con IC
- Potenciar los autocuidados de los pacientes con IC
- Adecuar el tratamiento farmacológico a las Guías de Práctica Clínica Vigentes.
- Reciclaje del personal del EAP, en el manejo de los fármacos más habituales en estos pacientes.

MÉTODO

- ? Establecimiento de pautas de actuación ante situaciones de descompensación de IC.
- ? Diseño de protocolo de atención al paciente con IC tras el alta hospitalaria/atención en Urgencias.
- ? Protocolos de actuación en el manejo de alteraciones analíticas secundarias a tratamiento farmacológico o propias de IC (Hiperpotasemia, hiponatremia, agudización de insuficiencia renal, anemia, ferropenia).
- ? Creación de grupo de trabajo en IC, con reuniones periódicas para discusión de casos, rediseño de procedimientos, etc...
- ? Creación de documentos con información para autocuidado del paciente e información a cuidadores.
- ? Diseñar Indicadores de seguimiento.
- ? Registrar las actividades realizadas

INDICADORES

- Mantener de manera periódica actividades comunitarias en relación con los FRCV (antitabaco, actividad física).
- Porcentaje de pacientes con IC en los que consta vacunación antigripal y antineumocócica.
- Porcentaje de pacientes con IC en los que consta registro de variables relevantes sobre cuidados en IC: Peso, T.A., Actividad física diaria.
- Porcentaje de pacientes con IC polimedicados a los que se les ha revisado el tratamiento.
- Porcentaje de pacientes IC en tratamiento con IECA/ARA II/Sacubitril-valsartan.
- Porcentaje de pacientes vistos por su MAP, en el mes siguiente a un ingreso hospitalario por IC.

DURACIÓN

Abril - Diciembre 2018:

- Sesión clínica sobre uso de terapia farmacológica en IC.
- Diseño de protocolo en manejo de alteraciones analíticas en ICC.
- Inicio de reuniones para revisión de casos/grupo de trabajo IC del Centro.
- Formalización de un consenso sobre derivación de pacientes a Cardiología.
- Plantillas de información y Autocuidados para pacientes y cuidadores.

Noviembre-Diciembre 2018:

Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1128

1. TÍTULO

GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON

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 - 2018/1199

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR FRANCO DE LA IGLESIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALAGON
· Localidad ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BADIA BENITO MARIA JESUS
BLASCO CASTELLO CONSUELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han realizado las siguientes sesiones clinicas formativas y autoformacion en urgencias y RCP:
el 5/4/2018 sesion calidad carro: paradas por Benito Luño y Pilar Franco
el 7/6/2018 sesion de RCP, eminentemente practica realizada por Alejandro Bierge y Susana Ochoa
- Se han elaborado protocolos para la revision y reposicion de maletines de urgencias con listas rotativas de todos los profesionales para, aparte de tenerlos completos, todo el personal se familiarice con todos sus componentes
Tambien hay un protocolo de revision semanal del carro de paradas realizado por Maria Pilar Franco
- elaboracion de documentos de registro y control para designar el procedimiento de asignacion profesional ante una situacion urgente y situaciones excepcionales por ausencia de profesional por causa no previsible (5/6/2018)
- el 7/8/2018 colocacion en lugares estrategicos de algoritmos sobre patologia urgente

En cuanto a los recursos empleados se ha solicitado al 061 los muñecos para la RCP, asi como se ha utilizado diferentes apoyos informaticos para la realizacion de las sesiones informativas
Los profesionales han sido informados de este proyecto mediante las reuniones de calidad realizadas por el dr Benito Luño el 22/5/2018 y el 21/11/2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han utilizado como fuente las actas elaboradas en el centro de salud de Alagon, asi como la existencia o no de documentos elaborados para este programa "plantilla de reparto de urgencias" y los porcentajes de los profesionales que han participado en las sesiones formativas de patologia urgente y RCP.
Se ha realizado la sesion clinica de patologia urgente y RCP con un total de 25 asistentes, lo que supera el 80%.....OBJETIVO CONSEGUIDO (89%)
Se ha elaborado el documento-plantilla de reparto de urgencias por el servicio de admision...OBJETIVO CONSEGUIDO
El porcentaje de personal que conoce el documento tras la reunion de calidad es de 46% según consta en acta del 22/5/2018.....OBJETIVO NO CONSEGUIDO
Se ha elaborado documento de contenido y revision de carro de paradas y maletines de urgencias que esta colocado en el tablon de la sala de urgencias, especificando los componentes y el turno de revision

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

IMPORTANCIA DE LA REVISION PERIODICA DE MALETINES Y CARRO DE PARADAS PARA REPONER Y FAMILIARIZARSE CON SUS CONTENIDOS
IMPOTENCIA PORQUE AUNQUE EL EQUIPO HAGAMOS LO PROYECTADO DEPENDEMOS DE MANTENIMIENTO PARA EN CASO DE DETECTAR ANOMALIAS SE SUBSANE Y LLEVAMOS MAS DE 2 MESES HACIENDO VARIOS PARTES...ETC SIN ASPIRADOR DE SECRECCIONES...POR MUCHO CARRO DE PARADAS QUE HAYA SI NO SE PUEDE ASPIRAR IGUAL NO VALDRIA PARA NADA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1199 ===== ***

Nº de registro: 1199

Título
ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Autores:
FRANCO DE LA IGLESIA MARIA PILAR, BADIA BENITO MARIA JESUS, BLASCO CASTELLO CONSUELO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1199

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patologia urgente en el C.S. y a domicilio
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El equipamiento en la sala de urgencias y en los maletines de urgencias debe reunir unos mínimos de contenidos, basados en la recomendaciones de expertos. Es fundamental disponer de un carro de paradas bien equipado y organizado. En situaciones urgentes pueden derivarse errores debidos a la falta de organización. La comprobación del buen funcionamiento, reposición de materiales y medicamentos exige del EAP un compromiso de participación activa y constante formación .

RESULTADOS ESPERADOS

- Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y una organización operativa estandarizada.
- Conseguir una estandarización en el contenido de los carros de parada.
- Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletin y carro de paradas.
- Establecer un criterio de designación de la urgencia al profesional, en documento explícito y conocido por todos, para evitar demoras.
- Mantener habilidades técnicas profesionales en atención urgente y RCP
- Mejorar la eficiencia del uso del sistema, mediante el uso racional de la atención por parte de la población.

MÉTODO

- Sesiones clínicas formativas y autoformación en urgencias y RCP
- Colocación en lugares estratégicos Algoritmos sobre atención de patología urgente.
- Consensuar un Protocolo de contenido y mantenimiento del carro de paradas y maletines de urgencias.
- Elaborar una matriz / plantilla para designar el procedimiento de asignación profesional ante una situación urgente y situaciones excepcionales por ausencia de profesional por causa no previsible.
- Diseñar material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de Atención Continuada / Urgencia extrahospitalarias

INDICADORES

- Sesiones clínicas formativas: Actas de sesiones clínicas
- Existencia de documento / plantilla de reparto de urgencias (emergencias) en el Centro de Salud o domicilio. (SI / NO)
- Porcentaje de profesionales que conocen el documento (80%)
- Porcentaje de profesionales que ha participado en formación de patología urgente y RCP (80%)
- Número de profesionales del Centro que han asistido a una sesión relativa a urgencias / numero total de profesionales del Sector.
- Documento de contenido y revisión de mantenimiento del carro de paradas y maletines de urgencias .

DURACIÓN

Mayo - Diciembre:

- Sesiones clínicas formativas
- Elaboración de documentos de registro y control
- Elaboración de documentos de divulgación de uso adecuado del Servicio
- Registro de las Actividades.

Diciembre:

Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos.

OBSERVACIONES

Los recursos materiales ya están disponibles

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0928

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE ALAGON

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE PILAR MIRANDA ARTO
· 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
MARTINEZ FRAILE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han monitorizado 2 indicadores de utilización de antibióticos (DHD antibióticos totales y Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación). Informes enviados por profesional de forma trimestral.

- Asistencia por parte de la persona responsable a las reuniones de grupo IRASPROA del sector III y al curso Principios de uso de antibióticos: puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en Atención Primaria

- Se han realizado formaciones específicas dirigida a profesionales en infecciones mas prevalentes, en forma de "Sesiones Clínicas" de 1 hora de duración en el CS de Alagon en un total de 4:

- 24/1/2019 : Sesion Clínica Infecciones del tracto urinario
- 21/2/2019: Sesion Técnica Antígeno Streptococo
- 26/09/2019: Sesion ITUS y recogida de muestras
- 27/09/2019: Informes de utilización de antibiótico por profesionales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

· DHD antibióticos totales. El Objetivo 2019 era 20,4 (reducción de 2% respecto a 2018) y el indicador de DHD del 2019 ha sido 17,6

· Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 1,37% (reducción de 2% respecto a 2018) y el indicador de cefalosporinas de 3ª generación del 2019 es de 1,2%.

Se han cumplido los objetivos fijados para los dos indicadores. Los datos disponibles son del periodo enero-noviembre, ya que la carga del mes de diciembre en la base de datos de consumo farmacéutico no se realiza hasta finales del mes de enero.

- El porcentaje de profesionales del CS de Alagon que ha asistido a las sesiones clínicas has sido de un 61%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este tipo de formaciones, para poder transmitir la información a los profesionales de AP es uno de los pilares fundamentales contra la lucha del problema de las resistencias bacterianas a los antibióticos.

La sesión de infecciones de piel y partes blandas no ha sido realizada por el grupo IRASPROA por lo que no se ha podido dar en el equipo.

Seria interesante continuar en esta linea y mantener el proyecto en el CS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/928 ===== ***

Nº de registro: 0928

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE ALAGON

Autores:
CORTES MARINA ROSA BLANCA, MARTINEZ FRAILE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0928

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE ALAGON

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA)
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de atención Primaria y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos

RESULTADOS ESPERADOS

promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas

MÉTODO

1.Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos
2.Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias, piel y partes blandas

INDICADORES

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 20,4 (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 1,37% (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1305

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN MAZA RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALAGON
· Localidad ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAINAR LATORRE PILAR
HERRERO GIL MARIA ANGELES
GARISA ROCHA GEMA MAGDALENA
LUÑO GARCIA BENITO
OLLERO ORTIGAS ANDRES
ABELLO BLASCO PIEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Comenzamos con el proyecto en septiembre del año 2019 tras recibir el dermatoscopio.

Sesiones clínicas realizadas por profesionales del equipo de AP:

- 24 de septiembre 2019. Organización de Agendas de Teledermatología. Aprendizaje consulta virtual.
- 8 de octubre 2019. Manejo del dermatoscopio.
- 12 de noviembre 2019. Envío de imágenes.
- Puesta en común de los participantes del proyecto: 6 de noviembre 2019.

Cursos en relación con el proyecto:

- Jornadas Sociedad Científica, acudimos 5 profesionales del equipo. Dermatología.
- Curso de dermatoscopia en Atención Primaria. 29 octubre y 5 noviembre del 2019 . Acuden 3 profesionales del equipo.

Comenzamos a enviar imágenes el Noviembre del 2019.

En la actualidad el centro de salud posee tres dermatoscopios. Uno de la Administración y dos solicitados por subvenciones a los Ayuntamientos de la Zona Básica.

Se realizan actividades de cirugía menor, por parte de profesionales del equipo, que quedan registradas en su protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En formación:

- Las sesiones realizadas en el Centro de salud son un 100% de las propuestas.
 - La asistencia de los profesionales ha sido muy alta entre los miembros del proyecto 75%
- Debemos promover la asistencia del resto de los profesionales del equipo.

Como hemos empezado a realizar consultas de teledermatología en noviembre, no hemos alcanzado el 5% deseado, que era nuestro objetivo, sobre el total de derivaciones a dermatología. Pero hemos puesto en marcha el proyecto y esperamos conseguirlo durante el próximo año 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El uso del dermatoscopio en Atención Primaria es una herramienta muy util, pero requiere formación y comunicación con la Atención Especializada.

Estamos empezando a trabajar, y estamos muy ilusionados con que el proyecto vaya prosperando.

Para este siguiente año, esperamos poder recibir más formación, tanto por parte de la Administración como por el propio Equipo para poder alcanzar los objetivos propuestos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1305 ===== ***

Nº de registro: 1305

Título
DERMATOSCOPIA EN EL CS ALAGON

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1305

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

MAZA RODRIGUEZ CARMEN, MAINAR LATORRE PILAR, HERRERO GIL MARIA ANGELES, GARISA ROCHA GEMA, LUÑO GARCIA BENITO, OLLERO ORTIGAS ANDRES, ABELLO BLASCO PIEDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La creciente demanda de consulta a dermatología por lesiones potencialmente malignas o premalignas exige aumentar la capacidad técnica en los EAP para acortar el tiempo de respuesta al motivo de la consulta, aumentar la eficiencia en el diagnóstico precoz de lesiones y disminuir la demanda de primera visita a la atención especializada.

En nuestro centro de salud se identificó como oportunidad de mejora de calidad la utilización de la dermatoscopia por ser técnica diagnóstica en constante expansión por su alta sensibilidad y bajo coste económico. es una técnica de baja especificidad, pero de muy alta sensibilidad.

La dermatoscopia es una técnica que con formación en el manejo del dermatoscopio y unos criterios de valoración permite el análisis de patrones y criterios de sospecha.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el diagnóstico precoz de lesiones malignas y minimizar el error diagnóstico.

Dimensiones de la calidad afectada:

- Calidad científico-técnica
- Eficiencia
- Accesibilidad

Objetivos secundarios:

- Formación técnica de los profesionales

MÉTODO

1-Creación de un equipo de trabajo

- En una reunión específica de calidad se propone la dermatoscopia como proyecto de mejora de calidad y se incluye en el acuerdo de gestión para 2019.

2-Realización de sesiones clínicas de formación continuada:

- Definición y diagnóstico de lesiones malignas y premalignas.
- Patrones y criterios de sospecha. Algoritmos de derivación.

- Protocolos en dermatología

- Sesión práctica manejo del dermatoscopio.

3-Diseño de indicadores y Documentación de registro:

- Documento específico en formato ISO.

- Registro de la actividad realizada.

- Protocolo en cirugía menor.

4-Práctica clínica:

- Aproximación diagnóstica con dermatoscopio.

- Registro de actividad en formulario.

- Cumplimentación de protocolo de cirugía menor.

INDICADORES

Evaluación del proyecto:

- Fuente interna: Recogida de hojas de registro

- Fuente externa: Datos de actividad en especializada.

Indicadores:

- Profesionales que reciben formación. Nº de médicos que asisten a las sesiones/Nº total de médicos del EAP.

Deseado 60%

- Número de sesiones clínicas realizadas. Sesiones médicas propuestas/sesiones médicas realizadas. Deseado 80%.

- Patologías por dermatoscopio. Orientación diagnóstica por dermatoscopio/Total de patologías derivadas a

- dermatología. Deseado 5%.

- Patologías con cirugía menor en el centro de salud. Patología registrada en el protocolo/total de patologías tratadas. Deseado 75%.

DURACIÓN

Inicio de la actividad 15-4-2019.

Formación entre mayo y diciembre 2019.

Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: junio 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1305

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

OBSERVACIONES

Para llevar a cabo este proyecto es necesario contar con un dermatoscopio y sesiones de formación con implicación de especialistas en dermatología.

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 pediátrica,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 pediátricos,intentando que el uso de antibioticos de primera eleccion (amoxicilina y amoxicilina-clavulanico),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 pediátricos con prescripciones de cualquier antibiotico y diagnostico de otitis media aguda:86,13-95,83%,y pacientes pediátricos 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 pediátrica y tambien fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la otitis media aguda en pacientes pediátricos.

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 - 2018/0758

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE FELIX GUTIERREZ MORENO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDEZ FALCON CAMINO
MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL
SANCHEZ BUEY MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se eligió a Félix Gutiérrez Moreno como responsable del uso de antibióticos en el equipo en una reunión celebrada el día 19/4/2018.

Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA el 13 de abril de 2018.

Difusión de la información de la Jornada a los miembros del EAP, el día 24/5/2018.

Reunión de trabajo "Consumo de antibióticos y mapa de resistencias bacterianas en el sector Zaragoza III", el día 5/7/2018.

Reunión de trabajo "Programa de optimización de uso de antibióticos de atención primaria para Aragón", el día 16/10/2018.

Curso "Principios de uso de antibióticos: puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en atención primaria", el día 29/11/2018.

Sesión de antibióticos en el EAP (Difusión de los principios generales en Atención primaria u otras) con fechas 25/10/2018 y 13/12/2018. Un 90% de profesionales asistieron el primer día y un 85% el segundo día.

Se colocación de los posters sobre "Antibióticos, solo cuando sea necesario" en las paredes de centro tanto en la zona de acceso al público como en las zonas de uso exclusivo del personal sanitario.

Se firmó el compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos, que se remitió por correo a la Dirección de Atención Primaria del sector III.

Presencia de salva pantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria del EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP, Félix Gutiérrez Moreno.

2 Reuniones de trabajo de los responsables de antibióticos de los Equipos de Salud.

3 reuniones en el Equipo: en la 1ª jornada presentación de IRASPROA y las dos restantes sobre la difusión de principios generales en Atención Primaria sobre el buen uso de antibióticos.

Participaron entre un 85 y un 90% de profesionales en la formación PROA-AP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Concienciarnos de la importancia de las resistencias a los antimicrobianos ya que suponen un importante problema de salud pública a nivel mundial. No sólo en salud humana, sino también en salud animal y alimentaria.

La necesidad de establecer una prescripción adecuada, no sólo de la pertinencia del antibiótico sino que tipo de antibiótico a utilizar.

Tener presente el problema de las resistencias en nuestro medio y utilizar así el antibiótico más pertinente.

Establecer la necesidad de un reciclado permanente e informar de las herramientas que ya están a nuestra disposición en el programa OMI.

Mantenimiento del programa, mediante reuniones de los responsables para la transmisión de la información actualizada de resistencias, así como de las novedades que pudieran aparecer.

Aumentar la coordinación con servicios de urgencias, especializada, medicina privada (sobre todo dentistas) y farmacias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/758 ===== ***

Nº de registro: 0758

Título

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:

GUTIERREZ MORENO FELIX, FERNANDEZ FALCON CAMINO, MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL, SANCHEZ BUEY MILAGROS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0758

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.

A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO

Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES

Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: N° Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
Los datos se extraerán del informe del centro de las actas firmadas de asistencia a sesiones

DURACIÓN

De abril a diciembre de 2018. Se prevé la continuación en los próximos años.

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 - 2018/0758

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0836

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP BOMBARDA-MONSALUD

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE JESUS TORRECILLA CONDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BOMBARDA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ENCISO CIRIANO LOURDES
ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL
MARTINEZ MORENO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las sesiones clínicas previstas con el equipo de atención primaria, con revisión de las guías de enfermedad renal crónica, los criterios de seguimiento y control y derivación a nefrología. Cuatro en total. Se ha realizado una sesión formativa con el equipo de enfermería sobre la función renal y sus implicaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como indicamos en la elaboración del proyecto, el resto de indicadores sobre registro de la enfermedad renal crónica y porcentajes de pacientes con registro de filtrado glomerular, microalbuminuria, presión arterial, hemoglobina glicada, y terapia triple Whammy deben explotarse desde el programa OMI-Ap.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades propuestas se han realizado satisfactoriamente.

Nos gustaria conocer el grado de consecución de los objetivos propuestos, para lo que necesitamos la colaboración de la dirección de atención primaria para explorar los datos del registro en OMI-Ap.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/836 ===== ***

Nº de registro: 0836

Título
ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP BOMBARDA-MONSALUD

Autores:
TORRECILLA CONDE JESUS, ENCISO CIRIANO LOURDES, ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL, MARTINEZ MORENO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Paciente renal y cardiovascular
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La función renal en condiciones normales decrece progresivamente a partir de los 40 años, de modo que a los 80 el filtrado glomerular es prácticamente el 50 % del máximo alcanzado. La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un importante problema de salud pública que afecta a gran parte de nuestros pacientes, por el envejecimiento progresivo de la población y por la merma de la función renal asociada a patologías cada vez más prevalentes en nuestro medio: HTA, DM2, aterosclerosis y enfermedad cardiovascular. Es una patología infra diagnosticada, de evolución progresiva y poco registrada. Conocer el estado de la función renal de nuestros pacientes es importante además para:

- Valorar su riesgo cardiovascular
- Ajustar las dosis de los fármacos al grado de función renal
- Evitar nefrototoxicidad, iatrogenia, en los que ya tienen comprometida su función renal

Los fármacos más comúnmente implicados en la nefrototoxicidad desde atención primaria son los antibióticos y los AINEs. Especial mención merece la prescripción concomitante de un IECA o un ARA II junto con un diurético y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0836

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP BOMBARDA-MONSALUD

un AINE (incluido los inhibidores de la COX2), se conoce como "triple whammy". Esta asociación incrementa el riesgo de fallo renal un 30%.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Aumentar el grado de detección precoz y de registro de la ERC en la historia clínica
2. Mejorar el control de los pacientes con ERC, abordar sus factores de riesgo
3. Disminuir la progresión de la enfermedad y la morbilidad
4. Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos
5. Establecer criterios de derivación a nefrología

MÉTODO

ACCIONES

- 1.- Revisión en el EAP del Consenso para el manejo de la ERC de la SEN y otras sociedades por el EAP
- 2.- Establecer planes de detección de ERC en la población de riesgo
- 3.- En los pacientes con ERC control periódico de PA, filtrado glomerular y albuminuria, además de glicada en los diabéticos.
- 4.- Revisión de pacientes con terapia triple Whammy.

FORMACION:

- Sesiones clínicas de las GPC de ERC basadas en la evidencia
- Sensibilizar a nuestros compañeros de las consecuencias del uso generalizado de los AINES y la polifarmacia
- Adecuación de la dosis de fármacos en ERC
- Advertir la importancia del estilo de vida en la ERC, actividad física, dieta, tabaco y control de peso.

CAMBIOS PREVISTOS:

- Conocimiento de la ERC y sus factores de riesgo.
- Mejora del registro en OMI del episodio ERC
- Mejora del control y del registro de los factores de riesgo en los pacientes con ERC

INDICADORES

- 1.- Número de sesiones clínicas realizadas por el EAP durante 2018 sobre el proyecto
- 2.- Porcentaje de diagnóstico registrado en OMI de ERC, sobre la población total. Estimando un registro escaso, proponemos incrementarlo en el 50 % durante 2018
- 3.- Porcentaje de pacientes con factores de riesgo de ERC: HTA, DM y ECV, a los que se les ha revisado el Filtrado Glomerular (FG) y la MAU en el periodo de evaluación, 75%
- 4.- Porcentaje de pacientes con ERC, o con riesgo de ERC que tienen registrada la PA, 75%
- 5.- Porcentaje de pacientes con ERC y DIABETES a los que se les ha revisado la HbA1c en los últimos 6 meses, 75%
- 7.- Número de pacientes con triple terapia Whammy . Proponemos un descenso del 50 % durante el 2018.

DURACIÓN

I TRIMESTRE

- Formación del grupo de trabajo del proyecto
- Diseño del proceso

II TRIMESTRE

- Sesiones formativas:

Revisión de Guía, de los criterios de seguimiento y control y de los criterios de derivación a nefrología

III TRIMESTRE

- Sesiones formativas. Recogida de sugerencias y problemas

IV TRIMESTRE:

- Sesiones formativas. Recogida de sugerencias y problemas

I TRIMESTRE 2019

- Evaluación final

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 - 2018/0901

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO

Fecha de entrada: 22/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAUDIN BERDUQUE JESUS ANGEL
ALEGRE LOPERENA ANTONIO
SANCHEZ BUEY MILAGROS
RUBIO PASCUAL MARIA CARMEN
OÑA RAMOS ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado diferentes sesiones clinicas (seis en total) para presentación del proyecto, puesta en marcha, seguimiento, talleres de RCP y finalmente se ha llevado a cabo un simulacro de atención urgente en el centro de salud, con la presentación de varios supuestos (urgencia en domicilio, asistencia urgente en la via publica, urgencia en el centro de salud y supuesto de asistencia de parada en el centro de Salud).
Se han colocado en lugares estrategicos tanto el esquema del circuito de asistencia urgente, como los protocolos de asistencia urgente con las recomendaciones del European Resuscitation Council

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha mejorado el circuito de asistencia urgente y el conocimiento del mismo por parte de todo el personal del centro, tanto sanitario como no sanitario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha puesto de manifiesto la existencia de algunas debilidades en el protocolo establecido, en el conocimiento del circuito de urgencias por parte del personal, asi como en la distribución de los turnos de guardia.
Se recomienda ajustar las agendas a los turnos de urgencia con el fin de evitar que se solape consulta ordinaria y turno de urgencias, lo que mejora la rapidez de respuesta en caso de urgencia.

7. OBSERVACIONES.

El equipo propone la realización periodica y sistemática de simulacros de atención urgente.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/901 ===== ***

Nº de registro: 0901

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO

Autores:
RENALES SOLER ISABEL, NAUDIN BERDUQUE JESUS ANGEL, ALEGRE LOPERENA ANTONIO, SANCHEZ BUEY MILAGROS, RUBIO PASCUAL MARIA CARMEN, OÑA RAMOS ANA

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: asistencia urgente extrahospitalaria
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La asistencia urgente, en especial aquella que conlleva un riesgo vital, siempre genera algun tipo de controversia sobre el tiempo requerido para llevarla a cabo, los medios materiales y el personal que en cada momento debe prestarla.
En momentos de urgencia las probabilidades de errores por, a veces, ir demasiado deprisa son elevadas. Ello demuestra que se hace necesaria la existencia de circuitos de asistencia claros, accesibles y conocidos por todo el personal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0901

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO

Por otro lado, es en la asistencia urgente donde el margen de error se minimiza, donde se hace más necesaria la adecuada capacitación y entrenamiento de los profesionales que deben atenderla.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el tiempo y la calidad de respuesta ante la demanda de una atención urgente.
Establecer y conocer protocolos de asistencia urgente en el Centro de Salud para todos los supuestos de demanda de dicha atención que se reciben. Es decir:
Comunicación telefónica o presencial para una atención domiciliaria.
Demanda de asistencia en la vía pública
Situación de urgencia en el Centro de Salud (en consultas o en la sala de espera).
Establecer y conocer el circuito de demanda asistencial urgente en el centro de Salud para todos los supuestos:
Personal de urgencia
Supuestos de personal no localizado de forma inmediata
Supuestos de personal asignado ausente por licencia, baja, etc no sustituida

MÉTODO

Reuniones de trabajo del equipo que forma parte de este proyecto para diseñar el circuito de atención urgente y definir los protocolos a seguir para cada situación, de acuerdo con las guías publicadas y aceptadas internacionalmente.
Establecer los controles adecuados para comprobar que se realizan de manera correcta las revisiones programadas de la vitrina de medicación el material y el carro de paradas de la sala de urgencias.
Sesiones clínicas en las que se abordaran las cuestiones que se consideren más importantes en cuanto a las pautas de actuación para cada situación de urgencia.
Sesiones específicas de RCP con material simulador para el entrenamiento de todo el personal.
Realización de Simulacros de asistencia urgente.
Ambas actividades deberán tener una continuidad en el tiempo más allá de la duración de este proyecto.
Transmitir a la población por medio de carteles / Posters y a través del Consejo de salud de los circuitos de asistencia urgente con el fin de mejorar y optimizar su utilización.

INDICADORES

Comprobación de las planillas de revisión periódica de la sala de urgencias.
Monitorización del tiempo de respuesta entre la comunicación de una situación de urgencia y su prestación.
Seguimiento numerado de las incidencias que se observen en cada atención urgente realizada.
Asistencia a las sesiones teóricas y prácticas

DURACIÓN

El Proyecto comienza en Abril de 2018 y finaliza en Enero de 2019
Reuniones de trabajo en abril y mayo 2018
Sesión clínica sobre protocolos de asistencia urgente Junio de 2018
Sesiones de RCP teóricas y Prácticas en septiembre de 2018
Simulacro de atención urgente en Noviembre de 2018

Sesión clínica para evaluar el grado de eficacia del Proyecto Diciembre 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 - 2018/0901

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1130

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Fecha de entrada: 12/03/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PRADES VILLANUEVA ELENA
GUTIERREZ MORENO FELIX
MARTINEZ DOMINGO MARIA PILAR
FERNANDEZ FALCON CAMINO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- SE ACUDE A LA ASOCIACION DE VECINOS DEL BARRIO, PREVIO ANUNCIO DEL PROYECTO. FEBRERO' 19.
- A: BREVE PRESENTACION TEORICA POR PARTE DE UN MEDICO Y UN ENFERMERO/A DE LOS SIGUIENTES CONTENIDOS:
 - 1.- IMPORTANCIA DE MANTENER UNA ACTIVIDAD FISICA REGULAR, PARA MANTENER UNA SALUD OSTEO-MUSCULAR EN FORMA
 - 2.- ALIMENTACION SALUDABLE BASADA EN UNA DIETA BAJA EN AZUCARES REFINADOS: CONOCER EL ELEVADO CONTENIDO EN AZUCAR DE LOS ALIMENTOS DE LA VIDA COTIDIANA.
 - 3.- CONCEPTOS BASICOS DE LA RCP.
- B:
 - 1.- EJERCICIOS EN GRUPO PARA MEJORAR LA SALUD DE:
 - NUESTRA COLUMNA CERVICAL, DORSAL Y LUMBAR
 - NUESTROS BRAZOS
 - NUESTRAS PIERNAS.
 - 2.- PRESENTACION DE ALIMENTOS Y LECTURA DE ETIQUETAS PARA CONOCER EL CONTENIDO EN AZUCAR.
 - EXPOSICION DE LAMINAS CON BEBIDAS Y ALIMENTOS PARA VER SU CONTENIDO EN AZUCAR.
 - 3.- PRACTICA CON UN VOLUNTARIO DE RCP BASICA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- SE REALIZO UN TEST DE PREGUNTAS CERRADAS, ANTES DE LA PRESENTACION TEORICA DE LOS CONTENIDOS, PARA VALORAR LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PRESENTES (PRE-TEST). 5 PREGUNTAS X TEMA.
- SE REALIZO UN TEST DE PREGUNTAS ABIERTAS AL FINALIZAR LA JORNADA, PARA VALORAR LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS, DESTREZA DE LOS PARTICIPANTES Y LO EXPUESTO POR LOS PONENTES (POS-TEST)
- LOS PARTICIPANTES SE HAN SENSIBILIZADO CON TODOS LOS TEMAS TRATADOS, Y HAN SEÑALADO EN EL COLOQUIO FINAL DE LA IMPORTANCIA DE INTEGRARLOS EN SUS VIDAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- LOS PARTICIPANTES VALORAN MUY POSITIVAMENTE LOS CONTENIDOS Y LAS PRACTICAS DE LOS 3 TEMAS EXPUESTOS. EL GRUPO ESTA MUY SATISFECHO.
- LOS PARTICIPANTES HAN ENCONTRADO MUY UTIL PARA SU VIDA EL TALLER. HA HABIDO MAYOR AFLUENCIA DE POBLACION FEMENINA; PARECE MAS SENSIBILIZADA CON LOS TEMAS.
- LA DURACION DEL TALLER HA PARECIDO ESCASA.
- SE COMENTA LA POSIBILIDAD DE REALIZAR UN MONOGRAFICO DE CADA TEMA DE FORMA INDIVIDUALIZADA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1130 ===== ***

Nº de registro: 1130

Título
AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Autores:
ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL, PRADES ELENA, MARTINEZ CEREZO MARIA PILAR, GUTIERREZ MORENO FELIX, FERNANDEZ FALCON CAMINO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1130

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EN EL C.S. SE DETECTO UN INTERES POR REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÒN DE LA SALUD FUERA DE LAS CONSULTAS. CONSULTADO CON EL CONSEJO DE SALUD.
DADA LA PREVALENCIA DE DOLORS OSTEOMUSCULARES EN UNA POBLACIÒN ENVEJECIDA, ASÌ COMO LA IMPORTANCIA DE COMBATIR EL SEDENTARISMO Y MEJORAR LA ALIMENTACIÒN NOS PLANTEAMOS REALIZAR ACTIVIDADES EN PEQUEÑOS GRUPOS.
PARA ELLO SE SELECCIONARON VARIOS TEMAS:
1.- EJERCICIOS CERVICO- DORSALES PARA FOMENTAR EL AUTOCUIDADO Y LA DISMINUCIÒN DEL USO DE ANALGÈSICOS PARA PROCESOS BANALES.
2.- PROMOCIÒN DE HÁBITOS SALUDABLES COMO EJERCICIO DE BAJO IMPACTO LESIVO, ADECUACIÒN DE LA DIETA CON RECETAS CARDIOSALUDABLES, AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO.
3.- ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN AZUCARES: CONOCIMIENTO DEL CONTENIDO EN AZUCAR DE LOS ALIMENTOS DE CONSUMO HABITUAL.
4.- CONOCIMIENTO DE LA RCP BASICA.

RESULTADOS ESPERADOS

PROMOVER LA INTERACCIÒN DE LOS SANITARIOS CON LA POBLACIÒN HACIENDO MÀS CERCANA LA FIGURA DEL PROFESIONAL.
- DAR HERRAMIENTAS NO FARMACOLÒGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE DOLORS OSTEOMUSCULARES, MEDIANTE LA REALIZACION DE EJERCICIOS Y ESTIRAMIENTOS, ASÌ COMO EL CORRECTO ENFOQUE ERGONÒMICO DE LAS DIVERSAS ACTIVIDADES COTIDIANAS CON EL FIN DE QUE SEAN CAPACES DE APLICARLOS EN SU EXPERIENCIA VITAL.
- PROMOVER HÁBITOS SALUDABLES COMO EJERCICIO DE BAJO IMPACTO LESIVO, ADECUACIÒN DE LA DIETA CON RECETAS CARDIOSALUDABLES, CONTROL DEL PESO Y DEL INDICE CINTURA CADERA.

MÉTODO

- SELECCIÒN DE TEMAS
- ELABORACION DE LA PARTE TEÒRICA Y SELECCIÒN DE LOS EJERCICIOS.
- ELABORACIÒN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÒN.
- INFORMAR A LA POBLACIÒN Y DISTRIBUCIÒN DE CARTELES INFORMATIVOS.
- PREPARACION DE ALIMENTOS CON GRAN CONTENIDO EN AZUCAR PARA SU FACIL VISUALIZACION.
- DEMOSTRACION CON MUÑECO DE RCP BASICA.
- RECOGIDA DE DATOS Y EVALUACION.
-....

INDICADORES

- N° DE TALLERES PROGRAMADOS / N° TALLERES REALIZADOS > 80 %
- N° ASISTENTES SATISFECHOS CON LA UTILIDAD DEL TALLER / N° ASISTENTES > 80 %

DURACIÒN

I TRIMESTRE:
-FORMACION DEL GRUPO DE TRABAJO DEL PROYECTO.
- DISEÑO DEL PROCESO.
II TRIMESTRE:
-REALIZACION DE LOS TALLERES
III TRIMESTRE:
- EVALUACIÒN PARCIAL DE LO REALIZADO
- CONTINUACIÒN DE LOS TALLERES.
IV TRIMESTRE:
- EVALUACION FINAL: MARZO 2019

OBSERVACIONES

Valoraciòn de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÒN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1130

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

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 - 2018/1130

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S. EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Fecha de entrada: 30/01/2020

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.
ENCISO CIRIANO LOURDES
PEREZ ISABEL
PUEYO ALICIA
IBAÑEZ NOELIA
FERNANDEZ MOLTO CONSUELO
PUEYO PEPA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Sept. 2019 se realiza una reunión de Equipo para presentar el Proyecto elaborado por un grupo de profesionales del centro de salud.

Se solicita a cada profesional binomio médico-enfermero, que realicen una búsqueda activa de ptes mayores de 70 años que vivan solos y con índice de Barthel mayor/igual a 90.

(2 ptes por cupo). Además se priorizan aquellos que:

1.- se hallen en situación de vulnerabilidad por disponer de otros criterios de fragilidad y/o aislamiento social.

2.- Sin soporte familiar o apoyo social.

Se realiza una ficha de recogida de datos cumplimentada, que se remite al responsable del programa para la selección.

Muestra finalmente seleccionada: 18 ptes.

A estos pacientes se les realizó:

1.- Test de Barthel de las Act. Básicas de la Vida Diaria.

2.- Cribado de fragilidad: Escala FRAIL.

3.- Bateria SPPB: para valorar equilibrio y marcha.

4.- Escala J.H.Downtown: riesgo de caídas.

5.- Test YESAVAGE (versión 5 items): valoración del estado de depresión.

Las 18 personas seleccionadas serán subsidiarias de intervención en estilos de vida y alimentación saludables, así como otras intervenciones encaminadas a prevención de caídas, AF, revisión de polimedicación y reducción de riesgos en el hogar.

Se han realizado 5 sesiones grupales (1/ mes).

Son interactivas. Una primera parte donde se exponen ideas generales-estilos saludables (15 minutos) con espacio para preguntas y participación, y 10 minutos para realizar ejercicios de respiración-estiramientos.

Todas las sesiones se realizaron en el C.S. (Sala Multiusos del C.S. Bombarda: miércoles de 12,30 - 13,30h).

* SESIONES:

1ª.- Presentación del proyecto, de los profesionales, objetivos.

Consejos de Estilo de Vida Saludable.

2ª.- Polimedicación y cómo afecta negativamente a personas frágiles con riesgos de caídas.

3ª.- EF y Act. Física: resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza.

4º.- Alimentación y riesgos ambientales en el hogar: alimentación y nutrición saludable, riesgo de caídas en el hogar,...

5º.- Recursos sociales/activos en salud.

Al final de cada reunión se les entrega un pequeño resumen de lo explicado para que lo lean en su domicilio, y se adquiere un compromiso de grupo para practicarlo hasta la próxima reunión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La actividad ha sido muy satisfactoria tanto para los profesionales que hemos colaborado como para los ptes. Hemos cumplido con los indicadores de actividad, ya que el proyecto se ha ceñido al guión, la cobertura de asistencia ha alcanzado un 90%, y no hemos perdido a ningún paciente durante el desarrollo de la actividad.

En cuanto a los indicadores de impacto:

+ mejoras en la práctica clínica: han mejorado su función respiratoria y su movilidad.

+ Una alta satisfacción de la actividad por parte de los ptes. con ánimo de seguir o ampliar a otros proyectos, como: "Paseos Saludables".

+ Mejora en la comunicación y expresión de situaciones de soledad, depresión, tristeza,....

+ Aumento de la calidad de vida,...

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se realiza una sesión informativa al Equipo del C.S para explicar todo el desarrollo del Proyecto y las Conclusiones.

Alta satisfacción por parte de los profesionales que han participado y también por los ptes integrados en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1130

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S. EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

actividad.

Se valora la posibilidad de extender este proyecto a otras personas.

Desde el grupo, surge la iniciativa de darle continuidad, con un proyecto nuevo: "Paseos Saludables".

Los pacientes valoran muy positivamente el haberse reunido con otras personas con sus mismas necesidades.

7. OBSERVACIONES.

DENTRO DEL TITULO ORIGINAL DEL PROGRAMA HEMOS INTRODUCIDO UN PROGRAMA-PROYECTO QUE PODRIAMOS TITULAR: "PROYECTO DE ACTIVIDAD COMUNITARIA DE AYUDA AL ANCIANO EN RIESGO DE AISLAMIENTO SOCIAL".

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1130 ===== ***

Nº de registro: 1130

Título
AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Autores:
ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL, PRADES ELENA, MARTINEZ CEREZO MARIA PILAR, GUTIERREZ MORENO FELIX, FERNANDEZ FALCON CAMINO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EN EL C.S. SE DETECTO UN INTERES POR REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÒN DE LA SALUD FUERA DE LAS CONSULTAS. CONSULTADO CON EL CONSEJO DE SALUD.
DADA LA PREVALENCIA DE DOLORS OSTEO MUSCULARES EN UNA POBLACIÒN ENVEJECIDA, ASÌ COMO LA IMPORTANCIA DE COMBATIR EL SEDENTARISMO Y MEJORAR LA ALIMENTACIÒN NOS PLANTEAMOS REALIZAR ACTIVIDADES EN PEQUEÑOS GRUPOS.
PARA ELLO SE SELECCIONARON VARIOS TEMAS:
1.- EJERCICIOS CERVICO- DORSALES PARA FOMENTAR EL AUTOCUIDADO Y LA DISMINUCIÒN DEL USO DE ANALGÈSICOS PARA PROCESOS BANALES.
2.- PROMOCIÒN DE HÀBITOS SALUDABLES COMO EJERCICIO DE BAJO IMPACTO LESIVO, ADECUACIÒN DE LA DIETA CON RECETAS CARDIOSALUDABLES, AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO.
3.- ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN AZUCARES: CONOCIMIENTO DEL CONTENIDO EN AZUCAR DE LOS ALIMENTOS DE CONSUMO HABITUAL.
4.- CONOCIMIENTO DE LA RCP BASICA.

RESULTADOS ESPERADOS

PROMOVER LA INTERACCIÒN DE LOS SANITARIOS CON LA POBLACIÒN HACIENDO MÀS CERCANA LA FIGURA DEL PROFESIONAL.
- DAR HERRAMIENTAS NO FARMACOLÒGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE DOLORS OSTEO MUSCULARES, MEDIANTE LA REALIZACION DE EJERCICIOS Y ESTIRAMIENTOS, ASÌ COMO EL CORRECTO ENFOQUE ERGONÒMICO DE LAS DIVERSAS ACTIVIDADES COTIDIANAS CON EL FIN DE QUE SEAN CAPACES DE APLICARLOS EN SU EXPERIENCIA VITAL.
- PROMOVER HÀBITOS SALUDABLES COMO EJERCICIO DE BAJO IMPACTO LESIVO, ADECUACIÒN DE LA DIETA CON RECETAS CARDIOSALUDABLES, CONTROL DEL PESO Y DEL INDICE CINTURA CADERA.

MÈTODO

- SELECCIÒN DE TEMAS
- ELABORACION DE LA PARTE TEÒRICA Y SELECCIÒN DE LOS EJERCICIOS.
- ELABORACIÒN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÒN.
- INFORMAR A LA POBLACIÒN Y DISTRIBUCIÒN DE CARTELES INFORMATIVOS.
- PREPARACION DE ALIMENTOS CON GRAN CONTENIDO EN AZUCAR PARA SU FACIL VISUALIZACION.
- DEMOSTRACION CON MUÑECO DE RCP BASICA.
- RECOGIDA DE DATOS Y EVALUACION.
-....

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1130

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S. EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

INDICADORES

- N° DE TALLERES PROGRAMADOS / N° TALLERES REALIZADOS > 80 %
- N° ASISTENTES SATISFECHOS CON LA UTILIDAD DEL TALLER / N° ASISTENTES > 80 %

DURACIÓN

I TRIMESTRE:

- FORMACION DEL GRUPO DE TRABAJO DEL PROYECTO.
- DISEÑO DEL PROCESO.

II TRIMESTRE:

- REALIZACION DE LOS TALLERES

III TRIMESTRE:

- EVALUACION PARCIAL DE LO REALIZADO
- CONTINUACION DE LOS TALLERES.

IV TRIMESTRE:

- EVALUACION FINAL: MARZO 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1028

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE BOMBARDA

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE FELIX GUTIERREZ MORENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BOMBARDA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ FALCON CAMINO
MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL
SANCHEZ BUEY MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de 2019 se han realizado 3 reuniones centralizadas:

- 14 de marzo, Infecciones respiratorias.
- 13 de junio. Infecciones urinarias.
- 1 de octubre, Informe de antibióticos y monitorización de indicadores.

Así mismo, se han realizado 2 reuniones en el Centro de Salud:

- 14 de junio, Infecciones respiratorias.
- 17 de octubre, Infecciones urinarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La tasa de consumo de antibióticos de uso sistémico fue de 11,2, disminuyendo la tasa del año 2018, que fue de 11,5.
- La tasa de consumo de antibióticos de espectro reducido respecto del total fue de 30,4%, aumentando el porcentaje del año 2018 que fue de 29,3.
- El porcentaje de profesionales que han acudido a las sesiones clínicas de formación sobre antibióticos fue del 76%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha habido una mejora en los 2 indicadores elegidos. En la tasa de consumo de antibióticos de uso sistémico partíamos de una tasa muy baja (11,5) frente a la del sector (15,7) y aún así, se ha conseguido rebajar. Muy importante si vemos que el objetivo era una tasa del 18,2.
El consumo relativo antibióticos de espectro reducido respecto del total también ha mejorado (30,4%) quedándose a una décima del objetivo fijado (30,5%).
Esto último puede tener explicación. Nuestro centro ha tenido durante este año varios cambios de médicos, tanto de titulares como de MAC, lo que ha podido afectar al uso de los antibióticos, ya que procedían de lugares diferentes o servicios de urgencias. Esto ha podido ralentizar el crecimiento previsto, aunque se ha seguido creciendo en el porcentaje de uso de antibióticos de uso restringido.
La asistencia a las sesiones ha sido del 76%. Este dato podría mejorar, pero al tratarse de un centro que presenta con frecuencia masificación y al tener que realizarlas, lógicamente, en horario de trabajo, puede restar la asistencia de personal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1028 ===== ***

Nº de registro: 1028

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE BOMBARDA

Autores:
GUTIERREZ MORENO FELIX, FERNANDEZ FALCON CAMINO, MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL, SANCHEZ BUEY MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1028

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE BOMBARDA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).

El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.

También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.

Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO

Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.

Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 18,2 (Mantener por debajo de la media del sector)
- Porcentaje de DDD de antibióticos de espectro reducido. Objetivo 2019: 30,5% (aumento de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.

Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.

Abril: infecciones respiratorias

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2018/0912

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD BOMBARDA-MONSALUD

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSEFA PUEYO USON
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS BOMBARDA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA ROSA LUCAS DOLORES
FERNANDEZ MOLTO CONSUELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 3 reuniones de equipo. Además de un cribado sobre VG durante una semana.

1ª reunión de equipo: para formación en VG e información del proyecto a realizar Realización de cuestionario inicial. (19/04/2018)

2ª reunión de equipo: previa a la realización de la semana del cribado y acordar la ficha de recogida de datos y registro en historia clínica (10/10/2018).

3ª reunión de equipo: comunicación de resultados de la semana del cribado y realización del 2º cuestionario. (7 Marzo 2019)

Semana del cribado: 12 a 18 de Noviembre.

Se han elaborado los siguientes materiales: Cuestionario inicial y final. Ficha de recogida de cribado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La participación del equipo tanto en las reuniones como en la semana del cribado sobre VG ha sido al 100%.

Se realizaron un total de 150 cuestionarios en la semana de cribado (mujeres mayores de 14 años que acuden solas a consulta).

El cribado consiste en una pregunta que si es positiva se amplía con otra, si es positiva se realiza cita en consulta de trabajo social y se aplica el protocolo VG.

Se han captado 7 nuevos casos donde hay VG y se realiza protocolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La sensibilización del equipo de atención primaria sobre VG es necesaria para una captación más activa de pacientes con esta problemática.

La realización de un cribado anual también aumenta la captación de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/912 ===== ***

Nº de registro: 0912

Título
DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE BOMBARDA-MONSALUD

Autores:
PUEYO USON MARIA JOSEFA, DE LA ROSA LUCAS DOLORES, FERNANDEZ MOLTO CONSUELO, RENALES SOLER ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proyecto se enmarca en la Estrategia Nacional para la erradicación de la Violencia contra la Mujer y los Procedimientos de actuación contra la Violencia de Género en la Ciudad de Zaragoza.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer la sensibilidad de los y las profesionales del Centro de Salud en relación a la Violencia de Género.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0912

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD BOMBARDA-MONSALUD

Concienciar a los y las profesionales sobre la Violencia de Género.
Desarrollar herramientas que favorezcan la detección de la VdG
Detectar a lo largo del periodo a las mujeres que padezcan VdG.

MÉTODO

Realización de un cuestionario a profesionales para conocer la sensibilidad y conocimientos sobre VdG. (1)
Sesión formativa (al menos 1) sobre uso del protocolo sobre VdG y su registro en OMI.
Informar al equipo sobre la casuística de maltrato en la ZBS
Desarrollo de una "Semana de Detección" en la que los profesionales realizarán una búsqueda activa de casos.
Evaluación del impacto de las actividades y exposición de resultados a EAP.
Realización de un cuestionario a profesionales para conocer la sensibilidad y conocimientos sobre VdG. (2)

INDICADORES

Comparación de cuestionario 1 y 2.
Realización de la sesión formativa
Realización de la semana de detección y análisis del resultado. Descripción de los casos detectados.

DURACIÓN

Cuestionario 1: Junio
Formación: Junio o Septiembre
Semana de Detección : a determinar (sep-octubre)
Descripción de los casos : Octubre - Noviembre
Cuestionario 2: Noviembre.

OBSERVACIONES

Siempre: atender los casos detectados, registrar en OMI, informar a la paciente de sus derechos y recursos disponibles y derivar al profesional /recurso adecuado a las circunstancias que presente. Apoyar siempre

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 - 2016/1638

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) . :
ATENDER 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 - 2018/1252

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP DE BORJA

Fecha de entrada: 14/02/2019

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 2 de de 2018 se elige responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP de Borja.
Asistencia del responsable a la jornada de presentación de IRASPROA el 13 de abril de 2018.
Difusión de la información de la Jornada a los miembros del EAP en una sesión de 1 hora de duración el día 28 de junio de 2018.
Sesión de antibióticos en el EAP (difusión de los principios generales en Atención Primaria) con fecha 24 de octubre de 2018 y de 1 hora de duración.
Colocación de posters sobre "antibióticos, solo cuando sea necesario" en las consultas y sala de espera de urgencias del CS de Borja.
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los antibióticos.
Presencia de salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hay un responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP de Borja.
Se han realizado 2 sesiones sobre el buen uso de antibióticos en EAP: la 1ª tuvo lugar el día 28/6/18 con el título Principios Generales de IRASPROA en Atención Primaria y una 2ª el día 24/10/18 sobre el impacto ecológico del uso de antibióticos, problemática de la utilización, resistencias bacterianas y presentación de la guía antimicrobiana, participando en ambas sesiones el 100% del equipo. Al finalizar esta 2ª sesión se firmó el compromiso con los principios de PROA-AP de IRASPROA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Buena acogida e interés por parte del EAP de Borja por el PROA-AP y por la guía antimicrobiana, que es frecuentemente consultada por los profesionales del equipo.
Concienciación de los profesionales del buen uso de los antibióticos y la necesidad de desarrollar los principios de PROA-AP en nuestro trabajo diario.
Realizaremos sesiones periódicas para mantener el interés de los profesionales sobre el buen uso de los antibióticos, comunicar resultados y logros del equipo.
Mejorar la accesibilidad a la guía antimicrobiana (poder consultarla desde OMI) y poder consultar índices/tablas de uso de antibióticos por parte de cada profesional y del equipo en conjunto.

7. OBSERVACIONES.

Hemos hecho 2 sesiones y no 3 por que por el medio estaba el periodo vacacional y se trataba de que estuviera todo el equipo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1252 ===== ***

Nº de registro: 1252

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN APEN EL EQUIPO

Autores:
GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO, PABLO OCON LUIS DANIEL

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 .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1252

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP DE BORJA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Consideramos que debemos realizar este proyecto dada la importancia de la resistencia a los antimicrobianos, lo cual es y será en un futuro próximo un problema de salud pública.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar el uso de antibióticos en nuestras consulta.
Adherirnos al IRASPROA.
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO

Asistencia a jornada presentación IRASPROA.
Dar a conocer al EAP, los principios de PROA,
dar sesiones formativas de resistencias Antibacterianas, infecciones más frecuentes y su tto en nuestro medio.

INDICADORES

Responsable del EAP.
Difusión de principios generales PROA.
3 sesiones año.
Porcentaje de profesionales asistentes, >80%.

DURACIÓN

DE abril a diciembre 2018, consideramos que se debe insistir en años posteriores, dada la importancia de tema.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0903

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE BORJA

Fecha de entrada: 22/01/2020

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.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como responsable de PROA-AP en el CS de Borja he asistido a las siguientes sesiones realizadas por farmacia del sector ZARAGOZA IIII:

- 14 de marzo infecciones respiratorias.
- 13 de junio infecciones urinarias.
- 1 de octubre informes de antibióticos y monitorización de indicadores.

Estas sesiones se han impartido en el CS de Borja con las siguientes fechas:

- 3 de abril infecciones respiratorias.
- 27 de junio infecciones urinarias.
- 19 de diciembre informes de antibióticos y monitorización de indicadores.

Durante el año 2019 hemos iniciado en Atención Continuada el uso de Streptotest.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Destacar que el CS de Borja ha mejorado todos los indicadores evaluados:

- 1) Tasa de consumo de antibióticos de uso sistémico (J01), DHD, de 20,3 DHD en 2018 a 18,2 DHD en 2019 (había que reducirlo).
- 2) Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%) de 40,9% en 2018 a 48,6% en 2019 (había que aumentarlo).
- 3) Porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico (%) de 58,6% en 2018 a 66,3% en 2019 (había que aumentarlo).
- 4) Consumo de macrólidos respecto al total (%) de 20,9% en 2018 a 18% en 2019 (había que reducirlo). Este indicador está ligeramente por debajo de la media de Aragón.
- 5) Consumo de fluorquinolonas respecto al total (%) de 9,3% en 2018 a 7% en 2019 (había que reducirlo). Este indicador está por debajo de la media de Aragón.
- 6) Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%) de 1,2% a 1,1% en 2019 (había que reducirlo). Este indicador está muy por debajo de la media de Aragón.

* Fuente: informe de consumo de antibióticos IRASPROA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos disminuido el uso de antibióticos, con especial mención de macrólidos, fluorquinolonas y cefalosporinas de 3ª generación y hemos implementado el uso del sterptotest con buena acogida entre profesionales y usuarios. La sesión sobre infecciones de piel y partes blandas, no se ha realizado aún ya que todavía no se ha actualizado el capítulo correspondiente de la guía autonómica de uso de antimicrobianos en Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

Destacar la alta participación e interés de los profesionales del CS de Borja en las sesiones impartidas (infecciones respiratorias - 20 personas, infecciones urinarias - 22 personas y sesión informes de antibióticos y monitorización de indicadores - 23 personas).

*** ===== Resumen del proyecto 2019/903 ===== ***

Nº de registro: 0903

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE BORJA

Autores:
GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO, COBOS HERNANDEZ ANA MARIA, GAYARRE JORGE RAIMUNDA, BENAVIDES MORAZ MARIA JOSE, CLEMENTE ARMENDARIZ BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BORJA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0903

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE BORJA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Infecciones urinarias e infecciones de piel y partes blandas.
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).

El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan contra la Resistencia a los antibióticos.

También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de Atención Primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.

Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO

- 1.- Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
- 2.- Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES

- * % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
- * Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019.
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 22,9 (reducción de 2% respecto a 2018).
- Porcentaje de macrólidos. Objetivo 2019: 20,3% (reducción de 2% respecto a 2018).
- * Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.

Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.

Abril: infecciones respiratorias.

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

Junio-Septiembre-Diciembre: monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2016/0370

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 - 2018/0784

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE AFRICA ORENSANZ ALAVA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CARIÑENA
· Localidad CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ LAGARES MERCEDES
ALIAGA GONZALEZ CARMELO
PALLARES SISAMON FELIPE
BALLESTEROS ABAD ANA
SANCHO ARIÑO VIRGINIA
SAN MIGUEL ARBUES MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El EAP informo a la población sobre la posibilidad de realizar un taller para detectar una parada cardiorrespiratoria y realizar adecuadamente los primeros eslabones de la cadena de supervivencia ante una RCP hasta que llegue el soporte sanitario, Las enfermeras de referencia detectaron que la población creía conveniente que el EAP debía ir a la comunidad para salir de la consulta y de su zona de confort para ser una figura mas cercana y proporcionar estos conocimientos en la población adolescente.

Ante esta demanda, el EAP se puso en contacto con el Instituto Joaquín Costa de Cariñena para ofertar un taller sobre RCP, promoción de hábitos saludables (alimentación y actividad física), prevención de consumo de drogas. El taller tuvo lugar para el alumnado y profesorado de bachillerato con una duración de una hora y media con cada curso. Primero tuvo lugar la parte teorica sobre hábitos saludables, consumo de drogas y RCP, para posteriormente realizar la parte práctica. Los alumnos se dividieron en 3 grupos: RCP adulto y uso del DEA, PLS y maniobra de heimlich, RCP y heimlich en lactantes donde tanto el alumnado como el profesorado pusieron en práctica los conocimientos adquiridos mediante la simulación de casos.

El calendario sufrió alguna modificación a causa de la demanda de la población:
El contenido se preparo entre Junio y Agosto: una presentación en power point tras realizar una revisión sistemática sobre los temas descritos anteriormente
El taller tuvo lugar a final del último trimestre del año

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La encuesta de satisfacción que rellenaron los participantes al finalizar el taller demuestra que el taller cumplió con sus expectativas en el 100%. De hecho, todos lo consideraron como una actividad comunitaria muy importante e imprescindible para evitar muertes súbitas. Dada la buena acogida que tuvo entre el alumnado y profesorado, desde el instituto nos propusieron realizar este taller anualmente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A causa del movimiento interno del equipo por traslados, no se pudo realizar adecuadamente un cuestionario previo y post para valorar los conocimientos presentes y adquiridos. El EAP se siente muy satisfecho con la actividad comunitaria realizada gracias a la buena acogida que ha tenido entre los participantes, y sobre todo por enseñar unos conocimientos básicos que salvan vidas.

7. OBSERVACIONES.

Como consecuencia del movimiento interno del equipo, algunos componentes del proyecto no son los mismos que cuando se envió el proyecto inicial.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/784 ===== ***

Nº de registro: 0784

Título
AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Autores:
ORENSANZ ALAVA AFRICA, SANCHO ARIÑO VIRGINIA, BALLESTEROS ABAD ANA, ALVAREZ LAGARES MERCEDES, CASTELLANO IRALDE SUSANA, SAN MIGUEL ARBUES MARIA DOLORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0784

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el EAP se detectó un interés por realizar actividades de promoción de la salud fuera de las consultas.

Como consecuencia de los casos de muerte súbita extrahospitalaria detectada en la Comarca de Cariñena y el impacto provocado en la sociedad, el equipo se plantea realizar actividades en pequeños grupos de diversas edades ante la posibilidad de que se produzcan nuevamente y la población esté bien formada para poder actuar hasta que lleguen los recursos sanitarios.

Para ello se seleccionaron dos temas:

1. Las maniobras de RCP básica en población adolescente y adulta.
2. Concienciación sobre hábitos saludables.

RESULTADOS ESPERADOS

- Promover la interacción de los sanitarios con la población haciendo más cercana la figura del profesional.
- Propocionar los conocimientos y habilidades necesarios para detectar una parada cardiorrespiratoria y realizar adecuadamente los primeros eslabones de la cadena de supervivencia, porque una intervención rápida ante una PCR hace viable que los equipos de emergencia puedan actuar y salvar a la persona una vez que se presenten.
- Promoción de hábitos saludables como aliemntación saludable, ejercicio y prevención de consumo de drogas.

MÉTODO

El EAP pondrá carteles en el CS de referencia y en los consultorios locales informando de la actividad que se propone con la fecha y lugar.
La población > de 14 años podrá apuntarse a este actividad formativa comunicandose a su enfermera de referencia.

Además el EAP se pondrá en contacto con el Instituto de la zona para ofertar una charla sobre promoción de hábitos saludables (alimentación y ejercicio) y prevención del consumo de drogas.

Una vez se tenga el numero de interesados para la actividad formativa se procederá a la organización de talleres según número.

Los componentes del EAP realizarán una presentación en formato power point sobre RCP, otra sobre hábitos saludables y prevención del consumo de drogas. Después, se pondrá en práctica la teoría expuesta.

Se pasará a los asistentes un cuestionario previo y post taller para valorar los conocimientos presentes y adquiridos. También una encuesta de satisfacción y se procederá a la recogida de datos y su posterior evaluación.

INDICADORES

-Nº asistentes satisfechos con la utilidad del taller/nº asistentes > 80%

DURACIÓN

Planificación del proyecto: Mayo 2018

Preparación del contenido de los talleres entre Junio y Julio

Realización de los talleres teorico-práctico entre Septiembre y Octubre 2018 con dos horas de duración; 30 minutos de teoría y una hora y media de práctica orientativamente.

Se concertará con el Instituto para impartir una charla sobre hábitos saludables y prevención de consumo de drogas en Octubre al inicio del nuevo curso lectivo.

Evaluación Final: Noviembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0784

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

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 - 2018/1174

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 01/03/2019

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.
MINGUEZ MARTIN CRISTINA
MAS SANCHEZ ADORACION
ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU
SANCHO ARIÑO VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elección de un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo (María Redondo Collado).
-Asistencia a la jornada de presentación de IRASPROA el 13 abril 2018.
-Difusión de la información de la jornada a los miembros del EAP (sesión realizada el 10 mayo 2018, con una participación mayor al 80% de los componentes del equipo). Se han realizado dos sesiones más en donde se mostró el acceso a la guía de tratamiento antimicrobiano/PROA en intranet, para su aplicación en la práctica habitual en la consulta. Y otra sesión formativa relacionada con el uso adecuado de antibióticos y sobre el perfil de resistencias, infecciones más frecuentes y su tratamiento en AP.
-Colocación de pósters sobre "antibióticos sólo cuando sea necesario".
-Firma del compromiso de los profesionales sobre uso adecuado de antibióticos.
-Análisis de los episodios de faringoamigdalitis estreptocócica durante los meses de septiembre a diciembre 2018 para conocer el manejo diagnóstico y prescripción en dichos episodios por parte de los profesionales del equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La participación en la campaña sanitaria promovida grupo Irasproa y la asistencia a las sesiones ha sido alta (>80%)
Se utilizan los criterios de Centor y el test de detección rápida de antígeno estreptocócico para predecir la posible etiología bacteriana en los 82 episodios diagnosticados en dicho periodo:
En un 32% de los episodios aparece reflejado un criterio de Centor; en el 32% 2 criterios de Centor; en el 8% 3 criterios de Centor y un 10% 4 criterios. El strepA se realiza en el 32,5% de los episodios pediátricos y el 6% en adultos. En un 84% de los episodios se prescribió antibiótico de espectro reducido (amoxicilina/ penicilina), en el 12% se prescribió amoxicilina/clavulánico, el el 4% otros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El buen uso de los antibióticos es una responsabilidad compartida, siendo especialmente importante el papel de los profesionales de atención primaria.
El equipo conoce los principios generales PROA y guía antimicrobiana como propuesta de ayuda a la prescripción de antibióticos, esto debe ayudar a lograr que en la práctica clínica, la prescripción de los antibióticos sea un proceso de razonamiento clínico con un objetivo, su uso óptimo.
Debe utilizarse más la técnica de detección rápida de antígeno estreptocócico por ser una prueba fácil y rápida de realizar.
La prescripción de antibióticos de espectro reducido resulta un dato satisfactorio. Hay todavía cierto margen de mejora.

7. OBSERVACIONES.

La colocación de pósters, salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos es una buena iniciativa para concienciar a profesionales y pacientes. En los consultorios médicos no se dispone de test (StrepA) pero se facilitará la prueba.
Ha habido cambios en el equipo y se tendrá que volver a incidir mediante sesiones en los principios generales PROA.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1174 ===== ***

Nº de registro: 1174

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
REDONDO COLLADO MARIA, COLAS BELTRAN FERNANDO, MAS SANCHEZ ADORACION, MINGUEZ MARTIN CRISTINA, ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU, SANCHO ARIÑO VIRGINIA, SARASA PIEDRAFITA DELFIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1174

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La resistencia a los antibióticos es uno de los principales problemas de salud pública a nivel global. Los profesionales y las instituciones sanitarias tienen un papel fundamental en su solución. La faringoamigdalitis aguda en el adulto, es una de las enfermedades infecciosas más comunes en la consulta del médico de familia. La etiología más frecuente es viral. Dentro de las etiología bacteriana, el principal agente responsable es el EBHGA. En el manejo diagnóstico, las escalas de valoración clínica para predecir la posible etiología bacteriana, son una buena ayuda para seleccionar a qué pacientes se deben practicar las técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico. Sin estas técnicas se tiende al sobrediagnóstico de FAA estreptocócica, con la consiguiente prescripción innecesaria de antibióticos, muchas veces de amplio espectro.

RESULTADOS ESPERADOS

- Optimización del uso de antibióticos en atención primaria y pediatría.
- Uso de guía de tratamiento antimicrobiano/PROA como herramienta de ayuda a la optimización del tratamiento antimicrobiano.
- Conocer y aplicar criterios de Centor en la FAA para aproximación a la probabilidad de causa bacteriana.
- Incorporar pruebas de diagnóstico rápido (STEP A) en atención primaria a la práctica habitual.
- Adecuar tanto el diagnóstico de FAA bacteriana y la prescripción de antibióticos a la evidencia científica disponible (antibiótico de elección amoxicilina y penicilina. La asociación de amox-clavulánico no está indicada en el tratamiento inicial en la infección aguda. Los macrólidos tampoco son un tratamiento de elección, su uso debe reservarse para pacientes con alergia a penicilina)

MÉTODO

Un profesional del equipo (responsable del proyecto y referente del uso de antibióticos en el equipo), asistió el 13 de abril 2018 a la presentación del IRASPROA.
Se realizó una sesión el 10 de mayo 2018 en donde se dio a conocer los principios generales PROA (participaron >80% de los componentes del equipo)
Se van a realizar más sesiones, en donde se mostrará el acceso a la Guía de tratamiento antimicrobiano/PROA en INTRANET para su aplicación en la práctica habitual en la consulta. Y otras sesiones formativas, relacionadas con el uso adecuado de antibióticos y sobre el perfil de resistencias.
Con el manejo de las escalas y la técnica de diagnóstico rápido, elaboramos un algoritmo de manejo de FAA (score de Centor 3 ó 4, se realizará Strep A y tratar con antibiótico si es positivo)

INDICADORES

- Existe un responsable/refenente del uso de antibióticos en el equipo
- N° sesiones realizadas sobre formación en uso adecuado de antibióticos (3 sesiones/año)
- % profesionales médicos del EAP que realizan cálculo score de Centor y test de diagnóstico rápido (STREP A) en episodio de FAA
- Episodios de FAA con score de Centor y test de diagnóstico rápido (STREP A)
- Episodios de FAA con un antibiótico de espectro reducido.

DURACIÓN

De abril a diciembre 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 - 2018/1363

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ADORACION MAS SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CARIÑENA
· Localidad CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORENSANZ ALAVA AFRICA
ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU
ALVAREZ LAGARES MERCEDES
CASTILLO NAVARRO ANTONIO
RODRIGUEZ DIAS VICTORIA
REDONDO COLLADO MARIA
MINGUEZ MARTIN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para alcanzar los objetivos planteados se han realizado varias reuniones entre medicina y enfermería valorando diferentes guías de tratamiento en insuficiencia cardíaca y documentos de recomendaciones escritas que se entregan a los pacientes por parte de diferentes profesionales (documento ligado a OMI; guías práctica de la SemFyC, información desde el servicio de Medicina Interna, recomendaciones del Servicio Andaluz de Salud, etc.). Con todo ello se llegó a un consenso sobre qué información es más relevante en nuestro medio, quien debe entregarla y explicarla al paciente y en qué puntos insistir con mayor intensidad. Siempre buscando la coherencia y puntos de coincidencia entre toda la información que puede llegarles desde varias vías para evitar confusión. Se realizó una sesión por parte de medicina (Adoración Mas) y otra por parte de enfermería (África Orensanz) para informar al resto de compañeros del EAP. Después se dejó a la disposición de todos la información y las conclusiones extraídas de las reuniones, se propuso la organización del seguimiento conjunto del paciente con insuficiencia cardíaca, se resolvieron dudas y se aprobó la implementación de la propuesta. El calendario inicialmente planteado no ha sido posible cumplirlo debido a los cambios en el personal del centro que han afectado a más de un tercio de la plantilla sanitaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los indicadores de evaluación propuestos se ha conseguido realizar las sesiones informativas, el consenso de funciones en relación a la insuficiencia cardíaca entre medicina y enfermería, concretar al información a transmitir a los pacientes y vacunar de la gripe y el neumococo. Sin embargo, no ha dado tiempo a valorar si ha mejorado el número de pacientes correctamente vacunados (que no apreciaba ser un problema para el EAP), o los que tenían al medicación correctamente prescrita o la disminución de apcientes que acuden a urgencias hospitalarias o los que quedan ingresados por insuficiencia cardíaca.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Plantear un proyecto contando con la colaboración del todo el equipo, aunque es lo ideal, es muy complicado cuando la estabilidad de los que lo forman está en riesgo. El equipo se ha mostrado agradecido del trabajo y la exposición sobre el tema porque el concepto y tratamiento de la insuficiencia cardíaca está en constante investigación y cambio. Queda pendiente valorar los resultados antes y después de la sesión clínica, pero no parece tener demasiado sentido hacerlo, puesto que estaríamos comparando a diferentes facultativos, ya que son 5 de 9 los MAP que han cambiado en el CS de Cariñena en las consultas ordinarias de mañana.

7. OBSERVACIONES.

a lo largo del último año han cambiado varios compañeros MAP y MAC, además de algunos en enfermería, que ha condicionado la priorización de transmisión de información en el centro y el retraso de la sesión inicial del proyecto. Además, uno de los integrantes iniciales (Dionisio Langarita) ha sido sustituido por Cristina Mínguez Martín.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1363 ===== ***

Nº de registro: 1363

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
MAS SANCHEZ ADORACION, ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU, ORENZAZ ALVA AFRICA, LAVAREZ LAGARES MERCEDES, CASTILLO NAVARRO ANTONIO, RODRIGUEZ DIAZ VICTORIA, REDONDO COLLADO MARIA, LANGARITA LANGARITA DIONISIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1363

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia de insuficiencia cardíaca oscila actualmente en los países desarrollados entre el 1-3% de la población, aumentando hasta el 10-20% en mayores de 70 años. Se posiciona como la primera causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años y representa algo más del 2% del gasto sanitario nacional. A pesar de ello con frecuencia se encuentra infradiagnosticado e incorrectamente tratado. El diagnóstico de la insuficiencia cardíaca (IC) debe contemplar factores precipitantes, factores pronósticos y clase funcional. Uno de los factores pronósticos, predictor de mortalidad, es el bajo nivel de educación sanitaria. Su implementación ha demostrado una disminución de hasta un 30% de reingresos hospitalarios. La falta de adherencia al tratamiento supone la primera causa de descompensación cardíaca. Dentro del tratamiento además de las recomendaciones generales, se incluye tratamiento farmacológico y no farmacológico. Este último excede las funciones de un centro de salud. Hay tres grupos farmacológicos imprescindibles que han evidenciado reducción de mortalidad e ingresos hospitalarios: IECAs, betabloqueantes y antagonistas de la aldosterona. Todos fármacos manejables de los EAP.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar el nivel de educación sanitaria respecto a la IC en pacientes y familiares que la presenten y potenciar sus cuidados.
2. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica.
3. Optimizar el uso de servicios de urgencias y hospitalización.
4. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC.

MÉTODO

1. Realización de al menos 2 sesiones de formación sobre IC. Una desde medicina enfatizando diagnóstico, derivación (urgencias o cardiología) y tratamiento farmacológico y otra desde enfermería profundizando en prevención (incluidas vacunas), recomendaciones generales y precipitantes.
2. Definición de funciones y criterios de derivación bidireccional entre medicina y enfermería de pacientes con IC.
3. Entrega de información escrita sobre IC y derivación a enfermería tras el diagnóstico o sospecha de IC en consulta médica.
4. Adecuación de la prescripción farmacológica

INDICADORES

1. Realización de 1 sesión de medicina y 1 sesión de enfermería sobre IC.
2. Existencia de consenso en el centro de salud sobre el reparto de funciones y derivación entre medicina y enfermería respecto a la atención de paciente con IC.
3. Pacientes con IC de inicio a los que se les ha entregado información por escrito.
4. Acuerdo, y diseño si es necesario, sobre la información escrita que debe entregarse al paciente con IC de inicio.
5. Pacientes con IC (K77) que tengan prescrito, o lo hayan tenido, IECAs y betabloqueantes.
6. Pacientes con IC correctamente vacunados contra la gripe y el neumococo.
7. Número de pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario por su IC.
8. Número de pacientes que son ingresados por IC.

DURACIÓN

1. Realización de al menos 2 sesiones de formación sobre IC. Junio-Julio 2018.
2. Definición de funciones y criterios de derivación bidireccional entre medicina y enfermería de pacientes con IC. Junio-Julio 2018
3. Entrega de información escrita sobre IC y derivación a enfermería tras el diagnóstico o sospecha de IC en consulta médica. julio-diciembre 2018
4. Adecuación de la prescripción farmacológica julio-diciembre 2018.

OBSERVACIONES

El periodo vacacional próximo puede interferir en el desarrollo del proyecto

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 - 2018/1363

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1379

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

Fecha de entrada: 23/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MAS SANCHEZ ADORACION
REDONDO COLLADO MARIA
MINGUEZ MARTIN CRISTINA
RODRIGUEZ DIAZ VICTORIA
MEZQUITA ADAN CRISTINA
CASTELLANO IRALDE SUSANA
ORENSANZ ALAVA AFRICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como ya comentamos al inicio del proyecto, la atencion urgente extrahospitalaria, es una actividad no poco frecuente en nuestra actividad asistencial, que precisa de una respuesta rápida y eficaz, para lo cual es de vital importancia el adecuado conocimiento y habilidades por parte de todo el personal del centro en atencion urgente y RCP, y un mantenimiento y organizacion de sala de urgencia, carro de paradas, y maletin de vitales. Con este objetivo y aprovechando, las sesiones formativas del centro, se realizó un curso dirigido por el servicio aragonés de salud, " TALLER DE SOPORTE VITAL BÁSICO INSTRUMENTAL" al cual asistimos un número elevado de personal del centro, y sobretodo casi todos los componenetes de este equipo de mejora, a los cuales se les paso una encuesta previa y posterior al curso para apoyar nuestro proyecto de calidad, y destacar importancia de la formacion urgente extrahospitalaria. Se ha realizado nueva tabla de inventario de material del urgencia y maletines con stockage y control de caducidad y firma mensual del personal encargado de dicha actividad, que esta colocado de forma visible en la sala de urgencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Responsables de organización sala de urgencias.
Hoja de inventario actualizado, con stockage y control de caducidad.
Formación anual sobre actuacion urgencias extrahospitalarias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mejora en el conocimiento y formacion de la atencion extrahospitalaria por parte del personal del centro, compromiso por parte de los mismos para la organizacion y mantenimiento continuo de la sala de urgencia y su material.

7. OBSERVACIONES.

Aunque el proyecto finaliza esta año a nivel de proyecto de gestion, continuara como actividad en la organización del centro.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1379 ===== ***

Nº de registro: 1379

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

Autores:
ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU, MAS SANCHEZ ADORACION, REDONDO COLLADO MARIA, MINGUEZ MARTIN CRISTINA, RODRIGUEZ DIAZ VICTORIA, MEZQUITA ADAN CRISTINA, CASTELLANO IRALDE SUSANA, ORENSANZ ALAVA AFRICA

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: patologia urgente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1379

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Atención Urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP, debido a que al ser una situación no demasiado frecuente, que precisa una inmediata respuesta, que puede desarrollarse en medios desconocidos(domicilios, carreteras...) para el personal sanitario, en no pocas ocasiones con pocos datos clínicos conocidos de la persona que precisa nuestra atención, y en muchas ocasiones se le unen el estrés, nervios, ansiedad por parte de lospacientes y sus famiares que indirectamentedificultan la resolución de la situación. Por eso creemos que es imprescindible que por parte del personal sanitario exista un adecuado conocimiento y habilidades en la atención urgente y en la RCP, un seguimiento y control en el mantenimiento de todo el material necesario para una adecuada actuación tanto en en el centro de salud(sala de urgencias, carro de paradas) como en la atención fuera del centro (maletines urgencias, DESA).

RESULTADOS ESPERADOS

Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y maletines de urgencias. Organigrama para todo el personal sanitario que puede atender una urgencia en un momento determinado, para la revisión periódica del carro paradas, maletines. Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP para con ello mejorar la asistencia de toda la poblacion de nuestro centro.

MÉTODO

Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de paradas y maletines de urgencias. Promover la formación en atención urgente de nuestro personal mediante sesiones formativas de RCP y otros cuadros de patología urgente.

INDICADORES

Porcentaje de profesionales del EAP que han participado en la formación en patología urgente y atención a una RCP, mediante la recogida de firma en las actas de sesiones clínicas.
Hoja de control de la revisión de material de carro de paradas y maletines.

DURACIÓN

De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta total desarrollo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0194

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE JAIME BONA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CARIÑENA
· Localidad CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALIAGA GONZALEZ CARMELO ETITER
ARQUILLUE VARONA SARA
GARCIA NAVALON PILAR
GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR
NAVARRO MAS MARIA VICTORIA
POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL
RIOS LAZARO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Solicitud de acreditación (18/3/2019)
- Impartir 5 Sesiones dermatoscopia (mayo y septiembre 2019)
- Impartir 2 Sesiones formativas y organizativas sobre teledermatología (julio y octubre 2019)
- Asistencia a 2 reuniones formativas sobre teledermatología en HCU

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha asistido al 100% de las reuniones de teledermatología convocadas por la Dirección (standard: asistencia de 1 miembro del EAP)
- Se han impartido más de 5 sesiones formativas en el centro de salud (standard >5). Fuente: actas sesiones
- Asistencia promedio a las sesiones 9.33 profesionales (standar >50% médicos EAP). Fuentes: actas sesiones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La formación en dermatoscopia ha sido muy satisfactoria para los profesionales, si bien demandan mayor número de sesiones debido a la complejidad de la técnica.
Actualmente está en funcionamiento el envío de imágenes mediante teledermatología lo que acorta los tiempos de espera para la exéresis de determinadas patologías tumorales.
Es importante mejorar la formación de los profesionales en dermatoscopia con el fin de disminuir el número de derivaciones innecesarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/194 ===== ***

Nº de registro: 0194

Título
FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

Autores:
BONA GARCIA JAIME, ALIAGA GONZALEZ CARMELO ETITER, ARQUILLUE VARONA SARA, GARCIA NAVALON PILAR, GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR, NAVARRO MAS MARIA VICTORIA, POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL, RIOS LAZARO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La dermatoscopia permite que los médicos puedan visualizar in vivo estructuras y colores de la epidermis, unión dermoepidérmica y dermis superficial, que no son visibles mediante la simple inspección. Es una técnica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0194

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

Numerosos estudios han demostrado que la dermatoscopia es una herramienta útil y barata que mejora notablemente la capacidad de detección de melanomas entre los médicos de familia, comparado con la detección de visu. Aumentando en algunos casos la sensibilidad del 54% al 74%. La dermatoscopia podría evitar biopsias y derivaciones a Dermatología innecesarias, a la vez que aumentaría la confianza de los médicos de familia en el diagnóstico de lesiones sospechosas de malignidad.

En los últimos 20 años la incidencia de melanoma ha aumentado a un ritmo más acelerado que cualquier otra neoplasia en España, su tendencia a aumentar es la más alta y las proyecciones realizadas en España indican que esta situación continuará en el futuro.

Los médicos de AP se basan con frecuencia en la regla de predicción ABCDE para establecer el diagnóstico de sospecha. Esto supone su detección en fases avanzadas y en muchos casos es tarde para obtener un resultado satisfactorio con el tratamiento. Los melanomas que se diagnostican de forma precoz tienen una supervivencia cercana al 100%, mientras que los tumores más avanzados muestran una supervivencia inferior al 10% a los 5 años. Un diagnóstico a tiempo y un seguimiento de este cáncer cutáneo permite salvar muchas vidas y reducir la necesidad de tratamientos agresivos.

La regla de predicción ABCDE no es útil para para confirmar el diagnóstico por su baja especificidad. El apoyo de la dermatoscopia permitirá evitar un elevado número de biopsias innecesarias.

En una revisión sistemática, la dermatoscopia demostró ser más sensible que la simple inspección para el diagnóstico de melanoma, incluso aplicada por médicos de familia adecuadamente entrenados. Vestergaard et al., en su revisión sistemática, aconsejaron el uso del dermatoscopio, que demostró más seguridad diagnóstica que la simple inspección aislada (grado de recomendación A)

En el estudio de Argenziano et al. se concluyó que se podía recomendar el uso de la dermatoscopia porque mejoraba la capacidad del MF en la criba de lesiones sugestivas de cáncer de piel sin aumentar el número de consultas innecesarias a dermatólogos (grado de recomendación A).

El dermatoscopio permite la detección precoz de lesiones sugestivas de melanoma antes de que aumenten de tamaño, permitiendo la derivación urgente/preferente a dermatología y adelantándose el tratamiento. Por tanto, aporta mayor seguridad al médico de familia ante lesiones melanocíticas para derivar de forma preferente ante signos evidentes de sospecha precoz.

También facilita el diagnóstico de otras patologías dermatológicas tumorales (no melanocíticas) y no tumorales.

La formación en dermatoscopia en el centro de salud permitirá también completar la formación al médico residente en la atención a la patología dermatológica y facilitará la participación de los profesionales en el proyecto "TELEDERMA" en el que se enviarán fotos tomadas mediante dermatoscopia al servicio de Dermatología.

RESULTADOS ESPERADOS

Principal: Formar y capacitar a los profesionales en el uso del dermatoscopio, optimizándose así las derivaciones a dermatología y detección precoz del melanoma en fases iniciales

Secundarios:

- Completar la formación en el área dermatológica de los médicos residentes
- Facilitar la implantación de "TELEDERMA"

MÉTODO

Programa formativo inicial sobre patología tumoral dermatológica (clínica y dermatoscópica) (4 sesiones de 75 min). Se solicitará acreditación (abril-junio 2019).

Sesiones formativas posteriores de refuerzo (casos clínicos) y resolución de dudas (octubre-diciembre).

Participación en las reuniones indicadas por la Dirección de AP para poner en marcha "TELEDERMA"

Organización de los circuitos internos en el EAP para realizar las derivaciones mediante "TELEDERMA"

INDICADORES

- Ha asistido un miembro del EAP a las reuniones sobre "TELEDERMA"
- n° sesiones impartidas por el EAP. Estándar > 5 sesiones/año
- n° de asistentes a las sesiones promedio. Estándar >50% de los médicos

DURACIÓN

- Solicitud acreditación sesiones: febrero-marzo 2019
- Sesiones formativas iniciales: Abril-Junio 2019. Impartidas por Jaime Bona.
- Sesiones formativas posteriores: octubre-diciembre 2019. Impartidas por Jaime Bona
- Organización de los circuitos internos para realizar las derivaciones mediante "TELEDERMA" marzo-junio 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0194

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0489

1. TÍTULO

FORMACION EN PIE DIABETICO Y USO DEL DOOPLER

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE AFRICA ORENSANZ ALAVA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CARIÑENA
· Localidad CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ LAGARES MERCEDES
BONA GARCIA JAIME
CASTILLO NAVARRO ANTONIO
MILLAN PLANO EDUARDO
PALLARES SISAMON FELIPE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras el porcentaje tan bajo que se percibió en el cuadro de mandos sobre la revisión del pie diabético en nuestra ZBS, se realizó una sesión teórico-práctica al EAP para la detección precoz y diagnóstico del pie diabético en atención primaria a través de una correcta clasificación del riesgo de ulceración del pie que permita una rápida derivación de los pacientes con "riesgo alto o ulcerado".

El cribado del pie diabético en atención primaria en OMI-AP consiste en una inspección del pie (calzado, callos plantares, deformidades, úlceras, cuidados de la piel y uñas, higiene y coloración), exploración neurológica (sensibilidad táctil, vibratoria, térmica y los reflejos OT aquileos) y exploración vascular (palpación de pulsos e índice tobillo-brazo a través del uso del doppler).

Una vez realizada la exploración del pie diabético, se procede a valorar el riesgo.

Si presenta riesgo alto o ulcerado se debe derivar a la unidad del pie diabético (se explica como derivar a la unidad del pie diabético).

Una vez realizada la parte teórica, se procede a realizar la parte práctica, donde todos los miembros del equipo realizaron la exploración completa del pie diabético y se resolvieron dudas.

El calendario se ha cumplido adecuadamente:

- La sesión teórico-práctica se realizó en Marzo y en Enero se ha realizado la sesión de evaluación final y análisis de indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A la sesión teórica-práctica asistieron los miembros del equipo de medicina y enfermería.

En la encuesta de satisfacción quedó reflejado que la sesión cumplió con las expectativas en el 100%.

Además, al evaluar nuevamente los indicadores del cuadro de mandos, se ha aumentado a un 22,9% (según indicadores cuadro de mandos de diabetes) la población a la que se le ha realizado el cribado del pie diabético, cumpliendo satisfactoriamente las expectativas y con la intención de aumentar este porcentaje a lo largo de este año para prevenir las complicaciones del pie diabético.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El EAP se siente muy satisfecho, tras la sesión realizada, se ha cumplido con los objetivos propuestos. Y lo más importante ha aumentado el porcentaje de revisiones del pie diabético, con ello, aumenta la prevención y disminuyen las complicaciones.

El EAP se ha sensibilizado con el tema y desea continuar aumentando el porcentaje de revisiones del pie diabético.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/489 ===== ***

Nº de registro: 0489

Título
FORMACION EN PIE DIABETICO Y USO DEL DOOPLER

Autores:
ORENSANZ ALAVA AFRICA, ALVAREZ LAGARES MERCEDES, BONA GARCIA JAIME, CASTILLO NAVARRO ANTONIO, MILLAN PLANO EDUARDO, PALLARES SISAMON FELIPE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0489

1. TÍTULO

FORMACION EN PIE DIABETICO Y USO DEL DOOPLER

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es un proceso crónico que afecta a 88028 personas en Aragón (prevalencia 6,79%) (cuadro de mandos diabetes de Aragón: 29/10/2017). Constituye un problema significativo a nivel personal y de salud pública, no solo por su elevada prevalencia e incidencia, sino por las graves complicaciones potenciales que pueden aparecer en su evolución: enfermedad cardiovascular, cerebrovascular, retinopatía, insuficiencia renal y afectación del pie ("pie diabético").

El pie diabético es una complicación de la diabetes que se asocia con una importante morbilidad, mortalidad, costes, y disminución de la calidad de vida. Puede ocasionar importante discapacidad y en ausencia de control del paciente y manejo inadecuado, puede derivar hacia un resultado desfavorable con una posible amputación del pie o pierna. La diabetes mellitus puede considerarse la primera causa de amputación no traumática en miembros inferiores.

Esta entidad clínica afecta con mayor frecuencia a la población diabética entre 45 y 65 años, es más prevalente en varones que en mujeres, y en la diabetes tipo 2 respecto a la tipo 1.

El riesgo de amputaciones para los pacientes diabéticos es hasta 15 veces mayor que en pacientes no diabéticos. La incidencia de amputaciones en pacientes diabéticos muestra una gran variabilidad, se sitúa entre 2,5-6/1000 pacientes diabéticos/año. Las tasas de mortalidad, sobre todo cardiovascular, tras una úlcera y la amputación son muy elevadas, casi un 60% de las personas fallecen en el transcurso de 5 años tras una amputación y casi un 40% en el caso de las úlceras.

Se estima que entre un 5-10% de los pacientes con diabetes desarrollarán una úlcera en el pie a lo largo de su vida. El 85% de pacientes que sufren amputaciones secundarias a pie diabético han padecido con anterioridad la aparición de una úlcera diabética. El manejo especializado de las úlceras determinará una mejora en el pronóstico de estos pacientes, tanto funcional como en términos de supervivencia.

El Programa de atención integral a la diabetes en Aragón (mayo 2014) establece en el seguimiento de los pacientes diabéticos varias líneas para la prevención, detección y atención a las complicaciones crónicas. Una de estas líneas es el procedimiento de "atención al pie diabético", cuyo objetivo es "Identificar factores de riesgo de mala evolución del pie diabético con la finalidad de intensificar cuidados y visitas de seguimiento".

Se establecen como objetivo prioritario para disminuir las complicaciones asociadas con el pie diabético, el incremento del cribado del pie diabético en el nivel asistencial de atención primaria, teniendo como herramienta de monitorización el cuadro de mandos de diabetes. Para ello, se establecen actuaciones de formación y de difusión a nivel de atención primaria y se modifican las herramientas informáticas en OMI que darán soporte al registro de la evaluación del riesgo del pie.

En la ZBS la cobertura de exploración de pie diabético registrada en OMI, presentada en el cuadro de mandos de diabetes alcanza al 9% de los diabéticos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la formación en el diagnóstico y detección precoz del pie diabético en atención primaria, a través de una correcta clasificación del riesgo de ulceración del pie que permita una rápida derivación de los pacientes con "riesgo alto o ulcerado"

Específicos:

- Formar a los profesionales del EAP en el diagnóstico y detección precoz del pie diabético.
- Formar a los profesionales en el uso del Doopler para detección de arteriopatía periférica en pacientes diabéticos.
- Conseguir al menos un 20% de exploraciones de pie diabético a la población diabética de la ZBS.

MÉTODO

- Se mantendrá al menos una sesión formativa y motivadora con los profesionales médicos y de enfermería.
- Se presentarán a los profesionales datos del cuadro de mando de diabetes en lo relativo a pie diabético.
- Se evaluará a final de año los indicadores seleccionados mostrando los resultados al EAP y haciendo propuestas de mejora para el siguiente año.

INDICADORES

- Se ha realizado sesión formativa: Estándar SI
- Nº asistentes a la sesión formativa. Estándar >50% del EAP
- Se ha realizado sesión de evaluación: Estándar SI
- Nº asistentes a la reunión de evaluación. Estándar >50% del EAP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0489

1. TÍTULO

FORMACION EN PIE DIABETICO Y USO DEL DOOPLER

-Nº de pacientes diabéticos con revisión de pie diabético/Nº pacientes diabéticos >= 20% (obtenido del cuadro de mandos de diabetes)

DURACIÓN

Sesión formativa inicial en el mes de marzo 2019. Ponente África Orensanz.
Sesión de evaluación final en el mes de enero 2020 y análisis de indicadores. Ponente Jaime Bona.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0693

1. TÍTULO

APOYO A LA CRIANZA Y MASAJE INFANTIL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE NURIA GARIN PORTERO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS CARIÑENA
· Localidad CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA
ORESANZ ALAVA AFRICA
AGUDO GARCIA ROSA MARIA
MARQUES ROYO MARIA JESUS
ALVAREZ LAGARES MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La primera reunión con Pediatra y Enfermeras fue el 20 de febrero donde decidimos realizar este proyecto. Durante el Mes de mayo fuimos organizando la manera de captación y la distribución de tareas. El 2 y 4 de octubre nos reunimos para cerrar horarios y fechas en agendas y comenzar a captar a las familias. Se comunicó al EAP y coordinadores.

El Proyecto consta de 4 talleres comenzando el 30 de octubre hasta el 27 de noviembre en horario de 9:00 a 10:30 en la sala de Fisioterapia del CS Cariñena.

CAPTACIÓN (realiza durante el mes de octubre)

Consulta pediatría recién nacidos, Pediatra informa verbal y coge teléfonos. Se les informa de la actividad y se pide el compromiso de acudir a los 4 talleres. Las familias deben aportar su aceite, toalla y manta.

PRIMER DÍA:

30 octubre

Acuden 6 familias

-Cuestionario inicial y autorización de imágenes.
-Principios del masaje infantil y Masaje EEII y estiramientos
-Dudas, lactancia o fórmula, temas que quieran hablar, ...

SEGUNDO DÍA:

8 noviembre

Acuden 4 familias

-Masaje Abdomen y pecho
-Cólico lactante, gases, estreñimiento
- Las mamás se animan a realizar preguntar y a compartir experiencias,

TERCER DÍA: (pendiente de realizar)

20 noviembre

-Masaje Brazos y cara

-Infección respiratorias, fiebre ¿?

CUARTO DÍA:

27 noviembre

-Masaje Espalda y repaso global

-Dudas

-Cuestionario final (repetir la del primer día)

-Encuesta de satisfacción

EVALUACIÓN

Cuestionario antes y después de los talleres para medir datos objetivos

Encuesta de satisfacción

Observación de los Profesionales (Enfermeras de Pediatría, Pediatra)

Imágenes y vídeos durante las sesiones

MATERIALES Y RECURSOS

Cuestionario antes y después de los talleres para medir datos objetivos

Encuesta de satisfacción

Se les entrega al final del curso un dossier personalizado a las familias con las técnicas y recomendaciones

Autorización de imágenes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS-OBJETIVOS

Han asistido 6 familias el primer día y el segundo día 4 familias. Ha habido una diversidad cultural, lo que ha enriquecido enormemente el grupo de crianza. Contábamos con una bebé prematura y con bebés en diferentes meses. Todavía quedan por realizar 2 sesiones más.

Resultados no tendremos hasta completar el programa y volver a realizar el cuestionario el último día, de ahí

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0693

1. TÍTULO

APOYO A LA CRIANZA Y MASAJE INFANTIL

sacaremos conclusiones.

En todos los casos ha acudido el bebé con su madre (los papás estaban trabajando)

SITUACIÓN INICIAL-FINAL

Primer día asistieron 6 familias, el segundo 4 familias, quedan sesiones por realizar.

GRADO CUMPLIMIENTO OBJETIVOS

Se han cumplido los objetivos

Generales:

Promover nuevas relaciones y apoyo mutuo y proporcionar un espacio de intercambio entre familias y los profesionales sanitarios de AP.

PARTICIPACIÓN

En las dos sesiones que hemos realizado, el primer día asistieron 6 familias y el segundo día 4 familias. Ha habido un enorme intercambio cultural., lo que ha enriquecido enormemente el grupo de crianza.

En todos los casos ha acudido el bebé con su madre (los papás estaban trabajando)

EL primer día el coloquio y preguntas fue muy escueto; el segundo día, las mamás comenzaron a formular más cuestiones y a contar más experiencias personales, creándose una atmósfera enriquecedora y muy amena.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo del proyecto ha funcionado coordinadamente, tanto en la gestión antes y durante el proyecto. Y todos los miembros han participado de una u otra manera en el desarrollo adecuado del mismo

Ha funcionado por la participación y el compromiso de las familias, por la actividad en sí que no requiere de un espacio ni material concretos, y por la predisposición del equipo del proyecto y las familias.

REORIENTACIÓN

Mejorar la difusión

Traducción del cuestionario a diferentes lenguas.

La no continuidad de algunas familias en los talleres

Crear nexo unión con guardería

Lograr que quedaran solas las familias tras el proyecto

SOSTENIBILIDAD

Sí, se puede exportar a otro Centro de Salud

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/693 ===== ***

Nº de registro: 0693

Título

APOYO A LA CRIANZA Y MASAJE INFANTIL

Autores:

GARIN PORTERO NURIA, POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL, JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA, ORESANZ ALAVA AFRICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Lactantes

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Lactante

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proyecto actual se centra en realizar un apoyo a las familias en los primeros meses de vida del bebé y enseñar la correcta técnica de masaje infantil para mejorar el disconfort del lactante.

Promoviendo las relaciones y como herramienta para llegar a familias de los 11 municipios que componen la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0693

1. TÍTULO

APOYO A LA CRIANZA Y MASAJE INFANTIL

Zona de Salud de Cariñena

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: bebés 2-4 meses y padres

Los objetivos de este proyecto son:

- Proporcionar un espacio de intercambio entre las familias y los profesionales sanitarios de AP
- Mejorar el disconfort del lactante
- Promover nuevas relaciones y apoyo mutuo
- Reducir costes al Sistema Sanitario al tener bebés más saludables

MÉTODO

Talleres prácticos acompañados de charlas para aumentar los conocimientos y eliminar tabúes, donde se adiestrará a las familias en las técnicas del masaje infantil y apoyo a la crianza

Se realizará un programa de 4 talleres prácticos donde se enseñaran las técnicas de masaje y cada día se plantearán diferentes aspectos relacionados con la crianza: nutrición, cólico del lactante, cuidados del bebé, cuidados de la madres, porteo, sueño...

INDICADORES

Se realizará la captación e información a las familias en las consultas programadas de Pediatría y enfermería Pediátrica

Al finalizar se realizará una encuesta.

DURACIÓN

Programa de 4 talleres en función de nacimientos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0818

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES Y RECOMENDACIONES POR LA RADIO

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE MERCEDES ALVAREZ LAGARES

· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CARIÑENA
· Localidad CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Por problemas de cambio de persona responsable en la radio de Cariñena y carga de trabajo no se ha podido llevar a cabo este proyecto y se intentara llevar a cabo durante 2020, si es posible y se nos permite

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por ahora no valorables

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Me gustaría poder en este 2020 realizar este proyecto ya que en 2019 por diversos problemas no ha podido ser posible.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/818 ===== ***

Nº de registro: 0818

Título
HABITOS SALUDABLES Y RECOMENDACIONES EN LA RADIO

Autores:
ALVAREZ LAGARES MARIA MERCEDES, GARIN PORTERO NURIA, MILLAN PLANO EDUARDO, JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA

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 .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Fomentar cambios activos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto actual se centra en la difusión a través de la radio Campo de Cariñena de hábitos saludables y recomendaciones de salud para la Comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Comunidad
Los objetivos de este proyecto son:
-Fomentar el autocuidado
-Propagar información en forma de ideas y conceptos
-Convertir al ciudadano en agente activo
-Fomentar los cambios activos y de comportamiento

MÉTODO
Propagación de información a través de este medio de comunicación masas
Participación planificada en el programada de Radio Campo de Cariñena

INDICADORES
Se realizaran diferentes secciones: hábitos salud, recomendaciones posturales, alimentación, vacunación, prevención accidentes domiciliarios, uso adecuado antibióticos,....
Acceso a los Podcast de las intervenciones de los componentes del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0818

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES Y RECOMENDACIONES POR LA RADIO

DURACIÓN

Secciones mensuales y/o semanales programadas en la Radio de Campo de Cariñena

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0875

1. TÍTULO

RCP-ANDO EN EL COLE

Fecha de entrada: 24/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARIN PORTERO NURIA
ORENSANZ ALAVA AFRICA
POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL
ALVAREZ LAGARES MERCEDES
MEZQUITA ADAN CRISTINA
VELERO GUILLEN PATRICIA
BALLESTEROS ABAD ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Marzo de 2019 se contacta con la Jefa de Estudios del colegio Santo Cristo Santiago de Cariñena para proponer realizar el proyecto en el centro con muy buena aceptación. Se les ofrece realizar cualquier tipo de sugerencia o cambios que consideren. Nos comunican que ya tienen hecha la programación de ese curso escolar 2018-2019 por lo que quedamos en volver a contactar en Septiembre para incluirlo en el curso escolar 2019-2020.

El 18 de Septiembre, nos reunimos con la Directora del centro escolar para unificar ideas, valorar sus necesidades, concretan los objetivos del proyecto y valorar sus propuestas. Se decide inicialmente poner en marcha el proyecto para los alumnos de 5º y 6º de primaria. Queda pendiente concertar número de sesiones y fechas, en espera de que la directora transmita toda la información al resto del equipo docente. Considera que un buen momento sería cuando se trabaje en el centro el tema del cuerpo humano, hábitos saludables y primeros auxilios. El 27 de Septiembre contacta nuevamente con nosotros la Directora del centro para comunicarnos lo que el resto del equipo docente le ha transmitido. Se decide poner en marcha el proyecto en los cursos de 5º y 6º. Son dos vías por curso con un total de 34 niños por curso. Para mayor comodidad a la hora de hacer los talleres, nos ofrecen la posibilidad de juntar las dos vías de cada curso en un aula, distribuirnos el personal sanitario entre las dos clases y poder dar simultáneamente el taller en ambos cursos. Nos proponen realizarlo durante el mes de Noviembre que es cuando estarán dando los alumnos/as en el centro el cuerpo humano. Nos dan libertad para elegir día y el horario.

Nos reunimos en nuestro Centro de Salud los componentes del equipo del proyecto para determinar fecha y hora y elaborar el material necesario para impartir los talleres. Se propone como fecha el 6 de Noviembre y se comunica a la Dirección del Centro Escolar.

Se elabora material didáctico para impartir el taller:

Se prepara una presentación de power point para la parte teórica para hacerlo de una forma más visual y amena adaptada a la edad de los niños/as. En la presentación se les enseña a reconocer lo que es una pérdida de conciencia, a comprobar la seguridad en la escena, a reconocer la parada cardiorespiratoria, cómo pedir ayuda y el uso correcto del teléfono de emergencias 112, cómo se realiza la posición lateral de seguridad y los pasos de la reanimación cardiopulmonar básica mediante la administración de compresiones torácicas.

Se elabora también un vídeo para apoyar la parte práctica en la que repasa de nuevo la secuencia de la RCP y en el que se visualizan personas haciendo maniobras de masaje cardiaco siguiendo el ritmo de varias canciones. El objetivo es que los alumnos/as puedan practicar el ritmo al que debe realizarse el masaje cardiaco y reforzar las nociones teóricas.

Se elaboran test de evaluación y encuestas de satisfacción:

Se elabora un test inicial de valoración de conocimientos para pasar a los alumnos antes de que se les imparta el taller. Se realiza en forma de preguntas con respuestas cerradas tipo test. Se les pregunta si saben lo que es una parada cardiorespiratoria, lo que significan las siglas RCP, si creen que un niño/a de su edad es capaz de salvar una vida con sus manos, si conocen el teléfono al que hay que pedir ayuda si te encuentras una persona inconsciente y si conocen lo que es la posición lateral de seguridad.

Se prepara el mismo test para que lo realicen cuando termine el proyecto.

Se elabora una encuesta de satisfacción también con preguntas tipo test con respuesta cerrada sobre el taller para pasar a los alumnos. Se les pregunta si antes de que se les impartiera el curso sabían algo sobre lo que se les ha explicado de parada cardiaca y RCP, si les ha gustado recibir esa formación y si creen que es útil saberla, si se consideran pequeños para aprender ese tipo de cosas, si les gustaría que volvieran a realizarse este tipo de talleres en su colegio, si ahora se encontraran una persona inconsciente si sabrían que hacer y si se atreverían a poner en marcha las maniobras aprendidas. También se añade un apartado para hacer una valoración general del taller puntuando con caras de satisfacción del 1 al 5. Se incluye un apartado de observaciones y sugerencias para que los niños/as puedan escribir libremente.

Se elabora también una encuesta de satisfacción para pasar a los profesores donde se les pregunta si habían recibido los niños algún taller similar desde que habían entrado al centro, si les ha parecido adecuado en cuanto a contenidos, metodología y tiempo, si conocían o habían practicado alguna vez las maniobras de RCP, compresiones torácicas, posición lateral de seguridad, si consideran que es útil comenzar con la enseñanza de estos conceptos y maniobras de atención a la emergencia a niños tan pequeños, si creen que sería recomendable que estos talleres se repitieran de forma reglada para los niños de este curso y si se ven preparados para recordar estos conceptos a los alumnos a lo largo del curso. También se deja un apartado de opiniones y sugerencias para que los docentes puedan escribir libremente.

Se concierta otra reunión con la Directora del centro. Se le muestra el material elaborado para impartir el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0875

1. TÍTULO

RCP-ANDO EN EL COLE

taller con muy buena acogida y se le dan los test iniciales para pasar a todos los alumnos/as antes de que impartamos en taller. Se le indica que los niños/as lleven ese día a clase algún muñeco o peluche para realizar la parte práctica.

El 6 de Noviembre se acude al centro escolar a impartir el taller. Asisten del centro de salud 3 enfermeras, la MIR de medicina de familia y comunitaria que está rotando en este momento en pediatría y la pediatra. Se distribuyen médicos y enfermeras en dos aulas. En una de ellas se ha agrupado a los alumnos de 6º con sus dos tutores y en otra a los de 5º con sus dos tutores. Los tutores nos hacen entrega de las encuestas de valoración de conocimientos inicial que habían rellenado los alumnos el día anterior.

Se imparte la teoría con el apoyo del power point a la vez que otros de los miembros del equipo van haciendo demostración práctica de lo que se va contando. Después, se repasa la secuencia de reanimación con los niños. Practican por parejas supervisados por el personal sanitario, la maniobra frente mentón, comprobación de respiración y posición lateral de seguridad.

La técnica del masaje cardiaco se practica sobre muñecos y peluches. Se proyecta al mismo tiempo el vídeo elaborado con canciones para ayudarles a mantener el ritmo adecuado.

Se les deja en los ordenadores del centro el material elaborado para que puedan utilizarlo si precisan. Se comenta nuevamente a los tutores la idea de seguir con el proyecto, que elaboren material para colgar por el colegio con la secuencia de reanimación y con el 112 y que estos alumnos pudieran ayudar a formar a alumnos de otros cursos más pequeños. Así se implica a todos en el proyecto, alumnos/as, personal docente y personal sanitario y los niños/as reforzarían los conocimientos aprendidos. Se les ofrece apoyo del personal sanitario para continuar con el proyecto en el centro. Los tutores nos comentaron que tienen toda la programación muy ajustada y que podrían ir haciéndolo ellos en pequeños grupos durante las clases de educación física.

La semana de después de realizar los talleres, se envían al centro las encuestas de evaluación final y las encuestas de satisfacción para los alumnos/as y del profesorado.

Se hace recuento de los resultados obtenidos en las encuestas iniciales (7-8 Noviembre).

El 7 de Enero, contactamos con la Dirección del centro escolar para recoger los resultados de los test de evaluación de conocimiento finales y encuestas de satisfacción. Nos comentan que no los pudieron pasar en Diciembre. Nos los entregan el 14 de enero, 2 meses después de la realización del taller. Quedan pendientes en hablar con los tutores para comunicarnos las actividades que han realizado después en el centro.

El 23 de Enero, volvemos a contactar con la Dirección del centro. Nos comunican que los alumnos de 5º han realizado más prácticas de RCP para reforzar conocimientos con el tutor de una de las aulas durante algunas de las sesiones de educación física que el mismo imparte. No han realizado la actividad de impartir el taller a alguno de los otros cursos más pequeños como concertamos en la fase inicial del proyecto y donde el personal del Centro de Salud nos ofrecimos también a participar y apoyar. Nos comentan que han tenido unos meses complicados con obras de ampliación en el centro escolar y que el profesor de educación física que imparte a los alumnos de 5º sólo da clase en último ciclo de primaria. Tienen la programación escolar preestablecida que les limita mucho sacar tiempo para otras actividades; con lo que según nos refieren, no les ha sido posible continuar con el proyecto en cursos de otros ciclos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados obtenidos en los test iniciales de evaluación de conocimientos:

¿Sabes lo que es una parada cardiorespiratoria?

Alumnos 6ª: Test inicial: Respuesta correcta el 61,8% Test final: respuesta correcta 85,7%

Alumnos 5º: Test inicial: respuesta correcta 67,6% Test final: respuesta correcta 94,7%

¿Sabes lo que significa RCP?

6º: Test inicial: Respuesta correcta el 64,7% Test final: respuesta correcta 97,1%

5º: Test inicial: respuesta correcta el 55,9% Test final: respuesta correcta 94,7%

¿Crees que un niño/a de tu edad es capaz de salvar una vida con sus manos?

6º: Test inicial: El 70,6% respondieron que sí, Test final: 97,1%

5º: Test inicial: 47,1% respondieron que sí Test final 94,7% respondieron que sí

Si te encuentras una persona inconsciente (desmayada, dormida, que no responde al llamarla...), ¿Sabes a que teléfono habría que llamar para pedir ayuda?

6º: Test inicial: El 91,2% respuesta correcta Test final: 100%

5º: Test inicial: 90,9% respuesta correcta Test final: 94,7%

¿Sabes que es la posición lateral de seguridad?

6º Test inicial: 58,8% respuesta correcta Test final: 74,3%

5º Test inicial: 58,8% respuesta correcta Test final: 92,2%

Encuestas de satisfacción alumnos/as:

¿Antes de recibir este taller sabías algo de lo que te han explicado sobre parada cardiaca y RCP?

6º: Al 57,1% les sonaba alguna cosa porque ya les habían explicado algo alguna vez y un 17% habían recibido algún taller antes.

5º: Al 73,5% les habían explicado algo alguna vez y el 8,8% habían recibido algún taller.

¿Te ha gustado aprender estas cosas? ¿Crees que es útil saberlas?

6º: Al 91% Sí

5º: 100% contestaron que sí

¿Consideras que todavía eres pequeño para que te enseñen este tipo de cosas?

6º: 91,4% respondieron que no se consideraban pequeños

5º: 94,1%

¿Te gustaría que se volvieran a hacer en tu colegio talleres de este tipo?

6º: Al 88,6% les gustaría que se repitieran y un 5,7% les gustaría aunque no les interesa el tema

5º: Al 91,2% les gustaría que se repitieran y un 8,8% les gustaría, aunque no les interesa el tema.

Si ahora te encontraras a una persona inconsciente. ¿Sabrías que hacer? ¿Te atreverías a practicar la RCP?

6º El 94% sabría que hacer y se atrevería a poner en marcha las maniobras y el 2,9% sabría que hacer aunque no se atrevería a poner en marcha las maniobras.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0875

1. TÍTULO

RCP-ANDO EN EL COLE

5º El 88,2% sabría que hacer y se atrevería a poner en marcha las maniobras y el 8, 8% sabría que hacer aunque no se atrevería a ponerlas en práctica

Puntuación de de 1 a 5 de satisfacción en forma de caritas :

6º: 75,3% 5 puntos, 17,1 % 4 puntos, 5,7% (2 alumnos) 2 puntos, 2,9%(1 alumno) 1 punto.

5º: 79,4% 5 puntos, 14,7% 4 puntos, 5,9% (2 alumnos) 3 puntos.

Encuestas satisfacción profesores:

En total acudieron cuatro profesores a los talleres que son los tutores de las cuatro clases. Resultados:

Sólo en una de las clases refieren haber recibido un taller similar .En dos de ellas no habían recibido ningún taller pero los profesores ya les habían rexplicado algo.

Los cuatro tutores consideran que el taller contenidos, metodología es muy interesante; pero uno de ellos comenta que vería mejor que hubiera tenido una mayor duración.

Respecto a si conocían las maniobras explicadas a los niños.Sólo uno conocía todas .El resto sólo alguna de ellas. Los cuatro consideran que es necesario que los niños aprendan este tipo de cosas desde pequeños.

Los cuatro consideran que los talleres se repetirían de forma reglada.

Tres de ellos se ven preparados para recordar los conceptos aprendidos a los alumnos con el material de apoyo adecuado .Uno de ellos considera que no se siente preparado de ninguna manera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización del taller ha sido una experiencia satisfactoria para los participantes en el proyecto.

Se han cumplido los objetivos iniciales de contribuir en la formación de los niños/as para que estén preparados para reconocer la parada cardio-respiratoria, poner en marcha servicios de emergencias e iniciar maniobras básicas de RCP.

Los resultados de los test de valoración de conocimientos inicial y final nos muestran una mejora significativa en los conocimientos adquiridos con resultados de respuesta correcta por encima del 85% en todas las preguntas en los resultados finales.Alcanzando cifras de hasta el 100% en el conocimiento del teléfono de emergencias 112 .Sólo en uno de los cursos, parece haber más dudas con respecto a la posición lateral de seguridad con cifras de 74,5 % de respuestas correctas pero mejorando el resultado del test inicial que era 58,8%.

Las encuestas de satisfacción de los alumnos han sido en general muy positivas.A la mayoría les ha gustado recibir esa formación, creen que es útil saberla, consideran que no son pequeños para poner en práctica la maniobra, les gustaría que se repitieran este tipo de talleres y sabrían que hacer y pondrían en marcha la maniobras aprendidas. En cuanto a la puntuación de satisfacción del 1 a 5 en forma de caras, la mayoría puntúan 5 (> 70%).

La mayoría de los alumnos manifiestan que ya les habían explicado algún concepto similar en alguna ocasión.En los test iniciales se objetiva que más de la mitad de los alumnos sabían que era la RCP, la parada cardiaca y la posición lateral de seguridad y alrededor del 90% conocían el 112.A pesar de esto, hay una mejoría significativa en los resultados obtenidos después del taller;lo que indica que sería necesario reforzar y recordar los conceptos de forma periódica.La mayoría de los alumnos (> 90%) después de realizar el taller, refieren que sabrían que hacer en caso de parada cardiorespiratoria.

En el apartado de comentarios y observaciones, la mayoría de los alumnos de 6º no ha hecho ninguna aportación y los de 5º sin embargo, lo han rellenado la mayoría escribiendo que les había gustado mucho, que les gustaría que se hicieran otros talleres con otros aspectos de primeros auxilios.Uno de los alumnos sugería que se hicieran en grupos más pequeños.

La valoración de los profesores ha sido también positiva .Todos consideran necesario que los niños aprendan este tipo de cosas y se repitieran los talleres de forma reglada .Sólo uno de ellos conocía todas las maniobras; por lo que consideramos que sería bueno que el profesorado recibieran también este tipo de formación .Al final del taller, tres de ellos se consideran preparados para recordar a los alumnos los conceptos del taller con material de apoyo adecuado; aunque en la práctica,de momento,sólo uno de ellos ha seguido recordando conceptos y repasando las maniobras aprendidas con los alumnos.

Lo ideal del proyecto hubiera sido que desde el centro educativo y con el material aportado pudieran mantener el proyecto en el tiempo y que la enseñanza de primeros auxilios y RCP quedara incluida dentro de la programación del centro contando con nuestra colaboración siempre que fuera necesario .

La acogida por el colegio fue muy buena, aunque el realizar actividades conjuntas siempre se ve limitado porque tienen que entregar las programaciones de todo el curso escolar en Octubre y no siempre tienen tiempo disponible para realizar proyectos en común.No coincide su curso escolar y su época de programación con el periodo en que los Centros de Salud tenemos que enviar nuestras propuestas de proyectos.Nuestras propuestas son en Marzo y ellos programan en Septiembre -Octubre.De un curso para otro, hay cambios de profesorado y a veces coordinarse o sacar adelante un proyecto resulta complicado.Ha quedado pendiente la segunda parte del proyecto que consistía en que esos mismos alumnos con nuestro apoyo y el de sus profesores ayudaran a formar a los alumnos/as de otros cursos más pequeños.Segun el centro escolar, no ha sido viable por obras en el centro, falta de tiempo por la programación preestablecida y coordinación entre ciclos de primaria.

El realizar el taller con ellos ha sido una buena forma de abrir puertas para que nos conozcan al equipo sanitario y realizar nuevas colaboraciones .

Al haber un sólo pediatra en la Comarca,la población a la que atendemos en el centro de salud coincide 100% con los alumnos/as con los que ellos trabajan.Los problemas que detectamos y las necesidades de estos niños y sus familias son muchas veces compartidos .Aprovechamos la experiencia para hablarles de la Estrategia Comunitaria y la posibilidad de realizar más actividades en común según sus necesidades o apoyarles en alguna actividad de educación para la salud que ellos realicen .

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0875

1. TÍTULO

RCP-ANDO EN EL COLE

*** ===== Resumen del proyecto 2019/875 ===== ***

Nº de registro: 0875

Título
RCP-ANDO EN EL COLE

Autores:
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA, GARIN PORTERO NURIA, ORENSANZ ALAVA AFRICA, POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL, ALVAREZ LAGARES MERCEDES, MEZQUITA ADAN CRISTINA, VALERO GUILLEN PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los niños son capaces de asimilar los conocimientos y habilidades necesarias para la realización de maniobras de reanimación, así como de transmitirlos entre sus propios familiares y amigos.
El Real Decreto 126/2014 de 28 de Febrero indica a los colegios a incluir la enseñanza de primeros auxilios en el currículo básico de la Educación Primaria. Todavía no se hace en todos los colegios, ni de forma reglada ni obligatoria ; sólo formando parte de proyectos, iniciativas, talleres voluntarios y campañas . El equipo sanitario de atención primaria puede tener un papel importante de apoyo al personal docente para la enseñanza de primeros auxilios.
El proyecto consistiría en acudir al colegio público de Cariñena Santo Cristo Santiago para apoyar al personal docente y enseñar a los escolares a reconocer la parada cardiaca, puesta en marcha de los servicios de emergencias y enseñar los pasos de la reanimación cardiopulmonar básica.

RESULTADOS ESPERADOS

Contribuir a la formación de los niños del colegio público de Cariñena para que estén preparados para reconocer la parada cardiorespiratoria, poner en marcha los servicios de emergencias e iniciar las maniobras básicas de RCP por medio de charlas formativas teóricas y prácticas.
Enseñar habilidades para:
-Reconocer una parada cardiorespiratoria
-Enseñarles a comprobar la seguridad en la escena
-Enseñar la obtención de ayuda. Explicar el uso correcto del 112
-Posición lateral de seguridad.
-Enseñar los pasos de la reanimación cardiopulmonar básica mediante la administración de compresiones torácicas.

MÉTODO

-Se ha contactado previamente con la Jefa de estudios del Centro educativo para ofrecer el proyecto con muy buena disposición por parte del colegio .
-Una vez aprobado el proyecto se concertará una reunión para unificar ideas, objetivos, valorar sus propuestas y necesidades y concretar fechas para establecer número de sesiones adecuadas para trabajar en principio con los alumnos de 5º y 6º de primaria y establecer el resto de cursos en los que se difundiría el proyecto.
Inicialmente se pasaría un pequeño test a los alumnos para evaluar conocimientos previos.
Según las sesiones que se concreten con el centro escolar :
-Se impartirían las nociones teóricas sobre el reconocimiento de parada, activaciones de servicios de emergencias y realización de RCP básica .
-Puesta en marcha de lo aprendido por medio de maniqués de entrenamiento o por medio de muñecos .Práctica de las maniobras y ejemplos de situaciones.
-Se les invitará a preparar material en las aulas para que ellos mismo junto con el apoyo del profesorado nos ayuden al personal sanitario a enseñar las maniobras a alumnos de cursos inferiores para ayudar a difundir los conocimientos aprendidos a otros alumnos del centro .Se implicará a los niños en la forma más adecuada de enseñar habilidades sobre RCP a sus compañeros de cursos inferiores para reforzar su aprendizaje por medio de canciones, vídeos, murales, uso de muñecos, etc.
Posteriormente se realizarán las charlas en otros cursos sobre las maniobras de RCP con el apoyo del material

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0875

1. TÍTULO

RCP-ANDO EN EL COLE

preparado por los alumnos y con la ayuda de los propios alumnos . De esta manera los alumnos más mayores reforzarían su aprendizaje y se consigue la implicación de todos en el proyecto ;alumnos, personal docente y personal sanitario.

-Se pasaran posteriormente un test para valorar conocimientos adquiridos.

INDICADORES

-Mejora de los resultados obtenidos en los test tras realizar el proyecto respecto a los resultados obtenidos en los test previos.

-Encuestas de satisfacción

DURACIÓN

Presentación del proyecto al equipo directivo del centro educativo .Valorar sus propuestas, necesidades, forma más adecuada de implementar el proyecto y concertar número de sesiones por curso para realizar la formación teórica y práctica .

-A lo largo del curso escolar y según fechas que nos indiquen en el centro; realización de las sesiones .Primero se formará a los alumnos de 5º y 6º de primaria .Se les hará la propuesta para preparar material para participar en la formación de los alumnos de cursos inferiores (3º y 4º) y se realizarán las sesiones en estos cursos .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1143

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RÁPIDO DE GRIPE(TDRI) EN POBLACIÓN PEDIATRICA MENOR DE 3 AÑOS O CON CONDICIONES DE RIESGO PARA GRIPE COMPLICADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

Fecha de entrada: 23/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONA GARCIA JAIME
ORENSANZ ALAVA AFRICA
POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La idea de realización del proyecto para valorar la utilidad del test de diagnóstico rápido de la gripe (TDRI) en población pediátrica menor de 4 años surgió en una reunión del PROA del Sector Zaragoza 3 con la finalidad de disminuir el uso de antibióticos en niños con síndrome febril durante las semanas de actividad de la gripe .Se puso en marcha en el Centro de Salud Delicias Sur y se propuso al Centro de Salud de Cariñena como centro rural . Se inicia en Octubre de 2019 contacto con la pediatra que dirige el proyecto en el Centro de Salud Delicias Sur vía mail y se ha mantenido contacto por esta vía desde entonces.

Se definen los criterios a seguir a la hora de realización del test para aumentar la precisión diagnóstica en los menores de 4 años con el objetivo de disminuir derivaciones a urgencias pruebas complementarias y el uso de antibióticos.Se establece que el TDRI podrá ser realizado durante las semanas epidemiológicas de la 45 a la 13 (5 Noviembre al 25 de Marzo) a menores de 4 años con síndrome febril sin foco; en los que un resultado positivo modificaría las actuaciones evitando derivar o realizar otras pruebas complementarias .El test se hará mediante la realización de frotis nasofaríngeo preferentemente entre las 12 y 48 horas del inicio de los síntomas.Nunca antes de las 12 horas ni después del 4º día.

El 30 de Octubre se solicitan una caja de test de diagnóstico rápido utilizados en nuestro hospital de referencia (Hospital clínico Universitario) SD Influenza Ag A/B/A(H1N1)/pandemic con un precio de 266 euros por caja con 25 test .

El 12 de Noviembre contacta con nosotros la pediatra que dirige el proyecto en Delicias Sur para ofrecernos la posibilidad de que una pediatra de urgencias del Hospital Clínico Universitario nos haga una demostración de la técnica de la realización del test .Desde nuestro centro no pudimos acudir al tenernos que desplazar hasta el HCU, tener pacientes ya citados y no poder cubrir la consulta durante ese tiempo ;pero vimos vídeos demostrativos sobre la realización de la técnica y leímos detalladamente las instrucciones que trae el test.

Hemos elaborado una hoja de registro de casos para llevar un seguimiento de los test realizados donde se han incluido los siguientes datos: fecha de realización del test y semana epidemiológica, fecha de nacimiento del niño y edad, clínica, horas de evolución desde el inicio de los síntomas, resultado del test y registro de si precisaron posteriormente derivación a urgencias, uso de alguna otra prueba complementaria o antibióticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 5 de Noviembre se ha realizado el TRDI únicamente en siete casos de fiebre sin foco recogiendo los siguientes datos:

Caso 1:Fecha realización: 10/12/19 (semana epidemiológica 50)

Fecha nacimiento: 10/02/16 (3 años)

Clínica: fiebre elevada, decaimiento.Padres con fiebre .

Horas de evolución: 16 horas

Resultado del test: + A

Necesidad de otras pruebas, uso antibiótico, derivaciones: No

Caso 2: Fecha realización: 30/12/19 (semana 1)

Fecha nacimiento: 2/07/16 (3 años)

Clínica: fiebre elevada, decaimiento.Padres con fiebre .

Horas de evolución: 36 horas

Resultado del test: + A

Necesidad de otras pruebas, uso antibiótico, derivaciones: No

Caso 3: Fecha realización: 13/01/20(semána 3)

Fecha nacimiento: 29/12/16 (3 años)

Clínica: fiebre elevada, dolores musculares.

Horas de evolución: 48 horas

Resultado del test: + A

Necesidad de otras pruebas, uso antibiótico, derivaciones: No

Caso 4: Fecha realización: 15/01/20 (semana 3)

Fecha nacimiento: 9/09/17 (2años)

Clínica: fiebre elevada,síntomas catrales.no ambiente epidémico familiar.

Horas de evolución: 48horas

Resultado del test: + A

Necesidad de otras pruebas, uso antibiótico, derivaciones: No

Caso 5:Fecha realización: 20/01/20(semána 4)

Fecha nacimiento: 5/03/16 (3 años)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1143

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RÁPIDO DE GRIPE(TDRI) EN POBLACIÓN PEDIATRICA MENOR DE 3 AÑOS O CON CONDICIONES DE RIESGO PARA GRIPE COMPLICADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

Clínica: fiebre elevada, cefalea. Faltan la mayoría de los niños en su clase.

Horas de evolución: 48 horas

Resultado del test: + A

Necesidad de otras pruebas, uso antibiótico, derivaciones: No

Caso 6: Fecha realización: 20/01/20 (semana 4)

Fecha nacimiento: 20/02/19 (11 meses)

Clínica: fiebre elevada sin foco. No familiares con clínica. No asiste a guardería.

Horas de evolución: 48 horas

Resultado del test: -

Necesidad de otras pruebas, uso antibiótico, derivaciones: No

Caso 7: Fecha realización: 21/1/20 (semana 4)

Fecha nacimiento: 21/9/18 (16 meses)

Clínica: Fiebre elevada sin foco. No familiares afectados. No asiste a guardería.

Horas de evolución: 36 horas

Resultado del test: A+

Necesidad de otras pruebas, uso de antibiótico, derivaciones: No

Los dos primeros casos, fueron los únicos casos sugestivos de gripe que hasta ese momento se vieron en consulta entre todos los pacientes de todas las edades. Durante estas semanas epidemiológicas la incidencia de la gripe en Cariñena estaba entre 0-25 /100.000 habitantes.

Los otros 5 casos realizados en las semanas epidemiológicas 3 y 4 han coincidido con la aparición de más casos sugestivos de gripe en la consulta, sobretodo de niños más mayores con ambiente epidémico en casa o en el centro escolar.

Niños menores de 4 años en los que se ha realizado el test: 7

% de niños en los que se realiza el TDRI y se obtiene resultado positivo: 6 de 7 que corresponde al 85,71%

% de uso de antibióticos en niños con TDRI positivo: 0

% Niños con TDRI positivo a los que se les ha realizado otras pruebas complementarias, derivación a urgencias o uso de antibióticos: 0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es pronto para llegar a conclusiones ya que está empezando la epidemia de gripe en la Comarca de Cariñena y de momento se han realizado pocos test.

En los dos casos iniciales en los que se realizó el test, el poder confirmar el diagnóstico ha resultado útil dado que ambos niños estaban con fiebre elevada sin foco y decaimiento. Hubieran requerido un seguimiento mucho más estricto y la realización de alguna prueba complementaria para localizar la causa de la fiebre.

Nos ha permitido confirmar los primeros casos de la consulta fuera del periodo de epidemia; ya que resulta más difícil de sospechar que cuando la incidencia es más elevada y la mayoría de los pacientes de la consulta están con los mismos síntomas.

Ha sido útil también por la repercusión del resultado del test en el resto de la familia. Los padres de ambos niños estaban también con malestar y fiebre y a través del resultado de sus hijos se pudo determinar también la causa de la fiebre y comentarlo con sus médicos de familia.

La realización de los otros test nos ha servido para confirmar el inicio de la epidemia de la gripe. Ha coincidido con la aparición de otros casos sospechosos en niños más mayores y el poder realizar el test aunque sea a los pacientes más pequeños permite confirmar que hay gripe y hacer el diagnóstico de sospecha en el resto de pacientes con clínica sugestiva.

Al haber una única pediatra en toda la comarca, todos los pacientes acuden a la misma consulta, con lo cual es fácil saber de que pueblos o centros escolares proceden. La información de las familias que acudían a consulta unido a la disponibilidad del test ha permitido rentabilizar el uso del TDRI. Coincidió que dos de los test realizados correspondían a niños pertenecientes a una misma aula de 3 años del colegio de Cariñena. El resultado positivo de estos niños permitió extender la sospecha diagnóstica a otros niños de la misma aula con la misma clínica, sin otro foco a la exploración.

A todos los casos con test positivos se les pautó tratamiento sintomático, se les dieron pautas de observación y se les indicó volver a consulta si no mejoría. Ninguno de los casos volvieron posteriormente a consulta.

Son pocos casos para establecer conclusiones pero el hecho de tener un diagnóstico confirmado con un test para un cuadro como es la gripe que cursa fiebre tan alta y prolongada, parece tener un papel tranquilizador en las familias. Ellos mismos manifestaban quedar satisfechos con la realización del test y más tranquilos al saber lo que sus hijos/as tenían.

En el único caso que resultó negativo en una lactante de 11 meses con fiebre sin foco sin ambiente epidémico, nos llevó a hacer un seguimiento más cercano hasta que cedió la clínica.

No se pueden establecer conclusiones ni recomendaciones hasta ampliar la muestra y ver si resulta realmente rentable para evitar derivaciones, realización de otras pruebas complementarias en lactantes y niños pequeños con fiebre sin foco a los que les es más difícil expresar algunos síntomas y sobretodo en casos en los que el niño es el primer miembro de su entorno afectado y es más difícil de sospechar. De momento, las primeras impresiones de la disponibilidad del TDRI en la consulta de pediatría de atención primaria, están siendo satisfactorias.

7. OBSERVACIONES.

En la solicitud de inclusión del proyecto se puso en el título y en los criterios de realización del TDRI los niños menores de 3 años. Tras revisar los datos de casos de gripe y de fiebre sin foco registrados en consulta la temporada epidemiológica anterior (2018-2019) se objetivó que la mayor incidencia de síndromes febril sin foco era en las edades comprendidas entre 0 y 4 años (13 casos en menores de un año, 22 casos de 1-2 años, 9 casos de 2 a 3 y 14 casos de 3 a 4 años) por lo que se amplía el proyecto a la población pediátrica menor de 4

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1143

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RÁPIDO DE GRIPE(TDRI) EN POBLACIÓN PEDIATRICA MENOR DE 3 AÑOS O CON CONDICIONES DE RIESGO PARA GRIPE COMPLICADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

años .
Sería necesario corregir el título: Utilidad del test de diagnóstico rápido de gripe en población pediátrica menor de 3 años o con condiciones de riesgo para gripe complicada en el Centro de salud de Cariñena.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1143 ===== ***

Nº de registro: 1143

Título
UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACION PEDIATRICA MENOR DE 3 AÑOS O CON CONDICIONES DE RIESGO PARA GRIPE COMPLICADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

Autores:
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA, BONA GARCIA JAIME, ORENSANZ ALAVA AFRICA, POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los periodos epidémicos de gripe la carga de la enfermedad recae sobre todo en la población menor de 14 años con una tasa de ataque que dobla a la población adulta, siendo un vector importante en la transmisión de la enfermedad.
La definición de caso de gripe propuesta por la Unión Europea es la que se detalla a continuación :
? Aparición súbita de los síntomas y
? al menos, uno de los cuatro síntomas generales siguientes: fiebre o febrícula, malestar general, cefalea, mialgia y
? al menos, uno de estos tres síntomas respiratorios: tos, dolor de garganta, disnea y
? ausencia de otra sospecha diagnóstica.
Los niños pequeños, en especial los menores de 3-5 años, tienen dificultad para expresar algunos de estos síntomas. Además, en el niño, la fase inicial de la gripe, antes de la aparición de la sintomatología respiratoria, puede presentarse como un síndrome febril sin focalidad aparente, lo cual debe plantear en el niño menor de 3 años el diagnóstico diferencial con la bacteriemia oculta. Este cuadro requeriría la realización de investigaciones suplementarias para descartar una infección bacteriana potencialmente severa.
El niño con gripe documentada presenta una baja tasa de infección bacteriana grave asociada, y en él se pueden obviar otras exploraciones complementarias. Hacer un diagnóstico etiológico preciso disminuye la tasa de reconsultas espontáneas asociadas a un proceso febril inespecífico y el riesgo de que este proceso infeccioso de origen viral acabe siendo estudiado con exploraciones complementarias poco rentables, derivado al servicio de urgencias, o siendo tratado innecesariamente con antibióticos; posibilidades que aumentan en relación directa con los días de evolución.
La posibilidad de disponer de test de diagnóstico rápido de influenza (TDRI) en pediatría permitiría un manejo más preciso de estos pacientes y una disminución del uso de antibióticos y petición de pruebas complementarias durante las épocas de elevada actividad gripal ; ya que un TDRI positivo reduce al mínimo la posibilidad de una infección bacteriana grave o que requiera antibióticos. En diversos estudios se ha documentado una disminución hasta del 70% en el uso de antibióticos cuando se dispone de un TDRI, así como una disminución de exploraciones complementarias. Respecto a la sensibilidad del TDRI en los estudios que incluyeron niños fue mejor que en población adulta. El resultado del test rápido es valioso cuando es positivo, ya que su especificidad es cercana al 100%. Su sensibilidad aumenta en la época en que la prevalencia de gripe es mayor.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general: Mejorar la precisión diagnóstica de la gripe en niños menores de 3 años.
Objetivos específicos:
1. Disminuir el uso de antibióticos en niños menores de 3 años que presenten un cuadro febril o síndrome gripal durante las semanas de actividad de la gripe.
2. Reducir la realización innecesaria de radiografías de tórax y otras exploraciones complementarias como

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1143

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RÁPIDO DE GRIPE(TDRI) EN POBLACIÓN PEDIATRICA MENOR DE 3 AÑOS O CON CONDICIONES DE RIESGO PARA GRIPE COMPLICADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

- analíticas sanguíneas o de orina.
3. Limitar las derivaciones a urgencias hospitalarias.
4. Establecer medidas de limitación de transmisibilidad en pacientes infectados.

MÉTODO

Durante las semanas 45 a 13 epidemiológicas (5 de noviembre y el 25 de marzo), época de epidemia gripal, se realizará el TDRI a los menores de 3 años con fiebre sin foco, sospecha clínica de gripe o niños con factores de riesgo de gripe complicada.
Se realizará el test cuando clínicamente se cumplan los criterios diagnósticos y además se considere que el resultado va a influir en la toma de decisiones sobre pautas diagnósticas y terapéuticas.
Un TRDI positivo disminuye mucho la probabilidad de infección bacteriana, con lo cual no sería necesario tratamiento antibiótico ni otras pruebas complementarias. En test se realizará entre las 12 y las 48h del inicio de la sintomatología y siempre en los 4-5 primeros días.; ya que antes de las 12h puede haber falsos negativos por una carga antigénica insuficiente.
Si no se confirma la gripe se controlará la evolución del paciente.

INDICADORES

- % de niños menores de 3 años con un cuadro febril o síndrome gripal en los que se realiza el TDRI.
- % de niños menores de 3 años en los que se realiza el TDRI y se obtiene un resultado positivo.
- % de utilización de antibióticos en niños menores de 3 años con TDRI positivo.
- % de utilización de pruebas complementarias en niños menores de 3 años con TDRI positivo.
- Seguimiento en niños menores de 3 años con TDRI negativo para valorar si precisan pruebas complementarias.

DURACIÓN

- Octubre: Solicitud test y sesión informativa sobre el proyecto y pautas para la utilización de TDRI en pacientes que cumplan los criterios establecidos.
- Noviembre 2019- Marzo 2019: Utilización del TDRI y registro de las variables que permitan evaluar la consecución de los objetivos planteados.
- Abril 2020: Evaluación de resultados mediante la revisión de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1300

1. TÍTULO

MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CARIÑENA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL RIOS LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CARIÑENA
· Localidad CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BONA GARCIA JAIME
GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR
NAVARRO MAS MARIA VICTORIA
ALIAGA GONZALEZ CARMELO ETITER
SARASA PIEDRAFITA DELFIN
CASBAS VELA DOMINGO
COLAS BELTRAN FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Por parte del departamento de farmacia de la dirección de AP:

- Se han monitorizado varios indicadores de utilización de antibióticos. Y se ha remitido a cada profesional sus indicadores y una comparativa con el año 2018, con el EAP, el sector y Aragón.
- Se ha facilitado material a los responsables PROA de cada centro de salud para impartir las sesiones formativas.

Por parte del responsable PROA.

- Se han impartido sesiones sobre actualización en el tratamiento de patología infecciosa respiratoria y urinaria.
- Se ha comentado a los miembros del EAP el objetivo a cumplir y el seguimiento de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con los datos de enero-noviembre disponibles a la fecha actual.

- El 100 % de profesionales del EAP han recibido información sobre indicadores de utilización de antibióticos. Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019.
- Reducción de un 15% Tasa de consumo de antibióticos de uso sistémico(J01), DHD (objetivo reducción un 2%).
- Reducción del porcentaje de DDD de fluorquinolonas de un 13.9% a un 12,2%. (Objetivo 12,1%), a pesar de la incidencia que se explica a continuación en OBSERVACIONES.
- 8 de los 9 médicos del EAP (incluyendo pediatra) han asistido a alguna de las sesiones PROA (88%), además en algunas han asistido sustitutos, residentes, MAC y personal de enfermería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La formación en el uso racional de los antibióticos es importante para concienciar a los profesionales en la importancia de un uso adecuado.
- Es importante hacer sesiones y recordatorios periódicos.
- Está pendiente para el próximo año seguir insistiendo en el uso adecuado de los antibióticos en infecciones respiratorias y urinarias, e impartir nuevas sesiones sobre infecciones de partes blandas e infecciones de transmisión sexual.
- La información periódica sobre la prescripción de antibióticos es una herramienta útil para cada profesional.

7. OBSERVACIONES.

En el cupo de CIAS 1004090109Q una paciente diagnosticada de tuberculosis multirresistente, sigue tratamiento con moxifloxacino 1c/24h desde el mes de abril, lo que supone una prescripción semanal.

Sin duda el elevado número de envases prescritos (más de 37) afecta el indicador tanto individual como del EAP, viéndose afectados los siguientes indicadores:

- 1.- Tasa de consumo de antibióticos de uso sistémico(J01), DHD
- 2.- Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total
- 5.- Consumo de fluorquinolonas respecto al total (%)

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1300 ===== ***

Nº de registro: 1300

Título
MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CARIÑENA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1300

1. TÍTULO

MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CARIÑENA

RIOS LAZARO MIGUEL, BONA GARCIA JAIME, GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR, NAVARRO MAS MARIA VICTORIA, ALIAGA GONZALEZ CARMELO ETITER, SARASA PIEDRAFITA DELFIN, CASBAS VELA DOMINGO, COLAS BELTRAN FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO

1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES

% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 19,6 (reducción de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje de DDD Fluorquinolonas. Objetivo 2019: 12,1% (reducción de 2% respecto a 2018)
Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2019/1440

1. TÍTULO

APARTADO DE URGENCIAS EN EL MANUAL DE ACOGIDA DE CARIÑENA

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MAS SANCHEZ ADORACION
MINGUEZ MARTIN CRISTINA
SANJUAN DOMINGO RAQUEL
VALERO GUILLEN PATRICIA
SAN MIGUEL ARBUES DOLORES
ALVAREZ LAGARES MERCEDES
SARASA PIEDRAFITA DELFIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El manual de acogida que entrega dirección a nuestros compañeros es un instrumento muy importante a la hora de que un nuevo miembro se integre en el centro de salud, facilitándole la organización de las consultas y centro, la localización de los distintos consultorios, números de teléfono, emails de interés, y otros datos de importancia, sin embargo nos dimos cuenta que una parte muy importante de nuestra actividad asistencial es la urgente y en nuestro manual no dedicábamos ninguna reseña a la sala de urgencias, a su distribución y equipación, información de gran utilidad para cualquier persona que vaya a desarrollar una jornada de trabajo en nuestro- centro, por lo que realizamos un ANEXO de URGENCIAS, que entregamos a las personas que se incorporaron en plantilla en nuestro centro durante este año que constaba de información con fotografías de donde se encontraba la sala de urgencias, de las áreas o distribución que hacíamos de la misma, el contenido de la misma (carro de paradas, vitrinas), organización y registro de revisiones, esta información se acompañaba de un excell con todas las tablas de los distintos materiales y fármacos según están distribuidos en la sala y para finalizar una encuesta sencilla donde preguntábamos si el material facilitado les había sido de utilidad, que lo valoraran en una escala de 1-10, y les preguntábamos si aportarían algo al mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El material se entregó al 100% de los nuevos integrantes del equipo y se obtuvo una respuesta positiva por parte de todos ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo está bastante satisfecho con el resultado del proceso, nos gustaria hacerlo extensivo a todos los miembros del equipo y si su valoración es positiva, entregarlo a dirección para que lo incorpore como anexo en el manual de acogida del centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1440 ===== ***

Nº de registro: 1440

Título
APARTADO DE URGENCIAS EN EL MANUAL DE ACOGIDA DE CARIÑENA

Autores:
ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU, MAS SANCHEZ ADORACION, MINGUEZ MARTIN CRISTINA, SANJUAN DOMINGO RAQUEL, RODRIGUEZ DIAZ VICTORIA, SAN MIGUEL ARBUES DOLORES, ALVAREZ LAGARES MERCEDES, DELFIN SARASA PIEDRAFITA

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: Toda la patología urgente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1440

1. TÍTULO

APARTADO DE URGENCIAS EN EL MANUAL DE ACOGIDA DE CARIÑENA

PROBLEMA

El manual de acogida es un instrumento muy importante a la hora de que un nuevo miembro se integre en el centro de salud, facilitándole la organización de las consultas y centro, la localización de los distintos consultorios, numeros de telefono, emails de interes, y otros datos de importancia sobretodo en los primeros dias de trabajo, sin embargo nos dimos cuenta que una parte muy importante de nuestra actividad asistencial es la urgente y en nuestro manual no dedicabamos ninguna reseña a la sala de urgencias, a su distribución y equipación, información de gran utilidad para cualquier persona que vaya a desarrollar una jornada de trabajo en nuestro centro.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar nuestro manual de acogida, añadiendo un apartado denominado de urgencias, donde se explique al nuevo integrante, la localizacion de la sala de urgencias, distribución de su material, carro de paradas y maletines de urgencia.

MÉTODO

Crear nuevo apartado de urgencias en manual de acogida con organización y material de sala de urgencias.

INDICADORES

Mediante una encuesta que se facilitara a la vez que el manual de acogida a los nuevos integrantes recogeremos información sobre si el nuevo apartado del manual ha resultado de interés y utilidad para el desarrollo de su trabajo en los primeros momentos en nuestro centro.

DURACIÓN

El año en curso.

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 REVISION 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 - 2018/0861

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 11/03/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMATS FRANCO CARMEN
BROTO CIVERA ELENA
TAPIA RUIZ MARIA
PEREZ HERNANDEZ MARIA LOYOLA
MARTINEZ FERNANDEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elegir un responsable del uso de antibióticos en el equipo (6/04/2018)
Asistencia a la jornada de presentación de IRASPROA el 13/04/2018
Difusión de la información de la jornada a los miembros del EAP
Sesión de antibióticos en el EAP (Difusión de los principios generales en AP) el 18/12/2018 con asistencia del 80% de los profesionales
Colocación de los posters sobre "Antibióticos, sólo cuando sea necesario" en las consultas
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de antibióticos
Se informa del Proyecto al Consejo de Salud de la zona

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hay un responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP
Nº reuniones sobre el buen uso de antibióticos en el EAP: 2 reuniones, una informativa sobre el grupo IRAS-PROA y el uso racional de antibióticos en AP y otra sobre protocolos de antibioterapia en ITU e infecciones respiratorias
30% de los profesionales hemos participado en formación PROA-AP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración positiva y satisfactoria de las actividades realizadas con el fin de optimizar el uso de antibióticos en el EAP. Creemos que existe un gran potencial de mejora en la prescripción de antibióticos en el EAP con respecto a los consumos de años previos en el mismo. Hemos generalizado el uso del Streptotest en las consultas de Medicina de Familia. Quedaría pendiente el contactar con el servicio de odontología con el fin de establecer un protocolo de uso adecuado de antibióticos ante intervenciones odontológicas como extracción de piezas (tomando como referente la Guía antimicrobiana de Aljarafe). Consideramos que este Proyecto debe tener una continuidad para lograr alcanzar los objetivos propuestos. Se trata de un proceso de mejora continua.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/861 ===== ***

Nº de registro: 0861

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA, BROTO CIVERA ELENA, CAMATS FRANCO CARMEN, TAPIA RUIZ MARIA, RUBIO HERNANDEZ JESUS, VILLANUEVA BAEZ ERNESTO, PEREZ HERNANDEZ MARIA LOYOLA, MARTINEZ FERNANDEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Infecciones urinarias
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: .

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0861

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública, ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.

A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la comunidad autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
- Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
- Realizar formación en el uso adecuado de los antibióticos.

MÉTODO

- Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril 2018.
- Dar a conocer los principios generales PROA.
- Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
- Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES

- Tener un responsable/ referente del uso de antibióticos en el equipo. (abril 2018)
- Difusión de los principios generales PROA en Atención Primaria. (mayo 2018)
- Indicador: Difusión del informe de consumo/ resistencias a los antimicrobianos en nuestro sector a todos los miembros del EAP. (septiembre 2018)
- Objetivo: Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
- Indicador: N° de sesiones realizadas sobre PROA
- Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
- Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo: 80 %
- FI: informe del centro de actas firmadas.

DURACIÓN

De abril de 2018 a diciembre de 2018. Es previsible su continuación en los próximos años.

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 - 2018/0906

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASSETAS

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE RUTH RUBIO CAVERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASSETAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCOS CALVO MARIA PILAR
ALIAGA GONZALEZ CARMELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- FORMACION DE PERSONAL DEL CENTRO(UN MAP Y UN MAC, DADO QUE NUESTRO CENTRO ES DE COBERTURA 24HORAS, POR LO QUE NOS PARECIO MUY INTERESANTE FORMAR A MEDICOS QUE RELIZARAN SU LABOR EN HORARIO DE 8 A 15H, PERO TAMBIEN PODER DARLE UTILIDAD A LA ECOGRAFIA EN HORARIO DE CONTINUADA Y URGENCIA) EN LA DESTREZA DE LA ECOGRAFIA MEDIANTE UN CURSO TEORICO - PRACTICO EXPEDIENTE 020007 05 1352-A ACREDITADO CON 6.3 CREDITOS.
2.- REALIZAR CURSO PRACTICO CON PACIENTES VOLUNTARIOS DEL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE A LOS QUE SE LES COMUNICO LA INICIATIVA QUE ESTABAN LLEVANDO LOS MEDICOS DE FAMILIA EN DETERMINADOS CENTROS DE SALUD, LA FINALIDAD DEL MISMO Y LOS OBJETIVOS QUE DESEABAMOS ALCANZAR.
3.- EL PLAN DE FORMACION SE LLEVO A CABO EN EL TIEMPO PREVISTO A LA ESPERA DE RECIBIR EN NUESTRO CENTRO EL APARATAJE NECESARIO PARA REALIZAR LAS ECOGRAFIAS YA QUE EN TEORIA EL SALUD SE COMPROMETIO A DOTAR A AQUELLOS CENTROS QUE FORMARAN A SU PERSONAL Y ESTUVIERAN DISPUESTOS A HACER CONSULTA DE ECOGRAFIA EN PRIMARIA.
4.- AL PERSONAL DE NUESTRO CENTRO SE LE COMUNICO QUIENES IBAN A SER LAS PERSONAS FORMADAS SE EXPLICO EN SESION MATUTINA NUESTRAS IMPRESIONES DEL CURSO, OBJETIVOS, DESCRIPCION DE LOS CONCEPTOS TRABAJADOS Y DESEO DE FORMAR A MAS DE NUESTROS COMPAÑEROS.
5.- SE ELABORO UNA AGENDA ESPECIFICA PARA LA CONSULTA DE ECOGRAFIA, Y SE CONTRATO A PERSONAL DE AUTOGESTION PARA PODER SUPLIR AL MEDICO EN LA CONSULTA DIARIA SIN QUE LA REALIZACION DE LA CONSULTA ECOGRAFICA FUERA EN DETRIMENTO DE LA PERDIDA DE CALIDAD DE SU CONSULTA HABITUAL Y POR TANTO NO REPERCUTIERA EN SUS PACIENTES.
6.- SE BUSCO UBICACION PARA EL TEORICO APARATO DE ECOGRAFIA EN LA SALA DE PREPARACION AL PARTO DONDE HABIA DISPONIBILIDAD HORARIA SEMANAL Y DONDE SE TENIA LAS CONEXIONES TELEFONICAS PRECISAS PARA PODER ACCEDER VIA INTRANET A LAS CONSULTAS MONOGRAFICAS DE OTOS CENTROS Y DISPONER DE UN ESPACIO VIRTUAL PARA COMPARTIR DUDAS DE IMAGENES Y PODER DEBATIR IMPRESIONES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- TRAS EL CURSO SE HA CONSEGUIDO INICIAR A DOS PROFESIONALES EN LA DESTREZA Y MANEJO DEL ECOGrafo, DADO QUE NO SOLO ES IMPORTANTE LA IDENTIFICACION DE ESTRUCTURAS SINO EL MANEJO DE LA BOTONERIA DE LA CONSOLA ECOGRAFICA PARA CONSEGUIR SUS MAXIMOS RESULTADOS Y MEJOR PARTIDO DE LAS IMAGENES OBTENIDAS.
2.- IDENTIFICACION DE IMAGENES ECOGRAFICAS CAUSANTES DE LAS PATOLOGIAS DE CONSULTA MAS FRECUENTES EN PRIMARIA.
3.- EL IMPACTO DEL PROYECTO SE PREVEIA IMPORTANTE YA QUE DADA LA LISTA DE ESPERA PARA ECOGRAFIA, DESDE PRIMARIA SE QUERIA DISMINUIR DICHA LISTA Y DISMINUIR EL TIEMPO DE ESPERA DE LA INQUIETUD QUE SU PATOLOGIA PODIA CAUSAR AL AFECTADO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.- LA VALORACION POR PARTE DEL EQUIPO ES MUY POSITIVA YA QUE LA FORMACION QUE SE NOS HA IMPARTIDO HA SIDO REALMENTE BUENA MUY BIEN ENFOCADA POR LOS MEDICOS DE FAMILIA Y HACIA LOS MEDICOS DE FAMILIA SIN ASUMIR FACETAS QUE SON UNICAS Y ESCLUSIVAMENTE DE LOS RADIOLOGOS QUE SON LA FIGURA DE REFERENCIA.
2.- POR CONTRA EL PROYECTO HA QUEDADO SUSPENDIDO POR EL MOMENTO DADO QUE NO SE DOTO AL CENTRO DE LA CONSOLA ECOGRAFICA NECESARIA PARA PODER LLEVAR A CABO DIHA ACTIVIDAD.
AL CENTRO DE SALUD DE CSETAS SE LE DEJO, ANTE LA INSISTENCIA DE LA COORDINADORA Y PERSONAL DEL EQUIPO DE FORMACION, UN ECOGrafo DEFICITARIO QUE NO TIENE EL MINIMO NECESARIO PARA PODER REALIZAR UN DIAGNOSTICO PRECISO YA QUE LA BOTONERIA NO FUNCIONA Y LA PANTALLA NO SIEMPRE CONSIGUE IMAGEN.
3.- EL PROYECTO SERIA PERFECTAMENTE SOSTENIBLE SI SE DOTARA AL CENTRO DEL APARATO QUE EN UN PRINCIPIO SE TENIA PREVISTO COMO ASI HAN SIDO DOTADOS OTROS MUCHOS CENTROS QUE FORMARON A SU PERSONAL.

7. OBSERVACIONES.

EL CENTRO SOLICITA AL SALUD DOTAR AL CENTRO DE SALUD DE CASSETAS CON EL APARATO ECOGRAFICO QUE EN UN PRINCIPIO SE PROMETIO PARA PODER PROSEGUIR CON EL PROYECTO YA QUE TODO EL ESTA SUPEDITADO A LA CONSECUION DEL MISMO.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/906 ===== ***

Nº de registro: 0906

Título
IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD CASSETAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0906

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASETAS

Autores:

RUBIO CAVERO RUTH, ALIAGA GONZALEZ CARMELO, MARCOS CALVO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Habilidades clínicas y diagnósticas
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

En el año 2018 se ha dotado al CS Casetas de un Ecógrafo. Se plantea una inquietud del equipo de facultativos de formarse en Ecografía, valorando esta técnica como un apoyo muy valioso a la exploración física y a la valoración y diagnóstico global del paciente en Atención Primaria.

Pensamos que adquirir esta habilidad mejorará nuestra práctica clínica y redundará en un beneficio para el manejo de nuestros pacientes.

Tenemos claro que nuestra labor en ningún momento sustituye la de los especialistas en Radiodiagnóstico que son nuestros profesionales de referencia para la derivación y solicitud de pruebas de imagen de nuestros pacientes, pero queremos que nuestra labor sea complementaria y más que sustituir la de éstos, amplíe nuestro juicio clínico en nuestro nivel asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS

-Iniciar una consulta monográfica de Ecografía en Atención Primaria e incrementar la accesibilidad a la ecografía en atención primaria.

-Formar a algunos profesionales en habilidades para el manejo de la Ecografía en AP.

MÉTODO

-Se seleccionó a dos médicos del equipo para desarrollar la consulta monográfica

-Estos profesionales asistieron a un curso de habilidades en Ecografía tanto teórico como práctico, impartido por radiólogos y por otros profesionales de AP con dilatada experiencia en este campo.

-Una vez recibido el aparato de ecografía destinado al centro, los profesionales del grupo se formarán para el manejo de este aparato.

-Se va a poner en marcha una consulta monográfica de ecografía de periodicidad quincenal, de inicio se valorarán pacientes con un estudio ecográfico reciente hecho y se compararán los hallazgos en las dos pruebas para así reforzar la habilidad exploratoria de los profesionales del equipo de mejora.

-Cuando se llegue a la destreza necesaria se podrá abrir la consulta monográfica a las derivaciones de pruebas del equipo. -Por la complejidad de esto, no se valora un cronograma concreto.

-Se realizará una sesión clínica para transmitir al centro el contenido de este proyecto de mejora, de la consulta monográfica y cuál va a ser su desarrollo.

-Se comunicará la puesta en marcha de este proyecto a la comunidad en un consejo de salud.

INDICADORES

-Agenda de Consulta Monográfica de Ecografía de periodicidad quincenal.

-En los primeros meses se realizará un estudio de concordancia interobservador repitiendo la ecografía hecha previamente por parte de un radiólogo experimentado. Se evaluará la concordancia entre radiólogo y médico de AP.

-Realización de sesión informativa al EAP.

DURACIÓN

-Selección de los profesionales interesados: febrero-marzo 2018

-Formación de los profesionales: abril 2018

-Establecimiento de agenda de Consulta Monográfica: desde verano de 2018

-Evaluación del proyecto diciembre 2018- Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0906

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASETAS

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 - 2018/0979

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP CASETAS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ANA KARIN ANDRES NILSSON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASSETAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAMATS FRANCO CARMEN
BROTO CIVERA ELENA
MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA
FLE PINILLA ISIDRO
LASHERAS LAZARO ANA
GALLEGO RODRIGO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- REUNIÓN DE EQUIPO CON PROYECTOS PRIORITARIOS DEL SECTOR 3 ZARAGOZA (ABRIL 2018)
- SOLICITUD DE PERSONAL DE APOYO DE MEDICINA Y ENFERMERÍA PARA LLEVAR A CABO LOS PROYECTOS DE CARTERA (ABRIL 2018) Y AUTO-GESTIÓN.
- SOLICITUD DE EXTRACCIÓN DE DATOS INICIALES (MAYO 2018 Y FEBRERO 2019), SIN TENER TODAVÍA RESPUESTA A DICHA SOLICITUD.
- AUTORIZACIÓN DE DICHO PERSONAL DE APOYO EN MEDICINA POR PARTE DE GERENCIA (JUNIO 2018) Y AUTO-GESTIÓN.
- PRESENTACIÓN DE PROYECTOS (JUNIO 2018)
- SESIÓN CLÍNICA del PROYECTO AL EQUIPO (JUNIO 2018) POR PARTE DE LA DRA FERRÉ EXPLICANDO DINÁMICA Y OBJETIVOS.
Aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana. Disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad. Disminuir la yatrogenia 2º al uso de fármacos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

NO PODEMOS HABLAR DE RESULTADOS ALCANZADOS PUES EL RETRASO EN LA INCORPORACIÓN DEL MEDICO DE APOYO, LA CARGA ASISTENCIAL, AUTO-GESTIÓN, BAJAS NO PREVISTAS, TRASLADOS DE GRAN PARTE DE LOS COMPONENTES DEL EAP, ASÍ COMO LA FALTA DE DATOS SOLICITADOS NOS HA DIFICULTADO EL SEGUIMIENTO DEL PROYECTO DE FORMA ADECUADA. ESTE PROYECTO SE SEGUIRÁ EN EL SIGUIENTE EJERCICIO 2019 Y LOS RESULTADOS SERÁN PRESENTADOS EN LA MEMORIA FINAL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En Aragón 8% de hombres y 5% de mujeres > 64 años sufren ERC, siendo un importante problema de salud publica por su elevada morb-imortalidad y un consumo de recursos. Estos pacientes además suelen presentar pluripatología y polifarmacia lo que incrementa el riesgo de fallo renal a consecuencia de la asociación de fármacos nefrotóxicos.
SIRVA ESTA MEMORIA PARA REIVINDICAR LA SITUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE AP. Las consultas están sobrecargadas SIN disponer de tiempo suficiente para poder atender a los pacientes complejos y tener un registro en OMI adecuado que facilite la gestión y la motivación por parte de los profesionales sanitarios .

7. OBSERVACIONES.

LA RESPONSABLE INICIAL DE ESTE PROYECTO ES LA DRA ANTONIA FERRÉ PARA QUE UNA VEZ SE ELABORE LA MEMORIA FINAL SEA INCLUIDA.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/979 ===== ***

Nº de registro: 0979

Título
ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP CASETAS

Autores:
FERRE GONZALEZ ANTONIA, CAMATS FRANCO CARMEN, BROTO CIVERA ELENA, MARTINEZ SANCHEZ ANA CRISTINA, FLE PINILLA ISIDRO, LAHOZ LAZARO ANA, GALLEGO RODRIGO CARMEN, ALIAGA GONZALEZ CARMELO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASSETAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: NEFROUROLOGICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0979

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP CASETAS

Otro tipo Objetivos: ACTUALIZACION

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La ERC es un importante problema de salud publica que afecta en sus diferentes estadios aproximadamente a un 10% (9,24%) de la población y este porcentaje aumenta hasta el 20% (20,6%) en mayores de 64 años
En Aragón 8% de hombres y 5% de mujeres > 64 años sufren ERC
La ERC supone una elevada morbimortalidad y un consumo de recursos elevado por si mismo. Éstos pacientes además suelen presentar pluripatologías y polifarmacia lo que incrementa el riesgo de fallo renal a consecuencia de la asociación de fármacos nefrotóxicos

RESULTADOS ESPERADOS

? Aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana
? Disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad
? Disminuir la iatrogenia 2º al uso de fármacos
Población diana sería en nuestro caso
? HTA,
? DM tipo 2 o ECV establecida / DM tipo 1 con más de 5 años de evolución.
? Mayores de 60 años.
? Obesos [IMC] > 35 kg/m2.
? Pacientes en tratamiento prolongado con fármacos nefrotóxicos (incluidos AINE).
? Sujetos con otros FRCV (hiperlipidemia, síndrome metabólico, fumadores).

MÉTODO

- Evaluación y seguimiento de los pacientes con ERC (control de TA, eFG, valorar albuminuria, HbA1c)
- Valorar la progresión de la ERC
- Adecuación del tratamiento farmacológico (evitar terapia triple Whammy) y sensibilizar a la población y los profesionales sobre el uso de la polifarmacia
- Formación al equipo para aumentar el conocimiento de la ERC (factores de riesgo y morbimortalidad) así como las actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes.

Se llevarán a cabo sesiones clínicas para dar a conocer el documento de consenso para la detección de la ERC.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes con Factores de Riesgo de ERC con revisión de FG en el periodo de evaluación (50%)
Porcentaje de pacientes con Factores de Riesgo de ERC con revisión de albuminuria en el periodo de evaluación (30%)
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de ERC con 3 registros de TA en el periodo de evaluación (50%)
Porcentaje de pacientes con ERC + D. Mellitus con registro de HbA1c en los últimos 6 meses (50%)
Nº de pacientes con ERC y triple terapia Whammy

Periodo de evaluación de mayo 2018 -mayo 2019 ¿???
Los datos se obtendrán de los registros de OMI

DURACIÓN

1º Trimestre formación del grupo de trabajo y diseño del proceso
2º Trimestre, despliegue del proceso y sesiones formativas
3º trimestre, monitorización y cortes de indicadores
4º Trimestre evaluación final

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 - 2018/0987

1. TÍTULO

BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ANA KARIN ANDRES NILSSON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASETAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE
PENON GIMENO ANA
ESPARZA GARCIA CARMEN
ESCRICHE NAVAS MARTA
NAVARRO ASENSIO ELENA
GARVI SOLER PAULA
TAPIA VILLALBA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto es Inter-sectorial y Comunitario.
En enero de 2018 surge la idea de realizar un blogg del EAP de Casetas a manera de información y proyecto para la comunidad en colaboración con Sector Zaragoza 1(EAP Villamayor- Dirección Sector 1)
En abril de 2018 se contacta con la responsable de dicho blogg para poner en común las ideas e iniciar el proyecto realizando un boceto inicial.
A lo largo de julio, agosto y septiembre se esboza dicho proyecto, con alguna dificultad técnica.
Se incorpora la herramienta de traductor para que la información pueda ser asimilada por personas de distinta lengua y hacer más fácil su entendimiento.
En los meses de Noviembre Diciembre y Enero se han ido aportando entradas de interés Sanitario y Social.
En Septiembre iniciamos realización de vídeo de presentación y que será colgado en fechas próximas al 28 de febrero.
Se informa de dicho blogg en construcción en el consejo de Salud de la Zona para dar información a los Ayuntamientos y en el proyecto de Salud en Red Comunitaria en el que el EAP Casetas forma parte como proyecto del Sector Zaragoza 3.
Dejamos el enlace para que se pueda consultar <https://centrodesaludcasetas.blogspot.com/>

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el momento el número de visitantes ha sido de 433.
Dado que no está completo el blogg no se ha dado opción en la actualidad a los comentarios externos.
Cuando el proyecto esté en fase más avanzada se informará de la pagina a colegios y entidades comunitarias de la zona.
Se dará por concluido el proyecto cuando consideremos la fluidez de la información apta por parte del EAP y sus colaboradores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La información en red es parte importante de comunicación a la sociedad.
Puede ser una gran herramienta para los profesionales sanitarios y los usuarios del Sistema público de Salud.
Es importante la información fiable y la posibilidad de que se entienda en diversos idiomas.
Este proyecto está en construcción y esperamos que sea una herramienta que forme parte de el buen uso del sistema sanitario y de nuestro EAP.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto esta sin concluir, a lo largo del año 2019 se ira perfeccionando y se dará concluido como proyecto, aunque el blogg siga funcionando como una herramienta mas de información de nuestro EAP Casetas.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/987 ===== ***

Nº de registro: 0987

Título
BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS

Autores:
ANDRES NILSSON ANA KARIN, IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE, PENON GIMENO ANA, ESPARZA GARCIA CARMEN, ESCRICHE MARTA, NAVARRO ELENA, GARVI SOLER PAULA, TAPIA VILLALBA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0987

1. TÍTULO

BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: comunitarias
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: comunitarios

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El uso de las nuevas tecnologías se ha convertido hoy en día en herramienta fundamental para la información. Desde el EAP de Casetas vemos la oportunidad de poner al servicio de la comunidad estas herramientas para transmitir información sanitaria fiable y de interés para los usuarios de nuestra Zona Básica de Salud (Casetas, La Joyosa, Pinseque, Sobradiel, Torres de Berrellen y Villarrapa). En el momento en que la actividad Comunitaria es clave para el buen funcionamiento del sistema Sanitario, nuestro Equipo apuesta por crear un Blog para colaborar en esta actividad.

RESULTADOS ESPERADOS
Transmitir a nuestros pacientes información básica y útil sobre servicios sanitarios, administrativos, optimización de recursos, cuidados de la salud, promoviendo la autonomía del paciente y su responsabilidad e incorporando las novedades de nuestro sistema sanitario (Salud Informa, alertas Sanitarias, actividades comunitarias)
Esperamos conseguir que nuestros usuarios utilicen esta herramienta comunitaria como complemento a la consulta sanitaria o administrativa.
Mejorar la colaboración y la confianza de la comunidad para la que trabajamos
Está dirigida a todos los usuarios, incluidos los pacientes pediátricos bajo supervisión familiar, incorporando la herramienta de traductor para que puedan acceder usuarios de distinta lengua facilitando su uso.
Este medio permite además recibir sugerencias del usuario y facilitando la posibilidad de interactuar con otros servicios al cuidado de las personas.

MÉTODO
Describir las acciones previstas para lograr los objetivos, el plan de comunicación, actividades de formación, de participación comunitaria, investigación, ... Describir los recursos previstos para cada acción (número de reuniones, trabajo de campo ... recursos materiales...). Señalar los cambios previstos en la oferta de servicios.
Contactar con compañeras de otros sectores sanitarios con experiencia en este tipo de actividades.
Contactar con Servicios Informáticos del Sector 3 y con CAU para apoyo sobre el proyecto.
Contamos con la colaboración de profesionales del EAP para llevar a cabo este objetivo.
Promocionarlo a través de carteles en las consultas y a través del Consejo de Salud. I información a los ayuntamientos
El Blog está en construcción.

INDICADORES
- Recuento de visitantes del blog.
- Número de consultas y sugerencias recibidas.
- Participación de los profesionales en la información publicada y consultas atendidas.
- Consulta a los ayuntamientos sobre su interés y el de su población en la información que se pone a su disposición y recepción de sus propuestas.
- Consulta directa a los pacientes/usuarios.
- Registro de reclamaciones.
- Encuestas de satisfacción.

DURACIÓN
ENERO DE 2018: CONSTRUCCION DEL BLOG. CONTAMOS CON PROFESIONALES DEL SECTOR 1 PARA SU INICIO.
MARZO DE 2018: FORMACIÓN DE USO Y MANTENIMIENTO.
MAYO 2018: SE ENVÍA PROYECTO.
JUNIO 2018: SE INICIA DESARROLLO CON PRESENTACIÓN AL EAP. REALIZACION DE AUDIOVISUAL.
JULIO A DICIEMBRE 2018 SE REALIZARAN LAS ACTUALIZACIONES
POSTERIORMENTE PERMANENCIA DEL BLOG EN LA RED DE MANERA CONTINUADA

OBSERVACIONES
ES UN PROYECTO INTER-SECTORIAL EN EL QUE COLABORA M^a JOSE IBAÑEZ ALGORA ADMINISTRATIVA DE DIRECCION SECTOR 1

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 - 2018/0987

1. TÍTULO

BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0987

1. TÍTULO

BLOGG CENTRO DE SALUD CASSETAS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ANA KARIN ANDRES NILSSON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASSETAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE
PENON GIMENO ANA
ESCRICHE NAVAS MARTA
NAVARRO ASENSIO ELENA
GARVI SOLER PAULA
TAPIA VILLALBA MERCEDES
RUBIO MORALES LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2019 se ha ido completando el diseño del Blogg.
Se ha informado a los profesionales del equipo de su continuidad y mantenimiento invitando a la participación.
Se ha realizado promoción a lo largo de los consejos de Salud llevados a cabo en Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre de 2019.
Se ha colgado información de interés comunitario (vacunas, paseos saludables, ...).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entradas al Blogg 2229
Ultima actualización 30 Enero 2020

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La presencia de un Blogg en un EAP sanitario hoy en día es parte importante de información a la comunidad.
Debe dar una información actualizada y veraz.
Dado que existe traductor puede llegar a usuarios de todas las nacionalidades.
Es una herramienta de educación sanitaria.
Puede llegar a miles de usuarios y dar información fiable sin estar supeditada a opiniones individuales, aunque se tramitan las opciones de mejora según opiniones de los usuarios .
Posiblemente los jóvenes hagan uso de otras técnicas mas actuales para estar informados, lo cual nos hace pensar que posiblemente nuestro blogg deba estar enlazado a otros medios de comunicación para llegar a usuarios más jóvenes.

7. OBSERVACIONES.

Aunque damos finalizado el proyecto, seguiremos actualizando el blogg de forma continua.
Es un proyecto inter-sectorial con la colaboración de profesionales de otro sector que nos ayuda al mantenimiento y mejora en el formato.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/987 ===== ***

Nº de registro: 0987

Título
BLOG CENTRO DE SALUD CASSETAS

Autores:
ANDRES NILSSON ANA KARIN, IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE, PENON GIMENO ANA, ESPARZA GARCIA CARMEN, ESCRICHE MARTA, NAVARRO ELENA, GARVI SOLER PAULA, TAPIA VILLALBA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASSETAS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0987

1. TÍTULO

BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS

PROBLEMA

El uso de las nuevas tecnologías se ha convertido hoy en día en herramienta fundamental para la información. Desde el EAP de Casetas vemos la oportunidad de poner al servicio de la comunidad estas herramientas para transmitir información sanitaria fiable y de interés para los usuarios de nuestra Zona Básica de Salud (Casetas, La Joyosa, Pinseque, Sobradiel, Torres de Berrellen y Villarrapa). En el momento en que la actividad Comunitaria es clave para el buen funcionamiento del sistema Sanitario, nuestro Equipo apuesta por crear un Blog para colaborar en esta actividad.

RESULTADOS ESPERADOS

Transmitir a nuestros pacientes información básica y útil sobre servicios sanitarios, administrativos, optimización de recursos, cuidados de la salud, promoviendo la autonomía del paciente y su responsabilidad e incorporando las novedades de nuestro sistema sanitario (Salud Informa, alertas Sanitarias, actividades comunitarias)
Esperamos conseguir que nuestros usuarios utilicen esta herramienta comunitaria como complemento a la consulta sanitaria o administrativa.
Mejorar la colaboración y la confianza de la comunidad para la que trabajamos
Está dirigida a todos los usuarios, incluidos los pacientes pediátricos bajo supervisión familiar, incorporando la herramienta de traductor para que puedan acceder usuarios de distinta lengua facilitando su uso.
Este medio permite además recibir sugerencias del usuario y facilitando la posibilidad de interactuar con otros servicios al cuidado de las personas.

MÉTODO

Describir las acciones previstas para lograr los objetivos, el plan de comunicación, actividades de formación, de participación comunitaria, investigación, ... Describir los recursos previstos para cada acción (número de reuniones, trabajo de campo ... recursos materiales...). Señalar los cambios previstos en la oferta de servicios.

Contactar con compañeras de otros sectores sanitarios con experiencia en este tipo de actividades.

Contactar con Servicios Informáticos del Sector 3 y con CAU para apoyo sobre el proyecto.

Contamos con la colaboración de profesionales del EAP para llevar a cabo este objetivo.

Promocionarlo a través de carteles en las consultas y a través del Consejo de Salud. I

información a los ayuntamientos

El Blog está en construcción.

INDICADORES

- Recuento de visitantes del blog.
- Número de consultas y sugerencias recibidas.
- Participación de los profesionales en la información publicada y consultas atendidas.
- Consulta a los ayuntamientos sobre su interés y el de su población en la información que se pone a su disposición y recepción de sus propuestas.
- Consulta directa a los pacientes/usuarios.
- Registro de reclamaciones.
- Encuestas de satisfacción.

DURACIÓN

ENERO DE 2018: CONSTRUCCION DEL BLOG. CONTAMOS CON PROFESIONALES DEL SECTOR 1 PARA SU INICIO.

MARZO DE 2018: FORMACIÓN DE USO Y MANTENIMIENTO.

MAYO 2018: SE ENVÍA PROYECTO.

JUNIO 2018: SE INICIA DESARROLLO CON PRESENTACIÓN AL EAP. REALIZACION DE AUDIOVISUAL.

JULIO A DICIEMBRE 2018 SE REALIZARAN LAS ACTUALIZACIONES

POSTERIORMENTE PERMANENCIA DEL BLOG EN LA RED DE MANERA CONTINUADA

OBSERVACIONES

ES UN PROYECTO INTER-SECTORIAL EN EL QUE COLABORA M^a JOSE IBAÑEZ ALGORA ADMINISTRATIVA DE DIRECCION SECTOR 1

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 - 2018/0988

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASSETAS

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MARCOS CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASSETAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIL SOLDEVILA SUSANA
JIMENO MONZON ANA
JULVE VILLUENDAS ISABEL
NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES
PEREZ RUIZ MARIA ROSARIO
RUIZ GARCES JORGE
RUBIO CAVERO RUTH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A finales de 2017 se realizó una obra para adecuar el ala izquierda del centro de salud para reunir allí las consultas destinadas a la atención urgente y continuada. Tras la obra queda una consulta para urgencia vital, donde está el carro de paradas y el material necesario para la atención a la urgencia centralizado. En esa sala se sitúa el enfermero de guardia en horario de urgencias. Dos consultas similares para ambos médicos de guardia, con el material necesario para el pase de consulta. Todas las salas están comunicadas entre sí. Hay un pequeño cuarto que se destina a aerosolterapia (adjunto al cuarto de vitales y de enfermería). Se habilitó un aseo para el público. Se habilitó la sala de espera con asientos suficientes. Con esta nueva distribución se limitaba el flujo de pacientes a esta área durante el horario de urgencias y se cierra el acceso al resto del centro de salud, que antes quedaba abierto y sin vigilancia durante todo el horario de atención continuada.

A la vez que se hizo el cambio del área de urgencias se aprovechó para revisar los listados de ISO de carro de paradas y de maletines de coche. En el Salud Aragón no hay disponible un listado unificado de carro de paradas ni de maletín, aunque hay en marcha grupos de trabajo en esta línea. Antes de revisar esto, vimos protocolos de otras comunidades autónomas y también los listados que hay disponibles en la ISO de otros centros de salud, de este proceso conseguimos valorar la parte de los materiales que nos parecía adecuada y detectar alguna carencia en la que no habíamos reparado.

Se trabajó en equipo médicos y enfermería del centro de salud para mejorar la distribución y material necesarios en cada una de las consultas, con el objetivo de que el área de urgencias tuviera el material necesario para el trabajo en las guardias y la necesidad de ir al almacén central (en la otra parte del centro de salud) fuera sólo ocasional. Se retiraron materiales y fármacos duplicados así como los que no eran de uso en la consulta de urgencias. Se pidió material extra que no estaba disponible previamente. Se han instalado gavetas y puesto 2 mesas a modo de bancada en la sala principal de urgencias para permitir el trabajo más cómodo y rápido del personal. En las gavetas se ha tipificado cada fármaco tanto con el principio activo como con el nombre comercial y con el nº de unidades recomendadas(stock).

Hasta este año, 2-3 personas se encargaban de la revisión del contenido y caducidades del carro maletín y sala de urgencias. En los últimos meses se ha puesto en marcha una rueda donde se implica por parejas a todos los médicos y enfermeros del centro. Se insiste mucho al personal del centro que cuando algo se use, especialmente del maletín de urgencias y del carro de paradas se reponga y que no se coja de esta sala material para reponer el maletín personal, así como no se dejen cosas cercanas a caducar, porque se rompe el control de caducidades.

Se han realizado sesiones de actualización en RCP para todos los profesionales. En la sala de urgencias si han puesto algoritmos de RCP, RCP pediátrica y SCACEST.

En contexto de cambio de coche por el problema de haber sufrido un accidente de tráfico con el anterior, se revisó material que había en el coche fuera del maletín, para optimizar este contenido.

De manera informal varias enfermeras del servicio de urgencias realizan un triaje a la llegada de los pacientes, especialmente cuando la demora para la atención médica es elevada por ser momentos de mucha demanda (invierno, festivos, final de mañanas y tardes), este triaje informal, (preguntan motivo de consulta y datos claves para valorar gravedad) permite que enfermería informe al médico si algun paciente debe ser valorado antes o bien debe ser de atención inmediata.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Cambio de área de urgencias, con actividad desde otoño 2018.
- Organización del área de urgencias, optimización de almacenaje y orden del material en gavetas.
- Revisión de listados ISO de carro de paradas y de maletín de urgencias.
- Formación del personal en rcp mediante sesión clínica.
- Implicación de todo el equipo en la revisión de contenido y caducidades del carro de paradas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A partir de la oportunidad que supuso la posibilidad de hacer obras en el centro de salud, se ha revisado el proceso de atención a la urgencia, que es uno de los principales del centro, que al ser rural está abierto 24 horas todos los días del año. Al implicar en el mismo a gran parte del personal y en los procesos de revisión a todos, se ha mejorado el conocimiento del material y se ha tomado parte activa en el proceso de toma de decisiones, lo que contribuye a la implicación y responsabilidad de todos en la atención a la urgencia.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0988

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS

Hubo retrasos en la puesta en marcha del nuevo área de urgencias por falta de material.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/988 ===== ***

Nº de registro: 0988

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS

Autores:
MARCOS CALVO MARIA PILAR, GIL SOLDEVILA SUSANA, JIMENO MONZON ANA, JULVE VILLUENDAS ISABEL, NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES, PEREZ RUIZ MARIA ROSARIO, RUIZ GARCES JORGE, RUBIO CAVERO RUTH

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: Urgencias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención a la urgencia es un punto sensible de la cartera de servicios de un EAP. Razones: Variabilidad en los criterios de atención urgente, diferencias profesionales en formación e implicación, inadecuada organización y mantenimiento de la sala de urgencias y maletines, inadecuado uso por parte de la población del CS en horario de AC.

RESULTADOS ESPERADOS
Recientemente se ha realizado una obra para adecuar el área de urgencias para la atención a los pacientes en urgencias. Por esta situación se plantea en el CS la necesidad de revisar y optimizar el proceso de atención al paciente urgente que ya se venía realizando en unas condiciones muy adecuadas por el trabajo de años anteriores. Este proceso es uno de los principales del centro, ya que al ser rural el horario de atención continuada es de 15 horas los lectivos y las 24 horas los festivos. El CS es referente de resolución de la atención urgente para la población, que confía en el equipo, y esto se refleja en la alta frecuentación y uso del horario de atención continuada. Somos conscientes de que se debe trabajar en la educación sanitaria de la población para no sobrecargar el servicio y optimizar la atención a los casos más críticos, urgentes o a los pacientes más frágiles. Objetivos: Revisar el procedimiento ya existente (Documento ISO) con los contenidos básicos del carro de paradas y maletines y material del coche de avisos y su revisión. Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada con el resto de los centros de Salud. Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP. Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional responsable de la atención urgente tanto dentro del Centro, como en un aviso domiciliario. Conseguir mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención.

MÉTODO
Revisar el protocolo ya consensuado y establecido de contenido y revisiones del carro de parada y maletín de urgencias y coche de urgencias (documento ISO). Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente. Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente. Revisar protocolos de atención a la patología más prevalente en urgencias, tanto en población adulta como pediátrica. Revisar información escrita para entregar al paciente. Realizar sesión clínica para comunicar evolución del plan de mejora al EAP. Reducir demanda urgente inadecuada, para ello: Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/urgencias extrahospitalarias. Establecer un sistema de triaje para determinar el grado de urgencia y contribuir a resolver la demanda. Revisión uso correcto de test rápidos de diagnóstico: estreptotest, combur test. Revisar estadísticas de uso de urgencias: número de pacientes, fechas, horarios, pacientes críticos y/o difíciles, para valorar adecuación del personal en cada guardia. Revisión mediante gestión de incidencias ISO de situaciones de violencia o riesgo para el sanitario como indicador crítico. Redactar un apartado dentro del Manual de Acogida ISO del Centro de Salud, para que con su lectura pueda conocerse la actividad en el área de urgencias.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0988

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS

Creación de un documento en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente. (fuente de información (FI) existencia del documento)Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no Objetivo: Existencia de dicho documento.Indicador: Porcentaje de profesionales concededores del mismo.Objetivo: Superior al 80%.FI: informe del centro y/o visita al EAP.Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP.Objetivo 80%FI: informe del centro actas firmadas.Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector.Objetivo 80% .FI: informe del centro actas firmadas-Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines (documentos ISO) Objetivo 80% FI: informe del centro y/o visita al EAP.Realización de material informativo par la población con las indicaciones de uso adecuado de la atención continuada/urgente. FI: Memoria actividades Centro de Salud.Detección de Incidentes críticos en la atención continuada y urgente. FI: Documento Registro Incidencias ISO.Realización apartado Manual de Acogida, atención continuada/urgente.FI: Manual de Acogida ISO.

DURACIÓN

De mayo a diciembre de 2018. Se prevé continuar hasta el total desarrollo del proyecto.

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 - 2018/0990

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN EAP CASETAS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ANA KARIN ANDRES NILSSON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASETAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VEREAU MARTINEZ MYRNA CELESTE
MARCOS CALVO MARIA PILAR
GARVI SOLER PAULA
MARTIN RICO MARIA ANGELES
NAVARRO SUBSIERRA MARIA LUISA
GARCIA SACRAMENTO CRISTINA
GONZALO TOLA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

EN ABRIL DE 2018 SE REALIZA REUNIÓN DE EQUIPO CON PROYECTOS DE CARTERA DE SERVICIOS.
SE DECIDE APROBACIÓN DE PROYECTOS DADA LA POSIBILIDAD DE PERSONAL DE APOYO PARA CUMPLIR OBJETIVO DE CARTERA, EL CUAL NO SE INCORPORA HASTA MEDIADOS DE SEPTIEMBRE.
EN ENFERMERÍA, PARTE IMPORTANTE PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS, DICHO PERSONAL ES DENEGADO.
A LO LAGO DEL VERANO, ÉPOCA DE MENOR CARGA ASISTENCIAL EN TEORÍA, NOS VEMOS OBLIGADOS A REALIZAR SUSTITUCIONES POR FALTA DE PERSONAL SANITARIO.
SE INFORMA EN CONSEJO DE SALUD DE DICHO PROYECTO
SE INICIA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRI PAL CON INCLUSIÓN DE PERSONAS DE RIESGO
RECIBIMOS LISTADO DE ENFERMOS CON IC QUE ES ENTREGADO A LOS MAP.
HASTA MEDIADOS DE SEPTIEMBRE NO CONSEGUIMOS DICHO PERSONAL DE APOYO EN MEDICINA Y DADA LA FALTA DE PERSONAL DE SUSTITUCIÓN, DEBE REALIZAR UN PAPEL DE SUSTITUCIÓN MÁS QUE DE APOYO A CARTERA.
EN ENERO DE 2019 PODEMOS COMENZAR CON DICHO PROYECTO POR PARTE DE LOS MÉDICOS DEL EQUIPO.
EN FEBRERO DE 2019 SE REALIZA REUNIÓN DE EAP PARA EXPLICAR PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ACTUACIÓN PARA POTENCIAR LOS CUIDADOS Y ADECUAR EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
A LO LARGO DEL MES DE FEBRERO SE PUEDE EMPEZAR A DESCARGAR A LOS MAP DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL PARA PONER CONTINUIDAD AL PROYECTO SECTORIAL DE I.C.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

IMPLEMENTACIÓN DE GUIAS CLÍNICAS: SESIÓN DE EQUIPO
FORMACIÓN: SESION DE EQUIPO
VACUNACION A PERSONAS DE RIESGO
PENDIENTES DE DATOS ESTADÍSTICOS SACADOS DE OMI AP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL PROYECTO SE CONSIDERA EN DESARROLLO
LA GRAN CARGA ASISTENCIAL DEL MAP NECESITA DE TIEMPO PARA DAR UNA ASISTENCIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y POLIMEDICADO QUE NO SE CONSIGUE EN LA CONSULTA DÍA A DÍA.
SE NECESITAN MAS RECURSOS HUMANOS Y ACCESIBILIDAD A FORMACIÓN E INTERRELACIÓN CON ESPECIALISTAS.

7. OBSERVACIONES.

NO HEMOS CONSEGUIDO CONTACTAR CON CARDIOLOGO DE REFERENCIA.
DADO EL CAMBIO DE PROFESIONALES EN NUESTRO EAP QUIEN ENVÍA EL RESUMEN DEL PROYECTO, NO ES LA PROFESIONAL INICIALMENTE ENCARGADA. POR LO QUE MÁS ADELANTE MANDAREMOS OTRO PROFESIONAL RESPONSABLE SIN EXCLUIR AL RESTO DE LOS PARTICIPANTES

*** ===== Resumen del proyecto 2018/990 ===== ***

Nº de registro: 0990

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS CASETAS

Autores:
VEREAU MARTINEZ MYRNA CELESTE, ANDRES NILSSON ANA KARIN, MARCOS CALVO MARIA PILAR, GARVI SOLER PAULA, MARTIN RICO MARIA ANGELES, NAVARRO SUBSIERRA MARIA LUISA, GARCIA SACRAMENTO CRISTINA, GONZALO TOLA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0990

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN EAP CASETAS

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC.

La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregan en el proceso. Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutiveidad de la AP en la atención de la IC. Actividad: somos capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a, la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO

1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2. Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
3. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
4. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.

INDICADORES

1. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente N° Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
2. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócica respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
3. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
4. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: N° de pacientes polimedcados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
5. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN

- Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
 2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados /Comunitaria: mayo-noviembre 2018
 3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
 4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018
 5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018
 6. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0990

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN EAP CASETAS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0990

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS CASSETAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE PAULA HERRERO SOLSONA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASSETAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA
MARCOS CALVO MARIA PILAR
PALLAS COTS BLANCA
MARZAL CALVO DOLORES
MARTIN RICO MARIA DOLORES
LOPEZ DIAZ CAMINO
RUBIO HERNANDEZ JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 se han realizado diversas actividades encaminadas a mejorar la asistencia a los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC en adelante) en Atención Primaria. Se han impartido varias sesiones clínicas en las que se han revisado las guías de práctica clínica de referencia en IC para lo que hemos contado con especialistas tanto en Atención Primaria como Especializada. Como consecuencia de este contacto entre Atención Primaria y especializada se ha formado un grupo de trabajo para elaborar un protocolo/ruta asistencial para el diagnóstico, tratamiento y manejo del paciente con IC. Además se han hecho revisiones de la medicación pautada en los pacientes con diagnóstico codificado en OMI de IC, con el objetivo de adecuar el tratamiento a la situación clínica y funcional, disminuir la polimedicación y favorecer la desprescripción de fármacos a evitar (AINES, corticoides, calcioantagonistas, etc). Enfermería se ha encargado de la revisión de la vacunación antigripal y antineumocócica y se ha revisado el plan de cuidados (control de peso, perímetro abdominal y presión arterial)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejora en el manejo del paciente con IC en Atención Primaria. El objetivo inicial era evaluar la mejora en los indicadores con datos obtenidos en OMI-AP pero debido a la alta presión asistencial y el problema de personal en el CS durante los últimos meses del año ha sido imposible realizar la comprobación de esta mejora en los indicadores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto en nuestro centro de salud va darse por finalizado pero el trabajo que se ha realizado va a continuar con el proyecto de protocolo de actuación en colaboración con cardiología

7. OBSERVACIONES.

Los componentes del equipo se han modificado según organización del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/990 ===== ***

Nº de registro: 0990

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS CASSETAS

Autores:
VEREAU MARTINEZ MYRNA CELESTE, ANDRES NILSSON ANA KARIN, MARCOS CALVO MARIA PILAR, GARVI SOLER PAULA, MARTIN RICO MARIA ANGELES, NAVARRO SUBSIERRA MARIA LUISA, GARCIA SACRAMENTO CRISTINA, GONZALO TOLA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASSETAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0990

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS CASETAS

Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.

La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso. Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutiveidad de la AP en la atención de la IC. Actividad: somos capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO

1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2. Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
3. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
4. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.

INDICADORES

1. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente N° Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
2. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócica respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
3. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
4. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: N° de pacientes polimedcados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
5. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN

Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados /Comunitaria: mayo-noviembre 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1067

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CASETAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROYO CHOPO YOLANDA
CAMATS FRANCO CARMEN
HERRERO SOLSONA PAULA
AZNAR ARRIBAS MARIA LUISA
PALLAS COTS BLANCA
FERRER CASAUS ALBERTO
PEREZ RUIZ ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se halla la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria y Optimización del uso de Antibióticos (IRASPROA).

El pasado año se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se logró la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso óptimo de antimicrobianos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.

En el EAP de Casetas y dentro del Proyecto que nos ocupa, nos planteamos como objetivos del mismo:

- Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales del EAP, realizando formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.
- Monitorizar dos indicadores de utilización de antibióticos: DHD antibióticos totales y porcentaje de DDD Fluoroquinolonas con un objetivo de reducción en el consumo de ambos indicadores de un 2% en 2019 con respecto a 2018.

Se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Asistencia del responsable de antibióticos del EAP a las sesiones formativas o reuniones convocadas desde el grupo PROA AP Sector III. En ellas se ha recibido formación específica a cerca de las infecciones más prevalentes en atención primaria y sus tratamientos antibióticos más adecuados con las pautas recomendadas por la guía IRASPROA. Y ello siguiendo el calendario previsto:

- 1ª sesión: 14 de marzo de 2019 : infecciones respiratorias
- 2ª sesión: 13 de junio 2019 : infecciones urinarias
- 3ª sesión: 1 de octubre 2019: informes de antibióticos y monitorización de indicadores.

La sesión sobre infecciones cutáneas no se ha realizado ya que aun no se ha actualizado el capítulo correspondiente de la Guía Autonómica de uso de antimicrobianos en Atención Primaria.

2. Divulgación por parte del responsable de antibióticos al resto de profesionales del EAP de todo lo anteriormente aprendido mediante dos sesiones formativas:

- Infecciones respiratorias (17 mayo 2019)
- Infecciones urinarias (15 octubre 2019)

Se ha transmitido a todos los profesionales del EAP, la importancia de consultar la guía IRASPROA de recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en el paciente ambulatorio.

Se ha intentado permanentemente concienciar a la población atendida, de llevar a cabo un uso óptimo de los antibióticos por parte de todos.

3. Monitorización de indicadores de utilización de antibióticos, de acuerdo al calendario previsto:

- Marzo: presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los equipos
- Marzo-diciembre: sesiones formativas sobre uso adecuado de antibióticos

- Junio-septiembre-diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de Informes a cada profesional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a los objetivos a alcanzar del Proyecto de 2019, según el Informe de utilización de antibióticos proporcionado por el servicio de Farmacia, correspondiente al periodo de enero a diciembre de 2019, se ha logrado una reducción en las DHD antibióticos totales igual a un 12 % con respecto al mismo periodo acumulado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1067

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CASETAS

de 2018.
Dicho resultado supera notablemente al standard marcado (objetivo: reducción del 2 % en 2019 respecto a 2018). Así mismo, se ha conseguido una reducción en el porcentaje de DDD Fluoroquinolonas del 21.4 % en el periodo de enero a diciembre de 2019 con respecto al mismo periodo de 2018.
Dicho resultado supera enormemente al standard marcado (objetivo: reducción del 2% en 2019 respecto a 2018). Hemos conseguido que el porcentaje de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos sea muy elevado, alcanzando prácticamente a todos ellos. También hemos logrado que el porcentaje de profesionales del EAP que ha asistido a las sesiones formativas sobre uso de antibióticos sea superior al 80 %.
El impacto del Proyecto ha sido muy positivo y motivador en todos los integrantes del EAP de Casetas, logrando mejorar la mayoría de los indicadores de utilización de antibióticos como así muestran los Informes de consumo de antibióticos proporcionados por el servicio de Farmacia de Atención Primaria Sector III a lo largo de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todas las estrategias que se puedan llevar a cabo para el uso racional de antibióticos se han mostrado efectivas para mejorar la adecuación de su utilización.
Los antibióticos deben ser considerados un bien común y, por tanto, su uso óptimo es una responsabilidad compartida de profesionales sanitarios, instituciones sanitarias y usuarios del sistema sanitario.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1067 ===== ***

Nº de registro: 1067

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CASETAS

Autores:
MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA, ROYO CHOPO YOLANDA, CAMATS FRANCO CARMEN, HERRERO SOLSONA PAULA, AZNAR ARRIBAS MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1067

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CASETAS

1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 21,0 (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de DDD Fluorquinolonas. Objetivo 2019: 9,4% (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1243

1. TÍTULO

CIRUGIA MENOR EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ALBERTO FERRER CASAUS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASSETAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENO MONZON ANA ISABEL
NAVARRO SUBSIERRA MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE REALIZAN 2 SESIONES CLINICAS POR PARTE DE LA DOCTORA JIMENO Y EL DOCTOR FERRER PARA IMPLANTACION DEL PROYECTO. SE TRANSMITE A PERSONAL SANITARIO DEL CENTRO EL FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA, SE EXPLICA QUE LESIONES O PATOLOGIAS SON SUBSIDIARIAS DE TRATAMIENTO POR CIRUGIA MENOR Y QUE TECNICAS SE VAN A UTILIZAR. SE SOLICITA UNA VALORACION PREVIA DE CADA PACIENTE POR SU MEDICO CORRESPONDIENTE PARA ASEGURAR QUE NO EXISTE CONTRAINDICACION PARA LAS TECNICAS QUE SE VAN A UTILIZAR. SE HABILITA UNA AGENDA MENSUAL QUE GESTIONA EL EQUIPO DE ADMISION Y QUE ESTA PREPARADA CON DOS MESES DE ANTELACION.

UNA VEZ TRATADO EL PACIENTE SE REMITE A SU ENFERMERO PARA REVISION Y CUANDO LA PATOLOGIA LO REQUIERA SE ENVIA MUESTRA A ANATOMIA PATOLOGICA HCU PARA ESTUDIO Y SE REMITE AL PACIENTE A SU MEDICO DE FAMILIA PARA RESULTADO. LA CONSULTA HA PERMANECIDO ABIERTA UN DIA AL MES EN HORARIO DE 8:00 A 15:00 CON UNA AGENDA DE MEDIA HORA POR PACIENTE.

EN DICHA CONSULTA, PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TRAS APLICACION DE ANESTESICO LOCAL (MEPIVACAINA, LIDOCAINA), SE HAN REALIZADO TECNICAS DE CIRUGIA CON BISTURI, BISTURI ELECTRICO, CRIOCIRUGIA, ESCISION CON PUNCH, EXERESIS LESION CON INCISION Y ESCISION DE UNA ENCARNADA. EL MANEJO DE BISTURI ELECTRICO INCLUYE ELECTRODISECCION CON ASA DE DIATERMIA Y ELECTROCOAGULACION CON PUNTA ROMA. EN LAS PATOLOGIAS QUE ASI LO REQUERIAN SE HA REALIZADO POSTERIOR SUTURA SUPERFICIAL CON SEDA Y SUTURA TEJIDO SUBCUTANEO CON SEDA REABSORBIBLE. LAS LESIONES HAN INCLUIDO QUERATOSIS SEBORREICA, VERRUGA VULGAR Y PLANTAR, MOLLUSCUM CONTAGIOSUM, ANGIOMA, NEVUS, LIPOMA, FIBROMA PENDULO, UNA ENCARNADA, QUISTE EPIDERMICO Y QUISTE TRIQUELIMAL.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. AGENDA COMPLETA CADA MES Y LOS DOS MESES SIGUIENTES.
2. ATENDIDOS NOVENTA Y DOS PACIENTES A LO LARGO DEL AÑO.
3. COMO LESIONES MAS FRECUENTES EN DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DESTACAN FIBROMA PENDULO 38 Y VERRUGA VULGAR 28. ADEMAS DE LIPOMA 10, NEVUS 8, QUERATOSIS SEBORREICA 6 Y UNA ENCARNADA 2.
4. CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL CIRCUITO PARA ENVIO DE MUESTRAS SOSPECHOSAS A ANATOMIA PATOLOGICA.
5. CORRECTA REVISION DE SUTURAS Y DEMAS TECNICAS TRAS LA MANIPULACION CON UN PORCENTAJE DE COMPLICACIONES (INFECCION, DEHISCENCIA, REINTERVENCION) INFERIOR AL 1%.
6. LESIONES DERIVADAS PARA ESTUDIO AP: NEVUS Y LIPOMA
7. ALTA COLABORACION POR PARTE DE COMPAÑEROS DEL CENTRO DE SALUD PARA EL ENVIO DE PACIENTES A LA CONSULTA Y ALTO GRADO DE SATISFACCION SEGUN ENCUESTA A LOS PACIENTES.
8. CORRECTA COLABORACION POR PARTE DEL EQUIPO DE ADMISION PARA LA GESTION DE LAS AGENDAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL EQUIPO DE CIRUGIA MENOR HA DEMOSTRADO UNA GRAN PROFESIONALIDAD E INTERES POR EL DESARROLLO DE ESTE PROYECTO. CABE DESTACAR EL ALTO GRADO DE SATISFACCION POR PARTE DE LA POBLACION Y COMPAÑEROS DEL CENTRO DE SALUD DADAS LAS CIRCUNSTANCIAS ACTUALES. LA CIRUGIA MENOR EN CASSETAS ESTA RESULTANDO UN PROYECTO QUE AGILIZA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DE DETERMINADAS PATOLOGIAS DERMATOLOGICAS QUE TARDAN EN SER VALORADAS POR EL ESPECIALISTA DADAS LAS LISTAS DE ESPERA, ADEMAS DE LA COMODIDAD DEL PACIENTE AL NO TENER QUE TRASLADARSE A SU CENTRO DE ESPECIALIDADES CORRESPONDIENTE. EN LA ACTUALIDAD, COMO YA SE HA INDICADO ANTERIORMENTE, EL PROYECTO PRESENTA UNA LISTA DE ESPERA DE DOS MESES POR LO QUE QUEDA PENDIENTE VALORAR UNA MEJORA QUE SERIA AUMENTAR A DOS DIAS AL MES LA CONSULTA DE CIRUGIA ASEGURANDO LA COBERTURA DE LA CONSULTA QUE DEJAN LOS PROFESIONALES ESE DIA PARA REALIZAR EL PROYECTO DE CIRUGIA. EL EQUIPO DE CIRUGIA CONTINUA EN SU LABOR DE MEJORA DE TECNICAS Y APRENDIZAJE CON EL FIN DE INCLUIR NUEVAS PRESTACIONES EN ESTE PROYECTO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1243 ===== ***

Nº de registro: 1243

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1243

1. TÍTULO

CIRUGIA MENOR EN ATENCION PRIMARIA

Título
CIRUGIA MENOR EN EAP CASETAS

Autores:
FERRER CASASUS ALBERTO, JIMENO MONZON ANA, NAVARRO SUBSIERRA MARISA, RUIZ GARCES JORGE, TAPIA VILLALBA MERCEDES, GARCIA MONTAÑES BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- EN NUESTRO EAP, CADA PROFESIONAL, ACTUABA SEGÚN AGENDA O MAESTRÍA EN CIRUGÍA MENOR SIN QUEDAR REFLEJADO EN SU ACTIVIDAD PROGRAMADA.
-RESTAN TIEMPO EN LA ACTIVIDAD ORDINARIA DE MAP Y DUE DE ATENCIÓN PRIMARIA NO RECONOCIDOS Y DISMINUYEN LA PRESIÓN ASISTENCIAL EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.
-SE DECIDE CREAR UNA AGENDA PARA DICHOS PROCEDIMIENTOS (QUE YA SE HACÍAN) A CARGO DE VARIOS RESPONSABLES DEL EAP CON LA FINALIDAD DE QUE SE RECONOZCA LA ACTIVIDAD REALIZADA Y LA REPERCUSIÓN QUE LLEVA EN DISMINUIR LA PRESIÓN EN ESPECIALIZADA.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- OPTIMIZAR AGENDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA (MAP Y DUE).
2.- CONSULTA MONOGRÁFICA EN CIRUGÍA MENOR PARA PACIENTES QUE PUEDEN SER TRATADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE MANERA PROGRAMADA (ADMINISTRATIVOS) Y CON UN EQUIPO FORMADO (MAP, MAC, EAP Y EAC) Y CON MATERIAL NECESARIO (TCAE)
3.- DISMINUIR AGENDA DE ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA MENOR, DE PATOLOGÍAS QUE PUEDEN SER TRATADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. SEGÚN CARTERA PROPUESTA EN EL EAP DE CASETAS
4.- FORMACIÓN CONTINUADA A LOS PROFESIONALES A CARGO DE LA ADMINISTRACIÓN.
5.- PERSONAL DE APOYO (MAC Y EAC) PARA LLEVAR A CABO DICHO PROYECTO.
6.- MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SITUACIONES QUIRÚRGICAS ABORDABLES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

MÉTODO
ES UNA ACTIVIDAD QUE SE VENÍA REALIZANDO EN EL EAP DE MANERA HABITUAL SIN PROGRAMA Y SIN REGISTRO.
A LO LARGO DE 2018 SE HA PROPUESTO COMO PROYECTO EN REUNIONES DE EAP.
LOS PARTICIPANTES EN ESTE PROYECTO, SE HAN FORMADO A LO LARGO DE 2018 DE FORMA ALTRUISTA, ESTÁN FORMADOS O HAN RECIBIDO FORMACIÓN EN CIRUGÍA MENOR.
EN FEBRERO DE 2019 SE HACE REUNIÓN DE EQUIPO (DR ALBERTO FERRER) CON INFORMACIÓN DE CARTERA DE SERVICIOS, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y HOJA DE DERIVACIÓN.
RESPONSABLE DEL PROYECTO (ALBERTO FERRER (MAP). PARTICIPANTES DEL PROYECTO ANA JIMENO (MAC), MARISA NAVARRO (DUE), JORGE RUIZ (EAC), MERCHE TAPIA (TCAE).
TODOS LOS PROFESIONALES EN EL PROYECTO DISPONEN DE FORMACIÓN NECESARIA (SIEMPRE HACE FALTA FORMACIÓN CONTINUADA)
SE CONCRETA SERVICIO (LUGAR PARA LA ACTIVIDAD, MATERIAL NECESARIO.....)
SE INICIA ACTIVIDAD EN MARZO 2019
SE GENERA AGENDA ULTIMO VIERNES DE MES A LO LARGO DE 2019.
SE REALIZARAN REUNIONES DE EQUIPO TRIMESTRALMENTE PARA INFORMAR DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

INDICADORES
NUMERO DE DIAS AL AÑO QUE ESTA ABIERTA LA AGENDA DE CIRUGIA MENOR EN EL AEP CASETAS DE MARZO 2019- 2019 A DICIEMBRE 2019
NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS CADA DÍA EN AGENDA DE CIRUGÍA MENOR EN EAP CASETAS DE MARZO 2019 - 2019 A DICIEMBRE 2019
NUMERO DE PACIENTES QUE SE REALIZA CIRUGÍA MENOR EN AGENDA PROGRAMADA DE MAP DE MARZO 2019- 2019 A DICIEMBRE 2019.
NUMERO DE PACIENTES QUE SE REALIZA CIRUGÍA MENOR EN AGENDA PROGRAMADA DE EAP DE MARZO 2019- 2019 A DICIEMBRE 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1243

1. TÍTULO

CIRUGIA MENOR EN ATENCION PRIMARIA

DURACIÓN

- AÑO 2018 FORMACIÓN DE PERSONAL IMPLICADO EN EL PROYECTO, INCLUSO DE MANERA ALTRUISTA POR NO DISPONER DE FORMACIÓN EN EL SECTOR.
- FEBRERO 2019 SE CONCRETA PERSONAL (MEDICOS, ENFERMEROS, AUXILIARES SANITARIOS Y AUXILIARSA ADMINISTRATIVOS)) LUGAR Y MATERIAL NECESARIO.
- MARZO 2019 SE ESTABLECE LUGAR Y MATERIAL.
- MARZO 2019 SE INICIA ACTIVIDAD.
- ABRIL 2019 A MARZO DE 2020 DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.
- ABRIL A MARZO REUNIONES TRIMESTRALES DE EQUIPO PARA VALORACION DE LA ACTIVIDAD

OBSERVACIONES

ES UN PROYECTO INICIADO CON GRAN ENTUSIASMO Y RESPONSABILIDAD, POR LO QUE INSISTIMOS EN LA NECESIDAD DE QUE SE NOS PROVEA DE TODOS LOS RECURSOS SOLICITADOS PARA LLEVAR A CABO DICHO PROYECTO.
ES POSIBLE QUE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS AUMENTEN O CAMBIEN SEGÚN ORGANIZACIÓN.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0125

1. TÍTULO

CONOCE TU CENTRO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ANA ISABEL TAPIA PEREZ
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS CASETAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ MATEO OLGA
TAPIA VILLALBA MERCEDES
RODRIGUEZ ESCUDERO CRISTINA
GARVI SOLER PAULA
RUBIO MORALES LAURA
LOPEZ GREGORIO ALICIA
ANDRES NILSSON ANA KARIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha enviado información a la Dirección de los colegios de Casetas: CP Ricardo Mur, CP Martinez Garay, Colegio Infantil San Miguel.

En dicho documento se explica el proyecto destinado a la población infantil de 7-8 años de 2º de Educación Primaria.

Presentamos dos charlas-talleres que consideramos imprescindibles: "Buylling" y "Cuidamos nuestra espalda" y se programa una visita de los alumnos al Centro de Salud.

Realización de un breve cuestionario para dar a los niños y valorar el grado de asimilación de la información dada.

Se informa del proyecto en el Consejo de Salud de la zona como actividad comunitaria del Centro de Salud, mostrando interés por parte de los participantes en el Consejo en que estos talleres se impartan también en los Colegios de los Municipios pertenecientes a la ZBS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos contactado telefónicamente con las Direcciones escolares y se han concretado fechas para iniciarse a partir del mes de Marzo de 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se ha visto retrasado en su inicio debido al traslado de el responsable del proyecto a otro centro de Salud y la época vacacional de verano. También hemos encontrado el "handicap" de la epidemia de gripe que afecta a la población infantil y hace imposible unas fechas inicialmente programadas. Damos por finalizado el proyecto pero se seguirá desarrollando a lo largo del año en el resto de Colegios interesados.

7. OBSERVACIONES.

Aunque la responsable del proyecto actualmente trabaja en el Sector 1 se mantiene y se envía la memoria del proyecto como perteneciente al Sector 3 (EAP Casetas) destino al que pertenecía cuando se programó, envió y donde se está desarrollando.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/125 ===== ***

Nº de registro: 0125

Título
C. S. CASETAS "CONOCE TU CENTRO"

Autores:
TAPIA PEREZ ANA ISABEL, SANCHEZ MATEO OLGA, TAPIA VILLALBA MERCEDES, ANDRES NILSSON ANA KARIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0125

1. TÍTULO

CONOCE TU CENTRO

Otro Tipo Patología: Niños de 2º año de Educación Infantil.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la Salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Atención Primaria debería ser prioritaria la Educación para la Salud y la Prevención y cuanto más temprana sea esta actuación mejores resultados se obtienen.
La edad escolar, y en concreto los 7-8 años, es un momento idóneo para aprender hábitos saludables de una forma integral desde el comienzo. Esto nos permitirá trabajar sobre la promoción de la salud y no sólo actuar sobre el problema.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover hábitos saludables en la población infantil desde un punto de vista de salud integral.
"Acercar" nuestro Centro de Salud a los más pequeños y mostrarlo como algo cercano y accesible para ellos.

MÉTODO

Presentaremos 2 charlas-talleres que consideramos imprescindibles: "Buylling" y "Cuidamos nuestra espalda".
Haremos reuniones en los colegios con sus respectivas direcciones y profesorado para que nos muestren otras necesidades detectadas para su trabajo en posteriores intervenciones.
Asimismo se programará una visita de los alumnos al Centro de Salud.

INDICADORES

Tras la visita y los talleres, nueva reunión en el Centro de Educación para objetivar cambios en el alumnado. Para ello proporcionaremos a los niños unos sencillos cuestionarios para valorar el grado de asimilación de la información dada. La aportación subjetiva del profesorado también se tendrá en cuenta.

DURACIÓN

Dos reuniones en el Centro de Educación: una previa a la visita y otra posterior.
Una visita anual al Centro de Salud de los niños de 2º curso de educación Infantil.

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 - 2016/1630

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 - 2018/0678

1. TÍTULO

"CUIDARTE"

Fecha de entrada: 21/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MEDRANO ALCAY LIDIA
MARZAL CALVO DOLORES
LOPEZ GREGORIO ALICIA
TAPIA PEREZ ANA
TAPIA VILLALBA MERCEDES
GALLEGO RODRIGO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo de éste taller es mejorar la calidad de vida de las cuidadoras, proporcionandoles estrategias y recursos para desarrollar eficazmente su papel de cuidadoras.

Año 2018 Actividades Realizadas:

Mayo - Junio.- Realización del taller de cuidadoras (ocho sesiones)
octubre - Noviembre.- Realización del taller de cuidadoras (ocho sesiones)

Material empleado: Carteles, dípticos, videos, power point, camilla, esterillas, folios...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal es promover el autocuidado por parte de los asistentes al taller, tanto a nivel físico como a nivel psicológico

Cómo objetivos específicos se han alcanzado:

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

A través de los resultados de las encuestas proporcionadas sabemos que es un taller muy bien valorado por las cuidadoras, considerándolo como un recurso necesario en la comunidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En nuestro objetivo se encuentra la continuidad del proyecto

Haciendo dos convocatorias al año en función del número de cuidadoras.

La experiencia es muy positiva y enriquecedora tanto para las cuidadoras como para los profesionales esto nos motiva para seguir realizándolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/678 ===== ***

Nº de registro: 0678

Título
"CUIDARTE"

Autores:
SANCHEZ MATEO OLGA, MEDRANO ALCAY LIDIA, MARZAL CALVO DOLORES, LOPEZ GREGORIO ALICIA, TAPIA PEREZ ANA, TAPIA VILLALBA MERCEDES, GALLEGO RODRIGO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sobrecarga del cuidador/ Atención psicológica
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0678

1. TÍTULO

"CUIDARTE"

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Gran parte de las personas dependientes reciben el cuidado que precisan por parte de la cuidadora principal, sobre la que recae la mayor parte de responsabilidad y cuidados, esto hace que se cree una fuerte dependencia de la persona dependiente hacia su cuidadora, esta dependencia repercute en varias áreas de la vida de la cuidadora, provocando el "síndrome del cuidador". Este taller lo que pretende es que a través de la información y de la formación de las cuidadoras éstas tengan una mejor calidad de vida y puedan afrontar con más recursos su realidad diaria.

RESULTADOS ESPERADOS

La población a la que va dirigida es a cuidadoras de personas dependientes.
El objetivo principal es promover el autocuidado por parte de los asistentes al taller tanto a nivel emocional y psicológico como a nivel físico.
Los objetivos específicos son:
- Encontrar un espacio donde se sientan comprendidas y escuchadas.
- Mejorar la percepción de la autoestima así como aprender a gestionar la esfera emocional aplicando los conocimientos aprendidos en el taller.
- Manejo positivo de la soledad y gestionar adecuadamente las emociones.
- Reforzar y potenciar los conocimientos de cuidados básicos
- Incorporar técnicas de higiene postural y movilizaciones.

MÉTODO

Al detectar desde la consulta la necesidad por parte de las cuidadoras de una atención más enfocada en aspectos emocionales y de autocuidados, se consideró esencial impartir un taller específico para ésta necesidad.
Se realizarán test de carga del cuidador para saber el nivel de carga en cada uno de los asistentes, y comprobar la necesidad de cada uno de ellos.
Febrero 2018:
Propuesta del proyecto al EAP, aceptación del proyecto por parte del EAP.
Marzo 2018:
Creación del equipo responsable del proyecto
Obtención del material y divulgación del mismo (dipticos, carteles)
- Reunión informativa al EAP
- Información al Consejo de Salud de Casetas, difusión a la población.
Abril 2018 :
Información del proyecto a la población.
Mayo - Junio 2018 :
Creación del primer grupo de cuidadores y realización de las sesiones
Noviembre-Diciembre 2018:
Creación del segundo grupo de cuidadores y realización de las sesiones.

INDICADORES

nº de cuidadores que acuden
----- x 100
nº de cuidadores captados en talleres anteriores

nº de cuidadores captados
----- X 100
nº de pacientes dependientes en la zona básica de salud

Número de sesiones dadas.

DURACIÓN

Son dos talleres a realizar:
El primero en Mayo-Junio y el segundo en Noviembre-Diciembre
En cada taller se impartirán ocho sesiones de una hora y media de duración en cada una de ellas.
Se realizarán ocho sesiones presenciales de una hora y media de duración en cada una de ellas.
Los participantes en principio el número idóneo es diez
Sesiones:
1.- ¿Qué es el grupo? cómo cuidarnos a nosotras mismas.
2.- Necesidades Humanas y Hábitos saludables.
3.- Aprendiendo a sentirnos bien.
4.- La soledad, tipos, características y estrategias para la prevención y el manejo positivo de la soledad
5.- Autoestima
6.- Comunicación con el entorno y Gestión del tiempo libre.
7.- Cuidados esenciales ante el paciente (higiene, alimentación, aseo, cambios posturales ..)
8.- Espalda sana..

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0678

1. TÍTULO

"CUIDARTE"

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 - 2018/0733

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL LAVEDAN SANTAMARIA
· Profesión MIR
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA LAFUENTE MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Todos los lunes, de 17 horas a 18 horas, en el centro cívico Delicias: ejercicio físico monitorizado:

- Movilización articular
- Ejercicios de equilibrio
- Tonificación muscular
- Elasticidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un 15,78% de los pacientes mejoran su equilibrio, el 73,68% mejoran la velocidad de la marcha y el 36,84% mejoran en el test de levantarse de la silla. De forma global, el 78,94% han mejorado y consiguen un 44,24% de la mejoría posible. Además, destaca una disminución de las caídas, en los 3 meses previos un 15,78% habían sufrido al menos 1 caída y durante los 6 meses analizados un 0% de caídas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dados los buenos resultados de este proyecto, la realización de ejercicio físico monitorizado y adaptado debería ser un pilar fundamental en el manejo de pacientes frágiles de nuestra comunidad, considerándose este una actividad necesaria para un envejecimiento saludable.

7. OBSERVACIONES.

Desde las instituciones sanitarias debería promoverse el ejercicio e instaurarse la figura de un monitor de ejercicio físico en todos los centros de salud.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/733 ===== ***

Nº de registro: 0733

Título
PREVENCION DE LA FRAGILIDAD EN EL ANCIANO MEDIANTE EJERCICIO FISICO MONITORIZADO

Autores:
LAVEDAN SANTAMARIA RAQUEL, PINILLA LAFUENTE MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Anciano frágil
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La población de referencia es anciana, detectando gran fragilidad, polifarmacia, poca actividad física, sin disponer en la actualidad de otros programas de actividad física monitorizada; que se ha demostrado que previene la fragilidad.

RESULTADOS ESPERADOS

* La población diana son mayores de 70 años con un Barthel mayor de 90.

Obejtivos:

- Adherencia a la actividad física.
- Disminuir las caídas que precisen asistencia sanitaria.
- Disminuir la polifarmacia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0733

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL

MÉTODO
Todos los lunes, de 17horas a 18horas, en el centro cívico Delicias: ejercicio físico monitorizado:

- Movilización articular
- Ejercicios de equilibrio
- Tonificación muscular
- Elasticidad

INDICADORES

- % de usuarios que han acudido de forma regular a realizar la actividad.
- % de caídas que han precisado asistencia sanitaria durante el periodo de actividad.
- % reducción de fármacos.

DURACIÓN

1 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 - 2018/0733

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE PARICIO HERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA LAFUENTE MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL TODOS LOS LUNES DE 17 A 18 HORAS EN EL CENTRO CIVICO DELICIAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL 15,7% HA MEJORADO EL EQUILIBRIO 9.82% HA MEJORADO LA VELOCIDAD DE LA MARCHA, EL 36.84 HA MEJORADO EN EL TEST DE LEVANTARSE DE LA SILLA. MEJORAN EN GENERAL UN 78.9% Y PRESENTARON UN 83.5 % DE ADHERENCIA A LA ACTIVIDAD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El ejercicio fisico monitorizado, en ancianos que nunca lo han hecho, les mejora notablemente su forma fisica .
Ademas a los que viven solos les ayuda a socializar

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/733 ===== ***

Nº de registro: 0733

Título
PREVENCION DE LA FRAGILIDAD EN EL ANCIANO MEDIANTE EJERCICIO FISICO MONITORIZADO

Autores:
LAVEDAN SANTAMARIA RAQUEL, PINILLA LAFUENTE MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La población de referencia es anciana, detectando gran fragilidad, polifarmacia, poca actividad física, sin disponer en la actualidad de otros programas de actividad física monitorizada; que se ha demostrado que previene la fragilidad.

RESULTADOS ESPERADOS
* La población diana son mayores de 70 años con un Barthel mayor de 90.

Obejtivos:
- Adherencia a la actividad física.
- Disminuir las caídas que precisen asistencia sanitaria.
- Disminuir la polifarmacia.

MÉTODO
Todos los lunes, de 17horas a 18horas, en el centro cívico Delicias: ejercicio físico monitorizado:
- Movilización articular

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0733

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL

- Ejercicios de equilibrio
- Tonificación muscular
- Elasticidad

INDICADORES

% de usuarios que han acudido de forma regular a realizar la actividad.

% de caídas que han precisado asistencia sanitaria durante el periodo de actividad.

% reducción de fármacos.

DURACIÓN

1 año

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 - 2018/0769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE MARINA PINILLA LAFUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ARANDA CONCEPCION
LOPEZ MAS ROSA MARIA
LAVEDAN SANTAMARIA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Asistencia a la jornada de IRASPROA el 13 de Abril de 2018, difusion de esta jornada en el centro de salud, sesion de antibioticos en el equipo con la difusion de los principios generales del PROA el 16 de Octubre con asistencia del 70% de los profesionales. Colocacion de los posters en el centro : Antibioticos solo cuando sean necesarios. Firma del compromiso de los profesionales sobre el buen uso de los medicamentos. Presencia de salvapantallas en todos los ordenadores de los profesionales del equipo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Estoy como responsable en el centro de salud del buen uso de los antibioticos
13 de Diciembre 2018 sesion sobre infecciones de vias respiratoias altas. Asistencia de 50% de los profesionles
20 de Diciembre de 2018 sesion sobre infecciones respiratorias de vias bajas. Asistencia 50% de los profesionales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

He observado que los profesionales tienen interes en el tema, les parece muy importante que los antibioticos se usen solo cuando son necesarios.
Ha quedado pendiente que no he logrado que asistan a ninguna sesion los medicos de atencion continuada aunque estaban convocados. Este años,tengo prevista otras 2 sesiones sobre infecciones urinarias y de transmision sexual

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/769 ===== ***

Nº de registro: 0769

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Autores:
PINILLA LAFUENTE MARINA, GARCIA ARANDA CONCEPCION, SANZ MARTINEZ DIANA

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: IRAS
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

España es el segundo país de Europa después de Grecia, en el que más ha aumentado el consumo de antibióticos en el año 2016, Aragón se encuentra por debajo de las cifras a nivel nacional, aunque la variabilidad entre unos centros y otros es significativa

RESULTADOS ESPERADOS

-Optimizar el uso de los antibióticos en Atención Primaria.
-Disminuir las resistencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

-Formacion en el uso adecuado de los antibioticos

MÉTODO

-Presentacion del programa PROA.
-Sesiones clinicas a lo largo del año, de las patologias infecciosas mas prevalentes en Atencion Primaria.

INDICADORES

-DHDde antibioticos que en nuestro centro fue de 15,25% en 2017.en Medicina de Familia y en Pediatria del 11,63%.
-Consumo de Macrolidos y Penicilinas (72.27% en medicina de Familia y en Peditria en 90.97%).
_disminuir el consumo de cefalosporinas de 3ª generacion

DURACIÓN

Enero de 2018 a Diciembre del 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 - 2018/0922

1. TÍTULO

COMO DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA MEJORANDO LA DNP Y OTROS FACTORES

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA GIL CORTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRANZ ALFARO ALFREDO
URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO
NAVARRO DIAZ ISABEL MARIA
ALAVA CAUSAPE AMOR
UCEDO APARICIO ANA
CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNIDOS 22 DE MAYO:

REVISAMOS OBJETIVOS E INDICADORES DEL PROYECTO

SE PROPONEN CORTES EN LOS MESES DE JUNIO Y OCTUBRE.

SE PROGRAMA REUNIÓN PARA EL DIA 23 DE OCTUBRE.

SE INFORMA AL GRUPO DE TRABAJO EL RESULTADO DE LOS CORTES, EN LOS CUALES SE DETECTA QUE SOLO HAY 3 PROFES. QUE NO TIENEN DEMORA, UN PROF. CON 2 DIAS DE DEMORA, Y EL RESTO DE 5 A 8 DIAS DE DEMORA

TODOS PROFESIONALES TIENEN EN LA AGENDA DEMANDA NO PRESENCIAL.

SE DETECTA DISTINTA FORMA DE REGISTRO EN LOS HUECOS DE DNP: DUPLICACION DE CITAS, ESCASEZ DE REGISTRO EN LA

MAYORIA DE LOS PROFESIONALES, NO UTILIZACION DE LOS HUECOS DE DNP EN ALGUN PROFESIONAL.

NO CONSEGUIMOS DISMINUIR LA DEMANDA PRESENCIAL.

-PROPONEMOS UNA NOTA INTERIOR PARA UNIFICAR CRITERIOS DE REGISTRO.

SE PROPONE SOLICITAR INFORMACION A OTROS EAP PARA SABER COMO HAN ABORDADO EL PROBLEMA DE DEMORA EN LAS CITAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE DETECTA QUE SOLO HAY 3 PROFES. QUE NO TIENEN DEMORA, UN PROF. CON 2 DIAS DE DEMORA, Y EL RESTO DE 5 A 8 DIAS DE DEMORA

TODOS PROFESIONALES TIENEN EN LA AGENDA DEMANDA NO PRESENCIAL.

SE DETECTA DISTINTA FORMA DE REGISTRO EN LOS HUECOS DE DNP: DUPLICACION DE CITAS, ESCASEZ DE REGISTRO EN LA

MAYORIA DE LOS PROFESIONALES, NO UTILIZACION DE LOS HUECOS DE DNP EN ALGUN PROFESIONAL.

NO CONSEGUIMOS DISMINUIR LA DEMANDA PRESENCIAL.

-PROPONEMOS UNA NOTA INTERIOR PARA UNIFICAR CRITERIOS DE REGISTRO.

SE PROPONE SOLICITAR INFORMACION A OTROS EAP PARA SABER COMO HAN ABORDADO EL PROBLEMA DE DEMORA EN LAS CITAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

NO CONSEGUIMOS DISMINUIR LA DEMANDA PRESENCIAL.

-PROPONEMOS UNA NOTA INTERIOR PARA UNIFICAR CRITERIOS DE REGISTRO.

SE PROPONE SOLICITAR INFORMACION A OTROS EAP PARA SABER COMO HAN ABORDADO EL PROBLEMA DE DEMORA EN LAS CITAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/922 ===== ***

Nº de registro: 0922

Título
COMO DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA MEJORANDO LA DEMANDA NO PRESENCIAL Y OTROS FACTORES

Autores:
GIL CORTES MARIA TERESA, HERRANZ ALFARO ALFREDO, URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO, NAVARRO DIAZ ISABEL, ALAVA CAUSAPE AMOR, UCEDO APARICIO ANA, CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0922

1. TÍTULO

COMO DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA MEJORANDO LA DNP Y OTROS FACTORES

Otro Tipo Patología: DEMORA EN CITAS
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EN ESTE C.S HEMOS COMPROBADO QUE UNOS CUPOS MÁS QUE OTROS TIENEN LISTA DE ESPERA DE MÁS DE 3 DIAS Y CONSULTAS MUY SATURADAS EN GENERAL. LA DIRECCIÓN NOS PROPONE BUSCAR PUNTOS DE MEJORA. ESPERAMOS TAMBIEN HACER RECOMENDACIONES QUE SEAN VALORADAS POR LA DIRECCIÓN.

RESULTADOS ESPERADOS

ESPERAMOS DISMINUIR LA CITA PRESENCIAL, MEJORAR LA NO PRESENCIAL Y HACER RECOMENDACIONES QUE MEJOREN LA SALUD DE NUESTRA POBLACION.

MÉTODO

HAREMOS REUNIONES PARA SELECCIONAR OBJETIVOS.
COMUNICAREMOS CON EXPERTOS PARA OBTENER LÍNEAS DE MEJORA.
EVALUAREMOS LAS RESPUESTAS Y TRAS CRIBADO DE LAS MÁS ÓPTIMAS, HAREMOS NUEVA CONSULTA CON EXPERTOS, INCLUYENDO A LA DIRECCIÓN PARA AQUILATAR LOS OBJETIVOS.

INDICADORES

VALORAREMOS CADA ACTIVIDAD CADA 3 MESES.
VALORAREMOS LAS AGENDAS DE CITACIÓN CADA 3 MESES, TODO ELLO UNA VEZ PUESTAS EN MARCHA LAS ACTIVIDADES.

DURACIÓN

COMENZAMOS PRIMERA REUNIÓN 22 DE MAYO 2018
FINALIZANDO 31 DE DICIEMBRE 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 - 2018/0929

1. TÍTULO

ELABORACION DE LA AGENDA COMUNITARIA DEL C.S. DELICIAS NORTE

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SERRANO ANDRES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA FERNANDEZ CONCEPCION
GARIJO GALLEGO CELIA
PINA SANZ ARANCHA
SANCHO RUBIO CRISTINA
SANZ MARTINEZ DIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración presentación power point para explicar al EAP lo que es una agenda comunitaria. (junio 2018)
-Reunión con equipo. (septiembre 2018)
-Recopilación de todas las actividades realizadas p el EAP fuera de la consulta (diciembre 2018)
-Reunión con Carmen Llorente (Centro de Convivencia para mayores "Delicias"). Recopilar actividades que se realizan en dicho centro orientadas a la prevención y el mantenimiento de las capacidades físicas, cognitivas y sociales de las personas mayores.
-Elaboración de la agenda y presentación al EAP (febrero 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Que todos los profesionales del C.S Delicias Norte conocen las actividades tanto grupales como comunitarias que en dicho centro se realizan.
2. Una mayor asistencia y uso de dichas actividades.
3. El EAP se ha implicado mas en participar en actividades comunitarias.
4. Mayor difusión de dichas actividades.
5. Mayor comunicación y colaboración con centros del entorno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La importancia de una buena comunicación y colaboración con el EAP en cuanto a la visibilización de actividades realizadas para conseguir mayor cobertura y equidad.
La motivación del equipo aumenta en la medida que participa y colabora en dichas actividades.
La necesidad de seguir trabajando en la atención comunitaria, tanto en consulta recomendando activos; como a nivel grupal. Siempre priorizando las necesidades de la población, haciéndoles participe de todo el proyecto y conseguir así un mayor empoderamiento.
La importancia de la agenda para el EAP, el seguir actualizándola y ampliando.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/929 ===== ***

Nº de registro: 0929

Título
ELABORACION DE LA AGENCIA COMUNITARIA DEL C.S.DELICIAS NORTE

Autores:
SERRANO ANDRES MARIA PILAR, GARCIA FERNANDEZ CONCEPCION, GARIJO GALLEGO CELIA, PINA SANZ ARANCHA, SANCHO RUBIO CRISTINA, SANZ MARTINEZ DIANA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0929

1. TÍTULO

ELABORACION DE LA AGENDA COMUNITARIA DEL C.S. DELICIAS NORTE

PROBLEMA

Hemos detectado que se realizan diferentes actividades comunitarias por diferentes miembros del EAP pero no todo el mundo conoce lo que hace el compañero. Por lo que sentimos la necesidad de hacer visibles todas las acciones grupales y comunitarias que ya se están realizando en el EAP y de esta forma conseguir mejorar la equidad de estos servicios.

RESULTADOS ESPERADOS

Visibilizar y organizar las acciones grupales y comunitarias que ya se están realizando en el C.S. Delicias Norte. Que un mayor número de usuarios puedan beneficiarse de estas actividades. Conseguir una mayor implicación del EAP en el trabajo comunitario

MÉTODO

Preparar una sesión clínica para el EAP para explicar lo que es una agenda comunitaria. Q cada miembro del equipo de a conocer todas las actividades comunitarias y grupales que realizan a parte de consulta individual. Elaboración de la agenda comunitaria

INDICADORES

Encuesta de participación de la población en las actividades antes y después de realizar la agenda

DURACIÓN

1. elaborar presentación sesión del EAP. Antes del 31 de junio
2. Sesión al EAP: septiembre 2018.
3. Elaboración de la Agenda Comunitaria. De septiembre a diciembre de 2018.

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 - 2018/1071

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO TORRENTE GARRIDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ SANCHO ROSABEL
HERRANZ ALFARO ALFREDO
CARRERAS MESTRE BIENVENIDO
URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO
GIL CORTES MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado dos sesiones de formación al equipo:

- 1- junio 2018: Abordaje de la IRC en el EAP (A cargo de la DUE Rosabel Muñoz y el Dr. Jose I Torrente)
- 2- Diciembre 2018: Revisión de la HTA (A cargo del Dr. Jose I Torrente)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El propósito de este trabajo es conocer en nuestro centro de salud, los pacientes diagnosticados de IRC para monitorizar su evolución, prevenir complicaciones y tener un mejor manejo de su enfermedad. Se ha monitorizado durante el periodo 1 junio a 31 diciembre 2018 una muestra de pacientes con el diagnóstico de IRC (FG<60%) pertenecientes a dos cupos del Centro de Salud, con los siguientes resultados:
Total de pacientes con insuficiencia renal crónica: 75
El 78,6 % tenían determinación de tensión arterial
El 76% tenían datos antropométricos
El 68% determinación de glucemia
El 38,6% determinación de albuminuria
El 38,6% determinación de HbA1c

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la alta prevalencia de la IRC en la población general y siendo sus principales causas la diabetes mellitus y la HTA, los pacientes diagnosticados de IRC, deben de tener todo un control de parámetros bioquímicos para su adecuado manejo.
El resultado de nuestros datos debe ser mejorado.
Se debe incidir en actividades formativas sobre esta patología en el equipo de atención primaria para la detección y educación de los pacientes.
Un diagnóstico precoz de la IRC y de sus causas permite controlar la enfermedad, retrasando la entrada del paciente en tratamiento de diálisis.

7. OBSERVACIONES.

Al no existir protocolo en programa OMI sobre IRC para el adulto, hay problemas para obtener listados de pacientes con esta patología, que hagan más eficaz su búsqueda.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1071 ===== ***

Nº de registro: 1071

Título
ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
TORRENTE GARRIDO JOSE IGNACIO, MUÑOZ SANCHO ROSABEL, HERRANZ ALFARO ALFREDO, CARRERAS MESTRE BIENVENIDO, URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO, GIL CORTES MARIA TERESA, REJAS MORRAS LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Insuficiencia Renal Crónica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1071

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- La Enfermedad Renal Crónica es un importante problema de salud pública que afecta al 10% de la población (Estudio EPIRCE).
- La ERC es a menudo ignorada y existe infradiagnostico.
- La ERC produce elevada morbilidad cardiovascular y consumo importante de recursos del Sistema de Salud.
- El tratamiento adecuado previene o retrasa la progresión de la enfermedad y disminuye el riesgo de Enf Cardiovasculares.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la detección precoz.
- Disminuir la progresión de la Enfermedad.
- Evaluar el RCV.
- Evitar fármacos nefrotóxicos.
- Derivación selectiva a nefrología.
- Adecuar el tratamiento conservador en estadios avanzados.

MÉTODO

- Determinar Filtrado Glomerular y albuminuria a todas personas con algún Factor de riesgo CV (DM, HTA, obesidad), Enf. CV establecida, familiares con I Renal o > 60 años..
- Seguimiento y monitorización de TA, Peso, Glucemia, Albuminuria, HbA1c,
- Adecuaión de la dosis de fármacos al grado de I Renal.
- Sesiones clínicas en el CS con revisión de las patologías y factores que pueden influir en la ERC.
- Sensibilizar a los profesionales sobre esta patología.
- Adquirir conocimientos y aptitudes para mejorar la atención de estos pacientes.

INDICADORES

- % pacientes con algún FRCV que tienen solicitado el FG.
- % pacientes con algún FRCV que tienen solicitado albuminuria.
- % pacientes con ERC que tienen medida la TA.
- % pacientes con ERC y DM que tienen pedida la HbA1c.
- % pacientes con FG<60 que tienen registrado el diagnostico de Insuficiencia Renal Crónica.

DURACIÓN

- 2º trimestre 2018: Formación del grupo de trabajo, diseño del proyecto, sesión de presentación al EAP.
- 3º trimestre: monitorización y sugerencias y problemas planteados.
- 4º trimestre: monitorización y Evaluación final.

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 - 2018/1086

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ALICIA DUARTE CARCAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BARRANCO MORENO MARIA PILAR
BOLDOVA AGUAR MARIA CARMEN
GONZALEZ BARRIO ISIDORO
JIMENEZ PARDO ANGELES
PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE
PEREZ ROSEL JOSEFINA
RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Reunión para presentar el proyecto de calidad a los nuevos componentes del equipo y asignación de tareas.
2. Reuniones sucesivas: mayo 2018, junio 2018 y diciembre 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. Control quincenal de reposición y caducidades del material sanitario mediante registro escrito.
6. Propuesta de revisión periódica (quincenal) del maletín y sala de urgencias por todo el equipo del centro (médico y enfermera).
7. Colocación de documentos gráficos (algoritmos) en el cuarto de urgencias sobre la atención de la patología urgente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Mejora en el conocimiento y manejo del material sanitario y sala de urgencias por parte de todo el equipo.
2. Puesta en marcha de un protocolo específico de participación e implicación de los profesionales en la gestión del carro de parada y el cuarto de urgencias.
3. Mejora del protocolo para la organización de la atención urgente en el centro y en los avisos domiciliarios.
4. Indicadores utilizados:
 - Crear y difundir un documento que indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente tanto dentro del centro como en un aviso domiciliario:
 - indicador/objetivo: existencia de dicho documento)
 - indicador: % de profesionales conocedores del mismo (objetivo: superior al 80%).
 - Que exista constancia por escrito de los contenidos y la revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines (objetivo: 80%)

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.
 - Alta adhesión del equipo a las actividades propuestas (>80%)
2. Recomendaciones:
 - Realización de Curso de RCP básica periódico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1086 ===== ***

Nº de registro: 1086

Título
ATENCION INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

Autores:
DUARTE CARCAS ALICIA, BARRANCO MORENO MARIA PILAR, BOLDOVA AGUAR MARIA CARMEN, GONZALEZ BARRIO ISIDORO, JIMENEZ PARDO ANGELES, PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE, PEREZ ROSEL JOSEFINA, RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1086

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP por:

- La necesidad de que los profesionales estén formados y actualizados en el manejo de la urgencia.
- La necesidad de una buena organización y mantenimiento del material y sala de urgencias.
- La necesidad de contar con un procedimiento explícito de designación de los profesionales responsables de la atención urgente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Definir un procedimiento con los contenidos básicos y de la organización del carro de paradas y emergencias.
- Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional responsable de la misma, tanto en el centro con en la atención domiciliaria.
- Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.

MÉTODO

- Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
- Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente, incluyendo las situaciones excepcionales.
- Promover la formación en atención urgente distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados tanto por la Dirección de AP como por el propio centro.
- Situarse en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

INDICADORES

INDICADORES

- 1-Crear y difundir un documento que indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente tanto dentro del centro como en un aviso domiciliario:
-indicador/objetivo: existencia de dicho documento)
-indicador: % de profesionales conocedores del mismo (objetivo: superior al 80%).
- 2- Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP (objetivo: 80%).
- 3-Que exista constancia por escrito de los contenidos y la revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines (objetivo: 80%)

EVALUACIÓN

- Mediante informe del propio centro.
- Mediante visita al EAP.
- Mediante actas firmadas.

DURACIÓN

Fecha de inicio: junio de 2018
Fecha de finalización: marzo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1086

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ALICIA DUARTE CARCAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BARRANCO MORENO MARIA PILAR
BOLDOVA AGUAR MARIA CARMEN
GONZALEZ BARRIO ISIDORO
JIMENEZ PARDO ANGELES
PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE
PEREZ ROSEL JOSEFINA
RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Reunión para presentar el proyecto de calidad a los nuevos componentes del equipo y asignación de tareas.
2. Reuniones periódicas cada 6 meses (desde mayo de 2018 a enero de 2020).
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. Control mensual de reposición y caducidades del material sanitario mediante registro escrito.
6. Propuesta e implementación de la revisión periódica del maletín y sala de urgencias por parte de todo el equipo del centro (médico y enfermera).
7. Colocación de documentos gráficos (algoritmos) en el cuarto de urgencias sobre la atención de la patología urgente.

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:
-Que exista constancia por escrito de los contenidos y la revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines (objetivo: 80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Valoración muy positiva por la importancia de mantener las condiciones adecuadas para la atención urgente en el centro.
- Alta adhesión del equipo a las actividades propuestas (>80%)
- Actividades pendientes:
 1. Revisión, actualización y mejora del protocolo previo que designa al profesional responsable de cada situación urgente, tanto dentro del centro como en un aviso a domicilio.
 2. Realización de cursos de reciclaje de RCP en el centro.
- La atención urgente en un centro de salud debe realizarse, en la medida de lo posible, de forma sistemática y atendiendo circuitos específicos de actuación. La actualización o formación continuada del personal sanitario en dicha atención es fundamental para alcanzar dicho objetivo. Por tanto creemos muy adecuado la replicación de un proyecto de mejora de la calidad en la atención urgente extrahospitalaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1086 ===== ***

Nº de registro: 1086

Título
ATENCION INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

Autores:
DUARTE CARCAS ALICIA, BARRANCO MORENO MARIA PILAR, BOLDOVA AGUAR MARIA CARMEN, GONZALEZ BARRIO ISIDORO, JIMENEZ PARDO ANGELES, PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE, PEREZ ROSEL JOSEFINA, RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1086

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP por:

- La necesidad de que los profesionales estén formados y actualizados en el manejo de la urgencia.
- La necesidad de una buena organización y mantenimiento del material y sala de urgencias.
- La necesidad de contar con un procedimiento explícito de designación de los profesionales responsables de la atención urgente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Definir un procedimiento con los contenidos básicos y de la organización del carro de paradas y emergencias.
- Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional responsable de la misma, tanto en el centro con en la atención domiciliaria.
- Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.

MÉTODO

- Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
- Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente, incluyendo las situaciones excepcionales.
- Promover la formación en atención urgente distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados tanto por la Dirección de AP como por el propio centro.
- Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

INDICADORES

INDICADORES

- 1-Crear y difundir un documento que indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente tanto dentro del centro como en un aviso domiciliario:
-indicador/objetivo: existencia de dicho documento)
-indicador: % de profesionales conocedores del mismo (objetivo: superior al 80%).
- 2- Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP (objetivo: 80%).
- 3-Que exista constancia por escrito de los contenidos y la revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines (objetivo: 80%)

EVALUACIÓN

- Mediante informe del propio centro.
- Mediante visita al EAP.
- Mediante actas firmadas.

DURACIÓN

Fecha de inicio: junio de 2018
Fecha de finalización: marzo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0867

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS NORTE

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE MARINA PINILLA LAFUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ARANDA CONCEPCION
LOPEZ ROSA
GONZALEZ MIR MARI FE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

21 de febrero sesion en el centro de salud sobre infecciones de orina. Asistencia de 40% de los profesionales
22 de mayo sesion en el centro de salud sobre infecciones urinarias en ancianos e institucionalizados con asistencia de un 50%
9 de Octubre sesion sobre enfermedades de transmision sexual con asistencia de 50% de los profesionales
14 de Marzo asisti a una reunion de los responsables sobre infecciones respiratorias
13 de junio asisti a una reunion de los responsables sobre infecciones de orina
1 de Octubre la reunion de los responsable fue para comentar los informes e indicadores de utilizacion de antibioticos
En junio, septiembre y diciembre se ha enviado a cada profesional sus indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de DDD FLUORQUINOLONAS. OBJETIVO 2019 9,9, HABIENDO LOGRADO: 9,1

PORCENTAJE DDD CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACION . OBJETIVO: 1.5 HABIENDO LOGRADO 0,6

EL NUMERO DE DHD EN EL PERIODO ENERO.NOVIEMBRE ES 9, ESTANDO EL SECTOR EN 14
HEMOS ALCANZADO LOS OBJETIVOS PROPUESTOS Y LA UTILIZACION DE ANTIBIOTICOS ES MUY INFERIOR EN NUESTRO CENTRO, AL SECTOR Y ARAGON

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cuando se explica a los profesionales y a los usuarios cuando se deben de utilizar los antibioticos, todo el mundo lo entiende y se obtienen buenos resultados.
ME QUEDA POR CONSEGUIR IMPLICAR A TODOS LOS PROFESIONALES DEL CENTRO INCLUIDOS LOS DE ATENCION CONTINUADA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/867 ===== ***

Nº de registro: 0867

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS NORTE

Autores:
PINILLA LAFUENTE MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Para dar continuidad al trabajo comenzado el año pasado, hay que seguir con el buen uso de los antibioticos y disponemos de indicadores extraidos de los propuestos por el plan nacional contra la resistencia a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0867

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS NORTE

antibioticos

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el uso adecuado de los antibioticos entre los profesionales de atencion primaria, mejorando la adecuacion en la prescripcion.
Monitorizar la utilizacion de los antibioticos de los profesionales a traves de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias

MÉTODO

Monitorizar 2 indicadores de utilizacion de antibioticos
Realizar formacion especifica dirigida a los profesionales en infecciones urinarias, ETS y de piel y tejidos blandos

INDICADORES

% De profesionales que reciben informacion sobre indicadores de utilizacion de antibioticos
Porcentaje de DDDFluorquinolonas : reduccion de un 2% respecto a 2018
Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generacion : no usar a no ser que este debidamente justificada al ser antibioticos de ambito hospitalario. Reduccion 2% respecto a 2018

DURACIÓN

Febrero: uso adecuado de antibioticos en infecciones urinarias
Abril: uso adecuado de antibioticos en ETS
Octubre-Diciembre: uso adecuado de antibioticos en infecciones de piel y partes blandas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1052

1. TÍTULO

CALIDAD DE REGISTRO DGP Y FACTORES DE RIESGO EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE VIRGINIA CONCHELLO GIMENEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO DIAZ ISABEL
GIL CORTES MARIA TERESA
URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO
HERRANZ ALFARO ALFREDO
ALAVA CAUSAPE AMOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SELECCION DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL PROYECTO
SELECCIONAR INDICADORES
EVALUAR SU REGISTRO
COMUNICAR AL EAP LA SITUACION DETECTADA
PROPUESTAS DE MEJORA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto al FR TABAQUISMO el 8,18% esta Resgistrado y son fumadores, el 83,64% existe registro y no fuman y el 8,18% no existe registro.
Respecto al FR HIPERTENSION el 74,54% esta Registrado y son HTA, el 20,91% no lo son y el 4,54% no existe Registro
Respecto al FR DISLIPEMIA el 59,09%n existe Registro y son Dilipemias, el 37,27% no lo son y el 3,64% no existe Registro
Respecto al FR DIABETES el 39,09% esta Resgistrados y son Diabéticos, el 56,36% no lo son y en el 4,54% no existe Registro.
Respecto al FR IRC el 50% esta Registrado y son IRC, el 41,82% no lo son y en el 8,18% no existe Registro.
Respecto al FR OBESIDAD el 50,91% existe el Registro y son Obesos, el 40,91% no lo son y en el 8,18% no existe Registro.
Se han seleccionado 110 pacientes con Insuficiencia Cardíaca de los 5 Cupos de los profesionales implicados (MF).
Se elabora un documento de información al resto del EAP de los resultados obtenidos y /o acciones de mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se detecta una buena calidad de registro en general de los indicadores seleccionados, siendo los registros mas deficientes TABAQUISMO, IRC Y OBESIDAD por lo que incidimos en la necesidad de mejorarlos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1052 ===== ***

Nº de registro: 1052

Título
CALIDAD DE REGISTRO DGPFACOR DE RIESGO EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores:
CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA, HERRANZ ALFARO ALFREDO, ALAVA CAUSAPE AMOR, GIL CORTES MARIA TERESA, NAVARRO DIAZ ISABEL MARIA, URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO, UCEDO APARICIO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

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

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1052

1. TÍTULO

CALIDAD DE REGISTRO DGP Y FACTORES DE RIESGO EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Considerada por SALUD la Insuficiencia Cardíaca como proyecto prioritario en el C Programa de 2019, hemos detectado oportunidades de mejora en el registro, DGP, de sus Factores de Riesgo

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar los registros de FR en pacientes con Insuficiencia Cardíaca

MÉTODO

Selección de pacientes con diagnóstico de I.C de los profesionales implicados en el proyecto.
Selección de indicadores a evaluar
Evaluar su registro.
Comunicar al EAP la situación detectada.
Propuestas de mejora.

INDICADORES

Tabaquismo.
HTA
Dislipemia
Diabetes
Insuficiencia Renal Crónica
Obesidad

DURACIÓN

Abril 2019
Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1059

1. TÍTULO

SOLEDAD NO DESEADA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SERRANO ANDRES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DELICIAS NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER ESTEBAN VICTORIA
PARICIO MARIA JOSE
PINILLA LAFUENTE MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones mensuales en la asociación de vecinos de Delicias los primeros jueves de mes, con las trabajadoras sociales de la asociación, responsables de C.S.Delicias Sur y centros municipales de base.
Durante los 6 primeros meses de 2019 se ha realizado la captación de todas las personas que viven solas en el centro de salud. En la 2ª quincena del mes de junio realizamos entrevistas pasando escalas sobre la soledad social a 40 personas, con un 29% de varones y 71% de mujeres. El 69,68% eran viudos/as.
El resultado en la soledad social: 53.4% daban resultados altos, siendo mucho más elevada en las mujeres.
En más de la mitad de los casos tanto en varones como mujeres sienten en muchas ocasiones que nadie les hace caso. Un tercio de las mujeres sienten especialmente la soledad por las noches.
El 86.27% no usan nunca internet.
La mitad de los entrevistados no hacen uso de los servicios para las personas mayores existentes en el barrio. Y resulta curioso que el 50% le gustaría participar en las actividades que se realizan en el barrio.
Los resultados en cuanto a las actividades que les gustaría hacer, la mayoría solicitan: salir a pasear y poder hablar, así como talleres de memoria.
Finalmente, en cuanto a los servicios que conocen solo un tercio de los pacientes conocen los centros de convivencia, la ayuda a domicilio y la teleasistencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tenemos registrado el número de ancianos que viven solos y con las encuestas conocemos las necesidades sentidas por ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el barrio de las Delicias hemos detectado un porcentaje muy elevado de personas que viven solas y con necesidades de atención.
Durante el año 2020 formaremos voluntarios para intervenir en las necesidades más prioritarias.

7. OBSERVACIONES.

La trabajadora social Eva Domingo, que inició este proyecto ya no está trabajando con nosotras. Por este motivo ha cambiado la responsable.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1059 ===== ***

Nº de registro: 1059

Título
SOLEDAD NO DESEADA

Autores:
DOMINGO HIJAR EVA, PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE, SERRANO ANDRES PILAR, LAGUNA MARTINEZ PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ancianos mayores de 70 años que viven solos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1059

1. TÍTULO

SOLEDAD NO DESEADA

En los últimos años estamos asistiendo a cambios demográficos relevantes con un incremento progresivo de personas con edades avanzadas, destacando aquellas que viven solas, con al aparición del fenómeno de soledad no deseada en nuestros mayores.

La mayor parte de la población del centro de Salud tiene más de 70 años. Creemos que hay un alto porcentaje de personas mayores que viven solas.

La soledad tiene un impacto en la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

El proyecto que se presenta pretende localizar a personas mayores que viven solas y han elegido seguir viviendo en su casa y que lo puedan hacer en condiciones de seguridad y bienestar.

La prioridad es reducir la soledad y el riesgo de aislamiento y exclusión social.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad de vida de las personas mayores que se sienten solas en Delicias, disminuyendo los efectos de la soledad no deseada, incidiendo también en la prevención de situaciones de riesgo.

Identificar y cuantificar las personas en situación de soledad no deseada y riesgo de aislamiento social pertenecientes al Centro de Salud para intervenir en función de las necesidades que se detecten.

Establecer canales de comunicación, colaboración y coordinación con las entidades del barrio de Delicias que trabajan con el colectivo de personas mayores, para responder a la problemática social derivada de la soledad.

Conocer los recursos y proyectos de Delicias que puedan suponer oportunidades para las personas mayores que se sientan solas y ejercer un efecto positivo sobre su estado de salud.

MÉTODO

Sesión informativa en el Centro de Salud presentando el proyecto y solicitando colaboración en la búsqueda de pacientes.

Colocación de carteles en la consultas para facilitar la búsqueda activa.

Realización de sesiones de trabajo de comunicación, colaboración de forma periódica con entidades del barrio (sistema sanitario, servicios sociales, centro cívico...) que trabajan con personas mayores para conocer los recursos de cada entidad y establecer mecanismos de coordinación integrada, conjunta y organizada de actuaciones.

Sensibilización en torno a la soledad no deseada

Fortalecimiento de redes de apoyo: vecindad, voluntariado, recursos

INDICADORES

Numero de personas mayores de 70 años que viven solas

Número de peronas mayores que viven solas y carecen del suficiente apoyo familiar y social

DURACIÓN

Primer trimestre 2019 recogida de datos

Segundo trimestre 2019 seleccion de personas mayores vulnerables

Tercer y cuarto trimestre 2019 intervención

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 - 2016/1362

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). Effectos 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 la 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
 - Auditoria 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 SURmpgabas@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 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 - 2016/0430

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 tambien de los beneficios que produce tanto para el bebe/niño como para la mujer y sus familias.

Ademas 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 mas de los dos años segun OMS y Asociacion Española de Pediatría.

-Fomento de crianza respetuosa.

- Implementacion de habitos saludables en bebes, 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 poblacion adscrita al propio centro como a todas aquellas familias que tengan la necesidad de acudir dentro del Servicio Aragonés de Salud

-Fisiologia de la lactancia materna en las diferentes etapas.

-Conocimiento de la extraccion manual de leche/conservacion/almacenamiento.

-Amamantamiento y trabajo.

-Alimentacion complementaria a partir de los 6 meses

-Masaje infantil,

-Desarrollo psicomotriz (2 sesiones) apoyado por fisioterapeuta infantil de fuera del centro.

-Prevencion de accidentes .

-Primeros auxilios (apoyado por pediatra del centro)/ 2 veces /año

-Incidencia de musica clasica en bebes (apoyado por musicoterapeutas

- Sexualidad y Maternidad.

- Suelo Pelvico Postparto.

-Dudas de padres, aportaciones

La charlas se iran ampliando o cambiando segun necesidad del grupo

El grupo lo integran aproximadamente 400 familias de Zaragoza y la red de conexion es a traves de crianzadeliciasur@googlegroups.

Material necesario: colchonetas, ordenador, cañon

INDICADORES

-Aumento del nivel de tasas de lactancia materna.

-Aumento del nivel de satisfaccion de las familias

-Disminucion de las visitas en consultas de pediatra.

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 relaizado sesiones sobre uso de estatinas, IBP, antimicrobianos u opiáceos. Tambien se han realizado sesionese clínicas docentes a residentes y estudiantes sober 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 - 2018/0646

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE AMPARO FUERTES DOMINGUEZ
· Profesión MEDICO/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
DE LA FIGUERA VON WICHMAN ENRIQUE
JIMENEZ MARIN EMILIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DOS SESIONES CLÍNICAS DE FORMACIÓN EN EL PROPIO CENTRO Y OTRA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO IMPARTIDA ESTA ÚLTIMA POR DERMATÓLOGO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NO HEMOS INICIADO EL PROCEDIMIENTO PORQUE NO DISPONEMOS DE DERMATOSCOPIOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ESTAMOS A LA ESPERA DE CONTINUAR LA FORMACIÓN Y EMPEZAR CON LA TÉCNICA TAN PRONTO COMO NOS FACILITEN LOS DERMATOSCOPIOS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/646 ===== ***

Nº de registro: 0646

Título
HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP

Autores:
FUERTES DOMINGUEZ AMPARO, MENGUAL GIL JOSE MARIA, DE LA FIGUERA VON WICHMAN ENRIQUE, JIMENEZ MARIN EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0646

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP

Objetivos secundarios:

Formación en dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia y Pediatras, adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutaneas susceptibles de cáncer cutaneo o atipia.

MÉTODO

Formación de al menos tres profesionales del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermoscopio .
Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.
Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....)
Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).
Formación a los médico de A. p. en patologías que deban ser evaluadas a nivel de especialista (nevus atípicos, lesiones precancerosas....)

INDICADORES

Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 4). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de médicos que han acudido a al menos tres sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%)
Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%).
Porcentaje de pacientes en los que se ha relaizado dermatoscopia y no se ha derivado a centro hospitalariop, dermatología
Fuente de información: audit historias.

DURACIÓN

Formación de los profesionales responsables: Mayo, Junio 2018
Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Junio 2018
Elaboración de sesión consenso patologías banales: tercer trimestre 2018
Sesión formativa tratamientos en AP: cuarto trimestre 2018

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 - 2018/0670

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUISA TORRE MAÑAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABAS BALLARIN MARIA PILAR
LLORENTE FAURO MARIA PILAR
CANET FAJAS CARLOTA
VAL ESCO LAURA
NAVARRO RERO SILVIA
FELIPE RUBIO ALFONSO
MARTIN TERRADO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PROYECTO PRESENTADO EN SESION CLINICA A TODOS LOS COMPONENTES DEL EQUIPO DEL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.
NOTIFICADO POR EMAIL A TODO EL EQUIPO EL POWERPOINT DE LA SESION CLINICA.
SE HA ELABORADO UN TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE LA ATENCION URGENTE REFERENTE A CENTROS Y HORARIOS, DEL QUE SE HAN REALIZADO COPIAS.
SE HAN HECHO COPIAS DE DICHO TRIPTICO, PARA SU REPARTO EN CADA UNA DE LAS CONSULTAS DE LOS PROFESIONALES, Y SU POSTERIOR DISTRIBUCION A LOS PACIENTES.
EL PLAN DE ATENCION A LA DEMANDA URGENTE HA SIDO COLOCADO EN ZONAS VISIBLES: EN EL TABLON DE ANUNCIOS Y EN LAS AREAS DE ADMISION DE PLANTA BAJA Y PLANTA PRIMERA DEL CENTRO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ELABORACION DE DOCUMENTO EXPLICITO INDICANDO EL PROFESIONAL RESPONSABLE DE ATENCION URGENTE Y SU APROBACION Y PUESTA EN MARCHA. FUENTE DE INFORMACION: INFORME DEL CENTRO DE ACTAS FIRMADAS.
PORCENTAJE DE PROFESIONALES CONOCEDORES DEL MISMO 100%.
PORCENTAJE DE PROFESIONALES QUE HAN PARTICIPADO EN PATOLOGIA URGENTE, SUPERIOR AL 80%. FUENTE DE INFORMACION: INFORME DEL CENTRO DE ACTAS FIRMADAS.
PROFESIONALES DEL CENTRO QUE HAN PARTICIPADO EN AL MENOS UNA SESION RELATIVA A URGENCIAS, SUPERIOR AL 80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
APROBACION Y ACEPTACION DEL EQUIPO, CONSIGUIENDO ASI UN CONSENSO EN LA ACTUACION URGENTE TANTO EN CENTRO DE SALUD COMO EN EL DOMICILIO DEL USUARIO.
OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS EVITANDO DEMORAS EN LA ACTUACION URGENTE.
QUEDA PENDIENTE: LA PRESENTACION EN DOS SESIONES CLINICAS DE CONTENIDOS Y REVISIONES DEL CARRO, MALETIN Y SALA DE URGENCIAS, MANEJO DE MEDICACION URGENTE Y COLOCACION DE ALGORITMOS DE ACTUACION URGENTE EN ZONAS VISIBLES (QUE YA ESTAN ELABORADOS)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/670 ===== ***

Nº de registro: 0670

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO

Autores:
TORRE MAÑAS MARIA LUISA, GABAS BALLARIN MARIA PILAR, LLORENTE FAURO MARIA PILAR, CANET FAJAS CARLOTA, VAL ESCO LAURA, NAVARRO RERO SILVIA, FELIPE RUBIO ALFONSO, MARTIN TERRADO MARIA JESUS

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: PATOLOGÍA URGENTE
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0670

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

SITUACION ACTUAL: FALTA DE CONSENSO EN ATENCION URGENTE TANTO EN CENTRO DE SALUD COMO DOMICILIARIA
NECESIDAD DE UNA GESTION ADECUADA DE LA ATENCION URGENTE QUE POTENCIE LOS RECURSOS EXISTENTES EN EL CENTRO DE SALUD (PROFESIONALES Y MATERIALES) Y MINIMICE EL IMPACTO DE UN MAL USO POR PARTE DEL EAP.
MEJORA DEL REDIMIENTO DE LOS PROFESIONALES Y AUMENTO DEL GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO.

RESULTADOS ESPERADOS

EVITAR DEMORAS EN ATENCION URGENTE MEDIANTE UN DOCUMENTO QUE RECOJA EL CRITERIO PARA DESIGNAR EN CADA MOMENTO AL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ATENCION URGENTE TANTO EN EL CENTRO DE SALUD COMO EN EL AVISO DOMICILIARIO.
ORGANIZACION ESTANDARIZADA DE LA SALA DE URGENCIAS, DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIAS/EMERGENCIAS.
CONCIENZAR Y FORMAR A LA POBLACION PARA UN USO RACIONAL DE LA ATENCION URGENTE.
FORMACION CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES EN ATENCION URGENTE Y EN RCP
CREAR DOCUMENTO INFORMATIVO QUE RECOJA HORARIOS Y CENTROS DE ATENCION URGENTE EXTRAHOSPITALARIA PARA CONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS.

MÉTODO

CONSENSUAR UN PROTOCOLO DE CONTENIDO Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADA Y MALETIN DE URGENCIAS.
PROPORCIONAR A LOS PROFESIONALES DEL EAP UNA MATRIZ DE ASIGNACION DE CASOS EN ATENCION URGENTE, CONTEMPLANDO LA AUSENCIA DEL PROFESIONAL POR CAUSAS NIO PREVISIBLES.
PROMOVER LA FORMACION EN ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD, MEDIANTE CURSOS Y TALLERES, ORGANIZADOS TANTO POR LA DIRECCION COMO POR EL PROPIO CENTRO.
SITUAR EN LUGARES ESTRATÉGICOS DOCUMENTOS GRAFICOS CON EVIDENCIA CIENTIFICA SOBRE LA ATENCION URGENTE.
DISEÑAR Y DISTRIBUIR MATERIAL INFORMATIVO DIRIGIDO A LA POBLACION PARA UN USO ADECUADO DE LA ATENCION CONTINUADA/URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.

INDICADORES

--INDICADOR: : EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO SI/NO.
OBJETIVO: EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO.
--INDICADOR: PORCENTAJE DE PROFESIONALES CONOCEDORES DEL MISMO.
OBJETIVO: SUPERIOR AL 80%
--INDICADOR: PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL EAP QUE HA PARTICIPADO EN FORMACION EN PATOLOGIA URGENTE.
--OBJETIVO 80%
--INDICADOR: NUMERO TOTAL DE PROFESIONALES DEL CENTRO QUE HAN ASISTIDO/PARTICIPADO EN AL MENOS UNA SESION RELATIVA A URGENCIAS/NUMERO TOTAL DE PROFESIONALES DEL SECTOR.
OBJETIVO 80%
--INDICADOR: QUE EXISTA CONSTANCIA POR ESCRITO DE LOS CONTENIDOS Y LAS REVISIONES DE MANTENIMIENTO DEL CARRO, SALA DE URGENCIAS Y MALETINES.
OBJETIVO 80%

DURACIÓN

DE MAYO DE 2018 A MAYO DE 2019. SE PREVE LA CONTINUACION HASTA EL TOTAL DESARROLLO DEL PROYECTO.
--DE MAYO A AGOSTO 2018: CREACION DEL DOCUMENTO DEL CIRCUITO DE ATENCION EN CASO DE URGENCIA, DE LUNES A VIERNES Y DE 8 A 17H, QUE SE ENVIARA POR CORREO CORPORATIVO, PARA QUE TODO PROFESIONAL DISPONGA DE EL.
--SE ORGANIZARA CARRO, MALETIN Y SALA DE URGENCIAS, SEGUN ESTANDARES.
--DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2018: SESION CLINICA CON EL EQUIPO PARA PRESENTAR Y DIFUNDIR LA DOCUMENTACION Y TRIPTICO INFORMATIVO DE LOS LUGARES DE ATENCION SANITARIA, A TODOS LOS PROFESIONALES.
--DE ENERO A MARZO 2019: TRES SESIONES TEÓRICO PRACTICAS DE MANEJO DE MEDICACION URGENTE Y REVISION DE SVB Y SVA.
--ABRIL 2019: EVALUACIÓN DEL PROYECTO

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 - 2018/0670

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0697

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GABAS BALLARIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASENSIO ASENSIO LOURDES
GARCIA SANCHEZ NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el inicio de este proyecto nuestro objetivo, como miembros del Grupo PROA- AP fue trasladar a nuestro equipo la preocupación y las herramientas de trabajo necesarias para mejorar el uso adecuado de antimicrobianos en nuestro medio.

- El 13 de Abril de 2018, acudimos a la Jornada de programa IRASPROA : Programa integral de vigilancia, prevención y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria / Programa de optimización del uso de antibióticos. De la teoría a la acción: un paso adelante, donde se explicaron los pasos para implementarlo tanto en AP como en hospitales.

Como primer paso se nombró persona responsable del uso racional de antibióticos en nuestro equipo a M^a Pilar Gabás Ballarín (MAC del CS Delicias Sur).

- Hemos acudido a las sesiones mensuales del Grupo PROA -AP que se han llevado a cabo los días: 1 de marzo, 19 de abril, 31 de mayo, 26 de septiembre, 22 de noviembre, 20 de diciembre y 7 de febrero.

- El 5 de julio se realizó sesión con los responsables de antibióticos con el objetivo de conocer el informe de consumo de antibióticos del año 2017 en el Sector Zaragoza III y debido a la coincidencia con el periodo vacacional, se presentó al equipo Delicias Sur en octubre junto al mapa de resistencias del sector.

- Durante los meses de verano preparamos una encuesta on-line sobre el conocimiento y necesidades formativas de los Médicos de Atención Continuada (MAC) y los resultados se presentaron en el curso de formación sobre antibióticos celebrado el 29 de Noviembre. A dicho curso acudimos como docentes Nuria García y Pilar Gabás y como docente Lourdes Asensio.

- El día 18 de Noviembre celebramos el Día Europeo para el Uso Prudente de los Antibióticos y realizamos una pegada de carteles en el centro de Salud con el decálogo del buen uso de los antimicrobianos.

- El día 31 de enero presentamos la estrategia IRASPROA en nuestro centro, decálogo para el buen uso del medicamento y encuestas /casos clínicos para medicina, pediatría y enfermería. Se firmó el compromiso de adhesión de nuestro centro Delicias Sur y se envió a M^a Jesús Lallana y Mercedes Aza .

Aprovechamos la ocasión para entregar a cada médico/ATS carteles para poner en las consultas y recordar el acceso a IRASPROA y PROA-AP desde nuestra Intranet y como acceder a las guías terapéuticas tanto la de Aljarafe como a las secciones revisadas en nuestra comunidad.

-Nuria García y Lourdes Asensio, han participado en la revisión de la Guía de prescripción, en el apartado de infecciones respiratoria.

En varias ocasiones hemos enviado correos internos de OMI para insistir en la importancia de la optimización en el uso de antimicrobianos, a modo de recordatorio y poniéndonos a disposición de nuestros compañeros ante dudas que puedan surgir sobre el tema.

-Queda pendiente para el mes de marzo, sesión sobre Antibióticos en patología respiratoria, que es la parte de la guía terapéutica que ha sido revisada por nuestras compañeras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Difusión del informe de consumo /resistencias de antimicrobianos del sector a todos los miembros del equipo : 90 % de los profesionales. Se envió copia por correo del Salud a cada profesional.

-Se han realizado una sesión clínica siguiendo las pautas de IRASPROA para este año, ya que se llegó al acuerdo de unificar criterios entre los centros. Se recogió acta de firmas de asistentes y se envió al servicio de Farmacia. La asistencia fue del 80% de los profesionales.

-Queda pendiente una segunda sesión para el mes de marzo.

-Los objetivos que teníamos en el proyecto eran 3 sesiones, pero nos hemos adaptado a la estrategia IRASPROA.

-Además de las sesiones, hemos sido un grupo activo tanto en nuestro centro motivando a los profesionales de medicina, pediatría y enfermería como en el grupo PROA-AP al que pertenecemos. Hemos transmitido los acuerdos a nuestro centro, hemos animado a continuar trabajando, ya que los datos de consumo han mejorado bastante en nuestro sector y todavía podemos hacer mejor las cosas.

Hemos fomentado la formación, la implicación de los miembros del equipo y la sensación general es de satisfacción y trabajo bien hecho.

Los objetivos generales ; asistencia a sesiones PROA -AP, difusión consumo y resistencias antibióticos en el sector, dar a conocer IRASPROA, PROA -AP, aplicaciones en intranet del Salud, se han cumplido.

Únicamente tenemos pendiente una sesión en el mes de marzo sobre infecciones respiratorias que por cuestiones de agenda de sesiones clínicas en Delicias Sur no ha podido hacerse antes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dado que en 2050, la primera causa de muerte por delante de cáncer, van a ser las infecciones por gérmenes resistentes a los antibióticos, creemos que es importante recabar información, transmitirla y buscar aquellas herramientas que nos ayuden a controlar esta pandemia.

Las infecciones es una de las causas más frecuentes en Atención Primaria y somos los primeros prescriptores de antibióticos, por tanto somos responsables de hacer las cosas bien, diagnosticar y tratar adecuadamente y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0697

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR

usar los antibióticos solamente cuando sea necesario.

Debemos continuar, nuestros compañeros están respondiendo y las cifras de mejora de consumo están ahí, pero hay que seguir motivando y aprendiendo juntos.

Este proyecto debe continuar, sirviendo de enlace con PROA y siguiendo la estrategia de IRASPROA, haciendo educación sanitaria a nuestros pacientes para que vayan comprendiendo el problema y cambiando hábitos; formando a los residentes y a los MAC que por las características especiales de nuestro puesto de trabajo, tenemos más dificultades para optimizar los tratamientos; y sirviendo de apoyo siempre a nuestros compañeros solucionando dudas, opiniones, casos, etc...

Propondremos pues para 2019 que este proyecto continúe con nuevos objetivos que serán comunes a los centros adscritos a la estrategia Irasproa, con actividades comunes, sesiones clínicas en el EAP cuatrimestrales, presentación de nuevos datos de consumo y mapa de resistencias, revisión del uso de antibióticos según aparatos (respiratorio, urinario y piel) y asistencia a Jornadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/697 ===== ***

Nº de registro: 0697

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR

Autores:
GABAS BALLARIN MARIA PILAR, GARCIA SANCHEZ NURIA, ASENSIO ASENSIO LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a antibióticos, supone un importante problema de salud pública ya que no solo permiten tratar infecciones comunitarias que previamente tenían una importante morbimortalidad, sino que son un recurso para la prevención y tratamiento de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria como complicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y por tanto su abordaje es un asunto prioritario e incluye la optimización del uso de antibióticos .
Desde la Agencia Española del Medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de las Resistencias a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización del uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a mejorar el uso de antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Con este proyecto pretendemos optimizar el uso de antimicrobianos en el CS Delicias Sur, para evitar la aparición de resistencias a antibióticos.
Como miembros del equipo PROA-AP del Area III, nos adherimos a los principios generales PROA (Decálogo sobre el uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de AP de IRASPROA) y lo llevaremos al conocimiento del resto del equipo.
Fomentar el uso adecuado de antibióticos a través de sesiones formativas.

MÉTODO
Para lograr los objetivos, acudiremos a las reuniones PROA-AP mensualmente y serviremos de enlace con los miembros del equipo.
Participaremos en actividades desarrolladas por el grupo IRASPROA (jornadas, campañas sanitarias...)
Realizaremos tres sesiones formativas en el centro de salud sobre consumo de antimicrobianos y mapa de resistencias de nuestro sector, grupo PROA y aplicaciones en la intranet del Salud y enfermedades infecciosas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0697

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR

más frecuentes en atención primaria y su tratamiento según las guías actualizadas.

INDICADORES

- Difusión del informe de consumo /resistencias de antimicrobianos en el sector a todos los profesionales del EAP del CS Delicias Sur .
- Objetivo: 80% de los profesionales.
- Número de sesiones realizadas sobre PROA.
- Objetivo: 3 sesiones anuales y 80% de los profesionales participarán en la formación PROA. Sesiones clínicas con acta firmada por los asistentes.

DURACIÓN

- Asistencia a jornada IRASPROA. Zaragoza. Abril 2018.
- Nombrar un responsable del uso racional de antibióticos en el equipo. Mayo-Junio 2018.
- Dar a conocer los principios generales PROA: se realizará sesión informativa al resto del equipo para presentar el grupo PROA-AP y localizarlo en la intranet del Salud. Septiembre 2018.
- Sesión formativa sobre consumo de antimicrobianos y perfil de resistencias. Mapa de resistencias a antibióticos en nuestro sector. Octubre 2018.
- Sesión formativa sobre infecciones más frecuentes en AP y su tratamiento. Guías de prescripción de antibióticos. Diciembre 2018.
- Participar y dar a conocer las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.
- Evaluación del proyecto. Abril 2019.
- Presentación de los resultados al resto del equipo. Mayo- Junio 2019.

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 - 2018/0700

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO EN INSTITUTO Y COMIENZO EN PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE NOELIA AGUIRRE ABADIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALINDO MORALES GEMA
SOLA ANTON JOSE FERNANDO
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 alumnos 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 2018/700 ===== ***

Nº de registro: 0700

Título
VIOLENCIA DE GENERO EN EL INSTITUTO Y COMENZANDO EN PRIMARIA

Autores:
AGUIRRE ABADIA NOELIA, MENGUAL GIL JOSE MARIA, SANISIDRO FONTECHA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0700

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO EN INSTITUTO Y COMIENZO EN PRIMARIA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto estaría enmarcado en la Estrategia nacional para la erradicación de la violencia Contra la mujer y Protocolo de actuación contra la Violencia de Género Ciudad de Zaragoza

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer la sensibilidad de ls adolescentes en relación con la violencia de genero.(VdG)
Concienciar a los adolescentes sobre la VdG.
Desarrollar herramientas que favorezcan la detección de la VdG.
Detectar a lo largo del periodo a los adolescentes victimas de VdG

MÉTODO

Realización de encuesta a adolescentes para conocer su sensibilidad y conocimientos en relación al tema elegido.
Reñiones con educadores para preparar las distintas intervenciones.
Distintas intervenciones realizadas en colegios e institutos de nuestra zona básica de salud
Evaluación del impacto de estas actividades .

INDICADORES

(pendientes de definir)Indicadores provenientes de la comparación de la encuesta 1 y 2

DURACIÓN

En los institutos se harán intervenciones a los alumnos de tercero de la ESO de una hora de tiempo, en la que se proyectará un vídeo y un power point y se abrirá un debate sobre las conclusiones que han llegado tras la proyección.
A los alumnos de Segundo de ESO se les pasará el test propio elaborado hace dos años
A los alumnos de sexto de primaria se les pasará una encuesta para poder evaluar sus conocimientos sobre el tema .
Tras esa encuesta se realizará una intervención en el aula donde a través de juegos, talleres se les hablará sobre género, igualdad, respeto y Violencia de género adaptada a su edad
A los días de la intervención se volverá a pasar la encuesta propia elaborada este año.
Todas las intervenciones se realizarán durante el curso escolar

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 - 2018/0720

1. TÍTULO

¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!

Fecha de entrada: 03/01/2020

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.
AGUIRRE ABADIA NOELIA
CERON MACHADO PILAR
SOLA ANTON JOSE FERNANDO
COBOS MANCHON DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de 2019 se han llevado a cabo las actividades de intervención.

El proyecto se ofreció a los 6 colegios de la zona básica de Delicias Sur, de los que 3 participaron finalmente.

La Intervención en el Centro de Salud (ya descrita en la Memoria inicial) se llevó a cabo en las fechas siguientes:

27/2/19 CEIP Emilio Moreno Calvete.

27/3/19 Colegio Santa María Reina.

8/5/19 CEIP Andrés Manjón.

Posteriormente, los profesionales Gema Galindo y Noelia Aguirre, acudieron al centro educativo para realizar una segunda intervención y reforzar los aspectos aprendidos y/o ampliarlos (ej. Nociones de primeros auxilios).

Posteriormente, se llevó a cabo la evaluación del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Eficacia de la intervención: N° de encuestas realizadas con resultados favorables (3 o más respuestas contestadas correctamente) después de la intervención/ N° de encuestas realizadas en total x 100
 $(24+22+21) / 73 \times 100 = 67 / 73 \times 100 = 91,7\%$

2. Indicador cualitativo: Sensación/Opinión de los profesores del centro educativo y de los propios alumnos a través de la elaboración de dibujos y carteles sobre su visita.

La valoración de los profesores ha sido positiva en los 3 colegios. Uno de los puntos fuertes ha sido el vídeo elaborado de presentación que los alumnos tenían que visualizar antes de acudir a realizar la intervención.

También nos exponen que cuando enseñamos y/o reforzamos conocimientos desde el centro de salud los niños muestran más interés y quedan más interiorizados.

La ficha que los niños realizaban posteriormente en clase, incluido el dibujo, muestra que el mensaje sobre la cercanía del centro de salud ha llegado; los conceptos sobre hábitos saludables están claros y la actividad les ha resultado amena.

3. Grado de participación (número de niños que participaron en el proyecto):

$25+24+24 = 73$.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han alcanzado los objetivos de dar a conocer el centro de salud y los hábitos saludables a los niños, y de sensibilizar a docentes, pero no sabemos si ha tenido alcance con las familias.

Por otro lado, no hemos conocido la razón exacta por la que los otros 3 centros no se han interesado por la actividad.

Un gran porcentaje de los niños que acuden a la visita conocen previamente la figura de pediatra y enfermero, lo que aumenta el número de encuestas favorables.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/720 ===== ***

Nº de registro: 0720

Título
PROYECTO COMUNITARIO ¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!

Autores:
GALINDO MORALES GEMA, AGUIRRE ABADIA NOELIA, CERON MACHADO PILAR, SOLA ANTON JOSE FERNANDO, COBOS MANCHON DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0720

1. TÍTULO

¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se detecta mediante una necesidad sentida de los profesionales de salud posibles situaciones de desigualdad de género y problemas de espalda en niños asociados a malos hábitos de salud que es necesario controlar desde la infancia.
Desde los centros educativos el profesorado corrobora esta necesidad y manifiesta un desconocimiento de los alumnos del Primer Ciclo de Educación Primaria sobre determinados hábitos saludables básicos así como del centro de salud, sus profesionales y las diferentes labores que realizan, lo que les provoca desconfianza y miedo a la hora de recibir asistencia sanitaria.
La edad escolar, y en concreto los 7-8 años, es un momento idóneo para aprender hábitos saludables de una forma integral desde el comienzo. Por este motivo, este proyecto va dirigido a la población infantil de Segundo Curso de Educación Primaria de los Centros Educativos de la Zona Básica de Delicias Sur y en él participan profesionales de : Higiene bucodental, Enfermería y Fisioterapia.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover hábitos saludables en la población infantil desde un punto de vista de salud integral.
Sensibilizar a familias (a través del alumnado y personal del centro educativo) y profesores sobre la importancia de la educación para la salud desde la infancia.
Dar a conocer el Centro de Salud a la población infantil, presentándolo como un organismo "cercano, amigo y que presta ayuda".

MÉTODO

1. Actividades de organización:
 - 1.1. Reunión en el centro educativo con el Jefe de Estudios y a través del correo electrónico con los tutores del curso implicado para recoger sus necesidades de salud concretas.
 - 1.2. Reunión con los tutores en el centro educativo para explicarles qué aspectos tendrían que trabajarse en el aula antes de realizar la intervención con los niños. Visionado de un vídeo de presentación del Centro de Salud.
2. Preparación: Elaboración del vídeo de presentación del Centro de Salud por los profesionales implicados. Elaboración de una presentación tipo Power-Point para apoyar la explicación teórica de la intervención. Elaboración de una encuesta para los alumnos que realizarán antes y después de la intervención sobre conceptos sencillos sobre los profesionales y los conceptos aprendidos. Preparación de los talleres.
3. Actividades de intervención:
 - 3.1. Intervención comunitaria, que se desarrollará a través de una visita de los niños al Centro de Salud, que constará de dos partes:
 - 3.1.1. Visita conociendo el centro de Salud y sus diferentes consultas y unidades.
 - 3.1.2. Exposición teórica sobre temas relacionados con la salud, según necesidades del Centro Educativo. Realización de talleres relacionados. Encuestas a los niños antes y después de la intervención.
 - 3.2. Visita de los profesionales sanitarios al Centro Educativo para realizar una segunda intervención a través de dibujos, carteles...
4. Actividades de comunicación:
 - 4.1. Difusión a Dirección de Enfermería del Sector AP Zaragoza III.
 - 4.2. Difusión a los miembros del EAP del CS Delicias Sur.

INDICADORES

1. Eficacia de la intervención:
Nº de encuestas realizadas con resultados favorables (3 o más de 5 preguntas contestadas correctamente) después de la intervención a los niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019 - Nº de encuestas con resultados favorables (3 o más de 5 preguntas contestadas correctamente) antes de la intervención a los niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019 / Nº de encuestas realizadas de la intervención a los niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019x100
2. Indicador Cualitativo: Sensación/Opinión de los profesores del centro educativo y de los propios alumnos a través de la elaboración de dibujos y carteles sobre su visita.
3. Grado de participación: Nº de niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0720

1. TÍTULO

¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!

Enero a Septiembre/18: Gema Galindo, Noelia Aguirre, José Sola Antón.
Elaboración del vídeo de presentación del centro de Salud.
Elaboración del Power Point para la exposición teórica.
Elaboración de las encuestas para la evaluación.

Septiembre/18 a Junio/19:
Reunión en los centros educativos: Gema Galindo y Noelia Aguirre.
Difusión a la Dirección AP Sector III y EAP CS Delicias Sur: Gema Galindo y Noelia Aguirre.
Intervención en los centros de salud de los centros educativos de la zona básica de Delicias Sur: Pilar Cerón, David Cobos, Noelia Aguirre y Gema Galindo.
Segunda intervención en los centros educativos: Gema Galindo y Noelia Aguirre.

Junio/19: Fin de proyecto.

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 - 2018/0805

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE RODRIGO CORDOBA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALASTRUE PINILLA MAR
COBOS MANCHON DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado dos sesiones clinicas en el Equipo de Atencion Primaria.
La primera para médicos realizada por Dr. Daniel Barbera y su tutor Jose Carlos Perez-Villarroya sobre aspectos clinicos de diagnóstico y tratamiento y la segunda por los responsables del Proyecto y dirigida a profesionales sanitarios de medicina y enfermeria que incluía aspectos de diagnóstico, tratamiento, seguimiento, cuidados y educacion sanitaria.
Hay un modelo de sesión clinica para promover formación en IC a disposición para una eventual formación de formadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han revisado tambien pacientes con insuficencia cardiaca y patologia compleja segun listado remitido por la Direccion del sector.
La evaluación de las sesiones clinicas fueron positivas y deberian hacerse con una regularidad no menor a los 6 meses para mantener su impacto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración positiva de las actividades que han permitido un mejor diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la IC. Queda pendiente impacto en número de hospitalizaciones para lo cual no ha transcurrido el tiempo suficiente. El proyecto debe tener continuidad con una mejor coordinación con servicios hospitalarios facilitada y mediada por la dirección del sector que a dia de hoy queda pendiente de realizar.

7. OBSERVACIONES.

Se mantienen actividades comunitarias orientadas a prevención de factores de riesgo cardiovascular

*** ===== Resumen del proyecto 2018/805 ===== ***

Nº de registro: 0805

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE DELICIAS SUR

Autores:
CORDOBA GARCIA RODRIGO, ALASTRUE PINILLA MAR, COBOS MANCHON DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
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

Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.

Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutiveidad de la AP en la atención de la IC.

Actividad: Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0805

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DELICIAS SUR

proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

El C.S. Delicias sur ya hizo un estudio sobre prevalencia de la IC en el anciano en 1994. El resultado entonces fue que en pacientes mayores de 65 años la prevalencia de IC fue del 6.3%. Actualmente según el registro de OMI la prevalencia de IC y patología crónica compleja en mayores de 65 años sería del 4,8%. Dada esta prevalencia y que el 21.7% % de nuestra población esta por encima de esta edad se refuerza la pertinencia de nuestra participación en el proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO

1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC
2. Cambios en la oferta de servicios: Implementación de autocuidados en IC por parte del personal de enfermería
3. Formación: Plan de formación IC: Sesiones clínicas para revisión de las GPC en Insuficiencia Cardíaca
4. Adecuación de recursos: referentes rápidos en IC.
5. Evaluación: Ver Indicadores y Evaluación
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.
7. Actividades Comunitaria. Continuidad de la línea iniciada hace años de Prevención Cardiovascular en colaboración con asociaciones ciudadanas con la incorporación de la Prevención primaria de la Insuficiencia Cardíaca mediante los factores de riesgo más importantes: HTA, tabaquismo, dislipemias, etc

INDICADORES

INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: Actuación comunitaria con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo...) en el contexto de IC.
2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente N° Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos: CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócica respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: N° de pacientes polimedificados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN

Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
2. Oferta servicios: Plantilla autocuidados /Comunitaria: Octubre 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. Octubre - diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo Octubre-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. Junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

OBSERVACIONES

10. ENFOQUE PRINCIPAL: Mejorar calidad asistencial en pacientes con IC.
11. POBLACIÓN DIANA
 - EDAD. Pacientes mayores de 65 años
 - SEXO. Ambos sexos
 - TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
 - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Mejora de la línea de decisiones compartidas
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0805

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DELICIAS SUR

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 - 2018/0805

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE RODRIGO CORDOBA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesiones de Formación Continuada en Insuficiencia Cardíaca incidiendo en los criterios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Se han realizado 2 sesiones de formación de 60 minutos de duración.
Contribución en Formación Continuada de otros centros de Salud del Sector III (Zaragoza). Se han hecho sesiones en María de Huerva, Miralbuena, Valdefierro, Cariñena y Epila.
Se ha elaborado dos presentaciones en PPT: 1) Actualización en IC y 2) Planes de Cuidados de Enfermería en IC

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Partiendo de datos estimativos no cuantificados:

1. Se ha alcanzado una ligera reducción de los ingresos hospitalarios por descompensaciones de IC
2. Se ha aumentado en alguna medida la vacunación antigripal y antineumocócica en estos pacientes
3. Se ha incrementado ligeramente el número de pacientes de IC con plan de cuidados
4. Se ha disminuido ligeramente el porcentaje de pacientes polimedicados
5. Ha mejorado el porcentaje de pacientes tratados con betabloqueantes y ha disminuido el uso de calcioantagonistas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La formación continuada en Insuficiencia Cardíaca en el contexto de paciente complejo y la recomendación de proponer referentes de IC en los Centros de Salud es una conclusión y recomendación de este proyecto.
Ha faltado una coordinación con Servicios de Medicina Interna y de Cardiología aunque para ello estos servicios deberían aceptar que la atención primaria no es subsidiaria de sus proyectos sino que deben estar en el mismo plano para mejor coordinación y cooperación. Puede haber problemas de coordinación entre direcciones de atención primaria y especializada que deberán considerarse en futuras fases.

7. OBSERVACIONES.

Recomendamos un incremento de los recursos en personal y disposición temporal para afrontar en extensión y profundidad este tipo de proyectos

*** ===== Resumen del proyecto 2018/805 ===== ***

Nº de registro: 0805

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE DELICIAS SUR

Autores:
CORDOBA GARCIA RODRIGO, ALASTRUE PINILLA MAR, COBOS MANCHON DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
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

Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.

Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0805

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE DELICIAS SUR

implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutiveidad de la AP en la atención de la IC.

Actividad: Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

El C.S. Delicias sur ya hizo un estudio sobre prevalencia de la IC en el anciano en 1994. El resultado entonces fue que en pacientes mayores de 65 años la prevalencia de IC fue del 6.3%. Actualmente según el registro de OMI la prevalencia de IC y patología crónica compleja en mayores de 65 años sería del 4,8%. Dada esta prevalencia y que el 21.7% % de nuestra población esta por encima de esta edad se refuerza la pertinencia de nuestra participación en el proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO

1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC
2. Cambios en la oferta de servicios: Implementación de autocuidados en IC por parte del personal de enfermería
3. Formación: Plan de formación IC: Sesiones clínicas para revisión de las GPC en Insuficiencia Cardíaca
4. Adecuación de recursos: referentes rápidos en IC.
5. Evaluación: Ver Indicadores y Evaluación
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.
7. Actividades Comunitaria. Continuidad de la línea iniciada hace años de Prevención Cardiovascular en colaboración con asociaciones ciudadanas con la incorporación de la Prevención primaria de la Insuficiencia Cardíaca mediante los factores de riesgo más importantes: HTA, tabaquismo, dislipemias, etc

INDICADORES

INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: Actuación comunitaria con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo...) en el contexto de IC.
2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente N° Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos: CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócica respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: N° de pacientes polimedificados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN

Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
2. Oferta servicios: Plantilla autocuidados /Comunitaria: Octubre 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. Octubre - diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo Octubre-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. Junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

OBSERVACIONES

10. ENFOQUE PRINCIPAL: Mejorar calidad asistencial en pacientes con IC.

11. POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Pacientes mayores de 65 años
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
- PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Mejora de la línea de decisiones compartidas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0805

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE DELICIAS SUR

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

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 - 2018/0826

1. TÍTULO

AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE OLGA RUBIO REMIRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ASO GRACIA CARMEN
BARAJAS IGLESIAS BELEN
MENGUAL GIL JOSE MARIA
GARCIA SANCHEZ NURIA
FUERTES DOMINGUEZ AMPARO
ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL
AGUIRRE ABADIA NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Octubre 2018: Información y difusión del proyecto.
Enero-Marzo 2019: Dos Sesiones formativas sobre el tema en personal sanitario del centro de salud y profesores y tutores del IES Jerónimo Zurita.
Mayo-Junio 2019: Realización de cuestionarios: Inventario de depresión de Beck, Sel-harm Questionnaire y test de Appgar Familiar por los alumnos de los cursos de ESO del IES Jerónimo Zurita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Enero 2020: evaluación de resultados de los cuestionarios, en curso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Actualmente en proceso de valoración y recuento de los cuestionarios realizados.
Pendiente de conclusiones finales que serán reflejadas en la Memoria final.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/826 ===== ***

Nº de registro: 0826

Título
AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES

Autores:
RUBIO REMIRO MARIA OLGA, YETANO LARRAZABAL IORITZE, BARAJAS IGLESIAS BELEN, MENGUAL GIL JOSE MARIA, GARCIA SANCHEZ NURIA, FUERTES DOMINGUEZ AMPARO, ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL, AGUIRRE ABADIA NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha observado en los últimos años, un aumento en la prevalencia de conductas autolesivas en población adolescente. En los estudios publicados se describe una mayor comorbilidad psicopatológica y disfunción familiar. En nuestro medio se detectan tanto en atención primaria como en el ámbito escolar. Es importante la formación en estas conductas para su detección precoz y atención temprana por los diferentes profesionales implicados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0826

1. TÍTULO

AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES

RESULTADOS ESPERADOS

- Desarrollar un trabajo comunitario y multidisciplinar, colaborando con distintos activos sociales de nuestra zona: USMIJ, S.S Ayuntamiento, IES Jerónimo Zurita, Servicio de Urgencias de HCU y servicio de pediatría en Centro de Salud.
- Aumentar el grado de conocimiento de ésta conducta por los profesionales implicados a nivel sanitario y educativo al que pertenece nuestra población adolescente.
- Establecer protocolos de detección en ámbito escolar y atención primaria.
- Registrar cifras de prevalencia e incidencia.

MÉTODO

- Sesiones formativas en ámbito escolar y atención primaria, con la participación de todos los activos sociales del proyecto, para mejorar el conocimiento de la prevalencia, causas, factores de riesgo, comorbilidad, prevención y tratamiento.
- Protocolo de detección mediante test de respuesta anónima basados en el Beck Depresión Inventory (BDI) y Test de Sel-Harm questionnaire, validado en español.
- Registro de casos.
- Atención en el ámbito escolar y sanitario de casos detectados.

INDICADORES

- Cifra de prevalencia inicial.
- Cifra de incidencia anual.
- Comparación con cifras de prevalencia en estudios publicados en población infantojuvenil.
- Cuestionario para evaluar grado de conocimiento previo de profesionales implicados.
- Cuestionario para evaluar el grado de conocimiento 6 meses tras la intervención formativa y evaluación de grado de mejora.
- Evaluación psicométrica de variables psicológicas detectadas de riesgo y comorbilidad.

DURACIÓN

2018 Octubre => Información y difusión del proyecto.

2018 Noviembre-Diciembre => Inicio de proyecto.

2019 Enero-Marzo =>

- Sesión formativa de dos horas en Centro de Salud Delicias Sur. Dirigida a profesionales sanitarios, residentes de Medicina de Familia y pediatría y estudiantes de 5º y 6º de Medicina presentes en el período de rotación.

- Sesión formativa de dos horas para profesionales docentes en IES. Jerónimo Zurita.

2019 Marzo-Mayo => Realización de escalas psicométricas.

2020 Marzo-Mayo => Realización de escalas psicométricas.

2020 Septiembre => Finalización de proyecto.

2020 Octubre => Evaluación de resultados.

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 - 2018/0921

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR LLORENTE FAURO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL
GRACIA MORTE CONCEPCION
GALDEANO BIEL ANA MARIA
OCHOA MONEO PURIFICACION
LABORDA BAZAN GREGORIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el comienzo del proyecto hasta ahora hemos realizado 5 reuniones en la Asociación de Vecinos de Delicias "Manuel Viola". En ellas hemos estado representantes de varias entidades: Cáritas, centros de convivencia de Delicias, Centro Municipal de Servicios Sociales, asociación de vecinos y de los centros de salud Delicias Norte y Delicias Sur. Así, todos juntos y desde una visión mas amplia, podemos conocer de este modo la situación de la población de la zona de Delicias y plantear estrategias de acción desde varios ámbitos: el comunitario, social y sanitario.

Hemos configurado una serie de objetivos generales y específicos del grupo que formamos este proyecto y se ha definido la edad de las personas incluidas en el estudio en mayores de 70 años que viven en soledad no deseada. Nuestros objetivos generales irán enfocados a mejorar la calidad de vida y prevenir situaciones de riesgo en este colectivo.

En las primeras reuniones se creó una ficha de recursos para que cada organismo la rellenara con las actividades que realizan y así en las reuniones, compartirlas con el resto de los miembros y ponerlas todas en común. Con ello todos los que formamos parte del grupo estamos siendo conocedores de las actividades que se hacen en nuestro entorno, y así podemos transmitir las al resto de nuestros compañeros de trabajo. Muchas veces, las personas del barrio no saben todos los recursos que tienen a mano.

Los 2 Centros de Salud hemos recopilado unos listados con las personas mayores de 70 años que viven solas en cada zona. Así de manera objetiva y con cifras, entre todos estableceremos las directrices a seguir para conseguir mejorar la situación de estas personas.

En dichas reuniones, se ha informado también de la existencia de un grupo de investigación de soledad formado por personas de la comunidad de delicias que analiza las características de la población utilizando como metodología la investigación de acción participativa.

Se recopilan datos relacionados con nuestro proyecto de soledad de otras CCAA u otros barrios a través de prensa, internet u otros medios de comunicación y se pone en común toda la información, se analiza en nuestro grupo y en el de investigación nombrado anteriormente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido mantener unas reuniones periódicas entre todos los grupos que formamos el proyecto, algo difícil de conseguir dadas las características de nuestros trabajos. Teniendo una serie de objetivos claros, se tienen aún que definir en las siguientes reuniones hacia donde queremos ir con toda la información que cada entidad está dando al resto del grupo.

Se han mandado varios correos a todo el personal del Centro de Salud para poder reunir de cada cupo, las personas mayores de 70 años que viven solas y así juntarlos a los datos que proporcionen los compañeros del centro de salud Delicias Norte.

Queda pendiente realizar una sesión clínica con todas las actividades y recursos de la zona para darlas a conocer a todo el personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La organización compleja de las administraciones hace que no todas las personas de la misma ciudad dispongan de los mismos periodos de espera para las ayudas en cuidados. Dado el problema de envejecimiento de nuestra población, pensamos que es un grave problema.

Deberían adaptarse los recursos de los que disponemos a las necesidades de la población ya que en nuestro barrio de Delicias hay mucha población en riesgo.

Este proyecto debe continuar en 2019 para afianzar lo conseguido y avanzar en las mejoras para la población de riesgo del barrio de Delicias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0921

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/921 ===== ***

Nº de registro: 0921

Título
LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

Autores:
LLORENTE FAURO MARIA PILAR, GALDEANO BIEL ANA MARIA, ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL, GRACIA MORTE CONCEPCION, OCHOA MONEO PURIFICACION, LABORDA BAZAN GREGORIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ATENCION AL ANCIANO SOLO
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se trata de un proyecto intersectorial en el que participan el Centro Municipal de Servicios Sociales, Cáritas, Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias, Centro de Salud Delicias Norte y Centro de Salud Delicias Sur. Se ha detectado un incremento de las situaciones de soledad no deseada en personas mayores en Delicias, con una tasa de envejecimiento de 230,28%, tasa de sobre-envejecimiento de 17,79% y una tasa de dependencia de 56,4%. A todo esto le sumamos escasas redes de apoyo (tanto familiar, de vecindario y servicios públicos) y con un modelo urbanístico que favorece el aislamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
*Conocer la problemática y necesidades actuales de soledad no deseada en la población mayor, de dos polígonos de Delicias, coincidiendo con las zonas de salud Delicias Sur y Delicias Norte.
*Proporcionar a este grupo de población una asistencia sanitaria integral, acorde con sus necesidades y expectativas de salud manteniendo el mayor grado posible de autonomía personal y de integración en su entorno y en la sociedad.

MÉTODO
Mediante la metodología de la Investigación-Acción-Participativa que es una combinación de investigación, educación-aprendizaje y acción, se va a crear un Grupo de Investigación formada por personas de la comunidad de Delicias que será coordinado y asesorado por un Equipo Multidisciplinar formado por representantes de los agentes que promueven el Proyecto. Se aplicarán instrumentos de investigación cualitativos y cuantitativos para conocer la situación de este grupo de la población y sus necesidades. Se elaborará un informe para dar a conocer los resultados y se plantearán estrategias de acción para los diferentes ámbitos implicados: comunitario, social, sanitario.

INDICADORES
1. Equipo multidisciplinar constituido con los diferentes agentes
2. Grupo de investigación constituido
3. Aplicación de los instrumentos de investigación
4. Elaboración del informe de situación
5. Planteamiento de estrategias de acción

DURACIÓN
El Proyecto tiene una duración prevista de 2 años
DE MAYO DE 2018 A MAYO DE 2020

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0921

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

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 - 2018/0921

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR LLORENTE FAURO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL
GRACIA MORTE CONCEPCION
GALDEANO BIEL ANA MARIA
OCHOA MONEO PURIFICACION
LABORDA BAZAN GREGORIO
PARDOS ARCOS CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como seguimiento al proyecto comenzado en el año 2018 sobre la soledad no deseada en Delicias, nos hemos seguido reuniendo durante el año 2019 las diferentes entidades que participamos en este proyecto (Centro Municipal de Servicios Sociales, Cáritas, Asociación de Vecinos Manuel Viola, centros de convivencia de Delicias, C.S. Delicias Norte y C.S. Delicias Sur). Las reuniones las hemos realizado en la asociación de vecinos de manera mensual el primer jueves de cada mes exceptuando agosto.

En este año 2019 hemos terminado de poner en común las actividades que cada asociación o entidad realiza y así poder difundirla a las personas susceptibles del uso de las mismas. Cada centro de salud hemos cuantificado el número de personas mayores de 70 años que viven solas. En nuestro centro son aproximadamente 650 personas. Dentro de éstas hay personas que están en riesgo de aislamiento social ya sea porque no tienen red de apoyo familiar o por las dificultades arquitectónicas de su domicilio.

En la reunión de abril de 2019 nos reunimos el personal de ambos centros de salud para definir las características de las personas que formarán la muestra de nuestro trabajo y valoramos los diferentes caminos hacia los que el estudio puede ir.

En la reunión de mayo se determina que, para conocer mejor las necesidades de las personas del estudio, se pasarán en las consultas de los centros de salud unas encuestas junto a una escala de soledad a las personas mayores de 70 años que viven solas y acuden al centro de salud. Elegimos la escala validada Este II de soledad social que junto a una serie de preguntas y un espacio de sugerencias pasamos durante un periodo de 15 días.

Después del verano retomamos las reuniones con las conclusiones de las escalas. Se expone al grupo las conclusiones generales y diferenciadas por sexos. Acordamos plantear unas propuestas y conclusiones generales para poner en común en la siguiente reunión.

A final de año dentro de las propuestas que se realizan, está la de entrevistar a 20 personas que elijan los equipos sanitarios, para poder personalizar las necesidades y carencias. Como propuesta está la de formar a un grupo de voluntarios para poder actuar en este pequeño grupo y ayudarles en las actividades que, aunque están pendientes de definir todavía en las próximas reuniones, ya en las encuestas pasadas en verano salía que las actividades de salir a pasear, conversar, talleres de memoria y atención o ayudar en trámites administrativos eran las más demandadas por la población.

En enero de 2020 se estudia un tríptico que nos pueda servir como base para difundir en la población y así sensibilizar al entorno e intentar fortalecer las redes de apoyo de vecindad y de la comunidad. Queda pendiente ahora en marzo de este año la realización de una sesión en el centro de salud sobre nuestro proyecto de la soledad no deseada en Delicias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En primer lugar llama la atención en la puntuación total de la Escala de Soledad Social (ESS) que un 40 % de los encuestados tienen puntuaciones por encima de 15 lo que corresponde a niveles medio-altos y altos de sentimiento de soledad social, por género las mujeres tienen puntuaciones mas altas que los varones -42 % en niveles medio-altos y altos en las mujeres frente al 33 % en varones -.

Por apartados destaca el sentimiento de soledad en el componente afectivo con puntuaciones muy altas en el ítem "sentirse solo y sentirse triste" lo que contrasta con bajas puntuaciones en el ítem "sentirse querido", lo que podría explicarse por la contradicción de tener personas significativas que te quieren pero no pueden dedicar el tiempo que se consideraría necesario. Este sentimiento de soledad se acrecienta cuando se refiere al tiempo de la noche.

A pesar de tener amigos o familiares que, en general se preocupan por ellos -tener en cuenta no obstante un 29 % que no tienen este sentimiento - un alto porcentaje -44% - manifiesta que sienten que se les hace poco caso

En el apartado de comunicación es muy manifiesto que un 43% sienten que les resulta difícil hablar con alguien y un 59 % refiere que les llaman pocas veces o nunca.

Muy demostrativo resulta que todavía un 48 % utilizan pocas veces o nunca el teléfono móvil para comunicarse y mucho menos internet 93 % a veces o nunca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0921

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

También a destacar el bajo nivel de participación social en los recursos existentes 69 % solo a veces o nunca acude a centros de mayores, asociaciones, etc, y también muy llamativo la percepción de un sentimiento de rechazo a la socialización a través de estos recursos un 64% manifiesta no gustarle las actividades de ocio.

ESTOS RESULTADOS NOS MUESTRAN UNA SITUACION DE ALTO SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA, MAS ALTO EN MUJERES, CON GRANDES NECESIDADES DE COMUNICACIÓN POR UN SENTIMIENTO DE SOLEDAD AFECTIVA, CON BAJA PARTICIPACION EN LOS RECURSOS SOCIALES PARA MAYORES Y CON UN GRADO MUY BAJO DE UTILIZACION DE LAS NUEVAS TECNOLOGIAS DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

PROPUESTAS:

- En primer lugar se hace necesario establecer una red coordinada en el barrio de Delicias formada por servicios sociales sanitarios, movimiento vecinal y otros agentes sociales del barrio que sea capaz de:
- Detectar las necesidades de las personas que viven solas
- Detectar a las personas solas en riesgo de aislamiento social
- Establecer prioridades de intervención en las personas mas vulnerables
- Impulsar conocimiento de los múltiples servicios existentes en el barrio entre las personas mayores ya que se detecta una escasa motivación y participación
- Promover el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación con nuevas propuestas en el barrio de Delicias
- Difundir los resultados de este proyecto y elaborar materiales accesibles con los recursos existentes para personas mayores en el barrio: comedores sociales, centros de mayores, actividades de la asociación de vecinos...
- Coordinar un proyecto de voluntariado dirigido a las personas con mayor riesgo de aislamiento social
- Desde el centro de salud Delicias Sur se propone.
- Para las personas que viven solas incapacitadas para salir del domicilio: en primer lugar detecta las necesidades reales de estas personas, extendiendo entre todas ellas los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio y recursos de la dependencia. Se ve prioritario para este grupo el voluntariado de acompañamiento y la formación tanto de este voluntariado como de las cuidadoras principales.
- Para las personas mas válidas también es importante detectar sus necesidades reales mediante entrevistas o grupos focales, extender la teleasistencia en los mayores de 70 años, así como los servicios de ayuda a domicilio. También se ve prioritario informar sobre los recursos existentes para los mayores promoviendo entre ellos la incorporación como voluntarios de acompañamiento a mayores en riesgo de aislamiento. Y por ultimo también la formación tanto a voluntarios como a cuidadoras.

7. OBSERVACIONES.

El trabajador social Gregorio Laborda Bazan se ha jubilado en 2019 y se incorpora Carmen Pardos Arcos como nueva trabajadora social al proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/921 ===== ***

Nº de registro: 0921

Título
LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

Autores:
LLORENTE FAURO MARIA PILAR, GALDEANO BIEL ANA MARIA, ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL, GRACIA MORTE CONCEPCION, OCHOA MONEO PURIFICACION, LABORDA BAZAN GREGORIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ATENCION AL ANCIANO SOLO
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0921

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

PROBLEMA

Se trata de un proyecto intersectorial en el que participan el Centro Municipal de Servicios Sociales, Cáritas, Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias, Centro de Salud Delicias Norte y Centro de Salud Delicias Sur. Se ha detectado un incremento de las situaciones de soledad no deseada en personas mayores en Delicias, con una tasa de envejecimiento de 230,28%, tasa de sobre-envejecimiento de 17,79% y una tasa de dependencia de 56,4%. A todo esto le sumamos escasas redes de apoyo (tanto familiar, de vecindario y servicios públicos) y con un modelo urbanístico que favorece el aislamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

*Conocer la problemática y necesidades actuales de soledad no deseada en la población mayor, de dos polígonos de Delicias, coincidiendo con las zonas de salud Delicias Sur y Delicias Norte.
*Proporcionar a este grupo de población una asistencia sanitaria integral, acorde con sus necesidades y expectativas de salud manteniendo el mayor grado posible de autonomía personal y de integración en su entorno y en la sociedad.

MÉTODO

Mediante la metodología de la Investigación-Acción-Participativa que es una combinación de investigación, educación-aprendizaje y acción, se va a crear un Grupo de Investigación formada por personas de la comunidad de Delicias que será coordinado y asesorado por un Equipo Multidisciplinar formado por representantes de los agentes que promueven el Proyecto. Se aplicarán instrumentos de investigación cualitativos y cuantitativos para conocer la situación de este grupo de la población y sus necesidades. Se elaborará un informe para dar a conocer los resultados y se plantearán estrategias de acción para los diferentes ámbitos implicados: comunitario, social, sanitario.

INDICADORES

1. Equipo multidisciplinar constituido con los diferentes agentes
2. Grupo de investigación constituido
3. Aplicación de los instrumentos de investigación
4. Elaboración del informe de situación
5. Planteamiento de estrategias de acción

DURACIÓN

El Proyecto tiene una duración prevista de 2 años
DE MAYO DE 2018 A MAYO DE 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1030

1. TÍTULO

MIS MARIPOSAS VUELAN LIBRES

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE NOELIA AGUIRRE ABADIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALINDO MORALES GEMA
SOLA ANTON JOSE FERNANDO
SANCHEZ PRIETO YASMINA
ANTOÑANZAS SERRANO ALMA
COOMONTE TUNEZ PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización del cuestionario por el alumnado de sexto de primaria de los CEIP Moreno Calvete y CEIP Andrés Manjón.
Realización de una intervención en ambos CEIP, donde se habla con un lenguaje adaptado a su edad y por medio de contenidos audiovisuales, juegos, talleres..
Realización de cuestionario tras la intervención para poder valorarla y evaluarla.
Presentación de una Sesión Clínica al EAP Delicias Surpara concienciar sobre la VG y la actuación en caso de detección de algún caso .
Devolución de resultados de la encuesta realizada a los/as alumnos/as de tercero de ESO el año pasado, que este curso cursan cuarto ESO. Debate tras la devolución
Intervención en todas las vías de 1º ESO del IES Jerónimo Zurita sobre comunicación relacionada con VG (a petición del equipo orientador del IES por haber identificado múltiples problemas a lo largo del curso relacionados con este tema)
Realización del cuestionario por los /as alumnos/as de 2ºESO
Seguir con la elaboración y diseño de la unidad didáctica de prevención De VG para intervención con toda la comunidad educativa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Del análisis de las encuestas que se realizan cada año obtenemos, de las 27 preguntas tipo test, resultados cuantitativos y de las preguntas abiertas, resultados cualitativos, con los que valoramos qué tipo de intervención se adapta más a las necesidades de dicho grupo.
La valoración cualitativa del proyecto por la comunidad educativa es muy positiva, incluyéndola cada año en el programa educativo del IES y de los CEIP.
La valoración de las intervenciones por el grupo de trabajo es muy positiva, por la gran participación, el interés mostrado y la aportación de ideas por el alumnado.
Incremento de las intervenciones sobre VG tanto en el IES como en los CEIP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hay un gran desconocimiento por parte de los/as adolescentes de la Violencia de género, siguen pensando que es exclusiva de adultos.
Relacionan la VG con la violencia física y no con otros tipos.
Normalizan la VG y conviven con ella a diario.
En caso de ser testigos no saben cómo ayudar.
Normalizan la violencia verbal y creen que es una forma de expresarse propia de su edad.
Los centros educativos de educación primaria y secundaria constituyen un espacio privilegiado para llevar a cabo estudios de detección de violencia y/o desigualdad por razón de género.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1030 ===== ***

Nº de registro: 1030

Título
MIS MARIPOSAS VUELAN LIBRES

Autores:
AGUIRRE ABADIA NOELIA, GALINDO MORALES GEMA, SANCHEZ PRIETO YASMINA, COBOS MANCHON DAVID, ANTOÑANZAS SERRANO ALMA, SOLA ANTON JOSE FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1030

1. TÍTULO

MIS MARIPOSAS VUELAN LIBRES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Violencia de género
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Aumento de casos de VG detectados en los primeros cursos de la ESO y en las revisiones del C. S. Delicias Sur . En reuniones con los colegios Andrés Manjón y Moreno Calvete han mostrado su preocupación por el tema y la necesidad de que se les hable.

RESULTADOS ESPERADOS

Que los niños de 12 años hayan trabajado la igualdad, respeto y prevención de la violencia de Género

MÉTODO

Se realizará un proyecto comunitario que consiste en :

- Reunirnos con los profesores de 6º de primaria para pactar los temas que creen más importantes a tratar
- Se realizará un cuestionario tipo test (que será una primera intervención)
- Se realizará una intervención en el colegio de aproximadamente 2 h con juegos y talleres
- Se volverá a realizar el test para ver lo que han mejorado

RECURSOS : Horas de trabajo con sustitución (para reuniones, preparación e intervención) . Las fotocopias correrán a cargo del colegio . El soporte será de presentación power point

INDICADORES

Se valorará el cambio en los test

DURACIÓN

1 año renovable

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1051

1. TÍTULO

DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS. CS DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE PURIFICACION OCHOA MONEO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLE SALAZAR BEGOÑA
IZQUIERDO RODRIGUEZ CIARA
LANAU BELLOSTA NOELIA
COOMONTE TUNES PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión clínica en el CS sobre la necesidad y las técnicas para deprescribir benzodiazepinas.
Sesión clínica especial para los residentes que participan en el proyecto, valorando tanto las técnicas y pautas de la deprescripción como las estrategias cuando nos planteamos su inicio.
Elaboración de hoja/documento en el que se recogen las recomendaciones para todos los profesionales del CS.
Colaboración con Farmacia del área para evaluación de resultados a los 0-6 y 12 meses tras el inicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A los 6 meses y en colaboración con Farmacia del área III, ha disminuído el uso de benzodiazepinas en el CS alrededor de 3%
Pendientes de realización del siguiente corte a los 12 meses. (aproximadamente Mayo 2.020)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendientes de resultados finales.
Hemos comprobado la importancia de tener presente el uso y abuso de benzodiazepinas y las posibilidades de valorar el inicio y las técnicas de deprescripción.
La toma de conciencia, a través de acciones sencillas puede ser de utilidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1051 ===== ***

Nº de registro: 1051

Título
DEPRESCRIPCION DE BENZODIAZEPINAS EN CS DELICIAS SUR

Autores:
OCHOA MONEO PURIFICACION, VALLE SALAZAR BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología: Consumo inadecuado de Benzodiazepinas.
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión ("no hacer")
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las benzodiazepinas son un grupo de medicamentos con utilidad demostrada en procesos de ansiedad e insomnio y con limitaciones en su prescripción: duración, dosis y características de los pacientes. Se han observado en nuestro centro consumos por encima de lo esperado (DDD) lo que puede contribuir a un aumento de sus efectos secundarios y de dependencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo, evaluar consumo, y valorar deprescripción planteando alternativas al mismo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1051

1. TÍTULO

DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS. CS DELICIAS SUR

MÉTODO

Sesión clínica informativa con invitación a participar a los profesionales, (medicina y enfermería) dispuestos a profundizar y trasladar a sus pacientes la oferta de reducción de benzodiazepinas.
Formar grupo de trabajo y presentar resultados al resto de profesionales.

INDICADORES

Evaluación basada (en colaboración con Servicio de Farmacia) en el consumo de Benzodiazepinas al año de iniciada la actividad.

DURACIÓN

Fecha prevista en Mayo 2.019/ corte a los 6 meses y al año

OBSERVACIONES

Se podrán utilizar documentos de información, cartas dirigidos a los pacientes

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1135

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MENOR DE 4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE NURIA GARCIA SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO RERO SILVIA
MENGUAL GIL JOSE MARIA
DUCE CAMACHO SONIA
RUBIO REMIRO MARIA OLGA
AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES
FUERTES DOMINGUEZ AMPARO
CABRERIZO PEREZ DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración del proyecto:

Durante el mes de abril de 2019 se elaboró el proyecto con la colaboración de todo el equipo implicado, el proyecto se presentó al EAP y en el mes de mayo de 2019 se envió a la Unidad de Calidad del Servicio Aragonés de Salud.

Solicitud de material:

En octubre: Se solicitó el test de Diagnóstico Rápido de Influenza (TDRI) que tiene el código SERPA 16525.

Sesiones informativas / formativas:

Se realizó una sesión informativa con el equipo del proyecto. sobre el protocolo y pautas para la utilización de TDRI en pacientes que cumplan los criterios establecidos.

A finales de octubre se estableció una reunión con la Dr^a Ventura Faci, Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario y con la Dr^a Paloma Huerta, Facultativo de urgencias pediátricas del mismo hospital para realizar el adiestramiento en la toma de muestras nasofaríngeas para la realización del test.

Toma de muestras para el TDRI:

El 23 de noviembre 2019 se recibieron dos cajas de los TDRI, a partir del 29 de noviembre se realizó las primeras tomas frotis nasofaríngeo. Durante la época de epidemia gripe, se está realizando el TDRI a los menores de 4 años con fiebre o sospecha clínica de gripe, sin que por la sintomatología o la exploración pueda establecerse el origen de la fiebre.

El test se está realizando en niños menores de 4 años con fiebre de 38°C o más, entre las 12 y 48 horas de evolución. No antes de 12 horas del comienzo de la fiebre, ni más allá del 4º día.

La toma se realiza mediante frotis nasal con el hisopo que proporciona el fabricante del TDRI.

El tiempo de espera para que la lectura sea válida es de 5-10 minutos. El resultado que proporciona puede tener 6 posibilidades:

Negativo, positivo para gripe A, positivo para gripe A (H1N1), positivo para gripe B, coinfección y test inválido.

Recogida de datos:

En una plantilla se recogen datos de los sujetos testados como: Edad, sexo, temperatura máxima, horas de evolución de la fiebre, fecha de realización y semana epidemiológica. Observaciones: Seguimiento
Estos datos se vuelcan en una hoja de cálculo Excell

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han registrado 49 TDRI realizados, con los siguientes resultados:

o 24 negativos

o 25 Positivos.

De ellos 22 gripe A, 3 gripe B

o 1 fue positivo a gripe A, pero era un niño de mayor edad de la indicada en el proyecto, afecto de mielomeningocele, por ello no se ha incluido en los cálculos y no se ha contabilizado.

La edad media de los niños fue de 2,48 años.

El tiempo medio de evolución del cuadro hasta la realización de la prueba ha sido de 42,2 horas.

La temperatura media fue 39,06. Se realizó a 27 niñas, el 55,1 %, se hizo a 22 niños, el 44,9 % .

De los 49 test realizados conforme a la normativa del proyecto, 25 han resultado positivos, es decir un 51,02 % de los test realizados fueron positivos.

Desde el 25 de noviembre al 20 de enero, 58 niños menores de 4 años tuvieron un diagnóstico de FIEBRE en el Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza, según registro OMI. El TDRI se realizó en 37 de ellos, es decir el 63 % fueron cribados. No hemos explotado el dato de fiebre hasta el día 28 de enero. El total de test registrados es hasta el 28 de enero de 2020. Estos datos son incompletos porque se ha seguido haciendo test hasta el 28 de enero 2020.

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TDRI+

De los pacientes con un TDRI positivo, un niño de 8 meses acudió a urgencias por iniciativa de la familia, ya

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1135

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MENOR DE 4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA

que se le explicó que la prolongación de la fiebre más allá del 5º-6º día requeriría estudio. En urgencias del HCU se le realizó PCR que fue positiva a gripe A, igual que nuestro test, se realizó hemograma, y Rx de Tórax. No requirió tratamiento antibiótico. Fueron 2 pruebas complementarias, es decir 8% de los TDRI+. Dos pacientes requirieron antibiótico una niña de 2 años que al 5º día de evolución presentó supuración purulenta en oído derecho y un niño de 4 años, con antecedentes de otitis recurrente, con TDRI + a gripe B y con importante abultamiento de ambas membranas timpánicas desde el primer día. En una ocasión se hizo una prescripción diferida de antibióticos, que finalmente fueron administrados. Ello supone un uso de antibióticos en 3 casos, un 12% en niños positivos al test. Uno niño de 17 meses, con TDRI negativo, acudió a urgencias del HCU a las 48 horas y allí la PCR fue positiva a gripe A.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los niños pequeños con gripe pueden debutar como un síndrome febril sin foco o un cuadro respiratorio con fiebre. Para el manejo del Síndrome febril sin foco en pediatría se requiere la realización de exploraciones complementarias como : tira de orina, radiografía de tórax, hemograma, proteína C reactiva, procalcitonina, hemocultivo, etc. Algunos de estos niños podrían recibir tratamiento antibiótico ante la incertidumbre de padecer una infección bacteriana potencialmente grave.

Un test de diagnóstico de gripe positivo disminuye mucho la probabilidad de infección bacteriana, con lo cual todo lo anterior no sería necesario.

Con los datos obtenidos de la primera época de utilización del TDRI y con los datos preliminares, podemos afirmar que a 25 niños menores de 4 años se les ha manejado su cuadro febril de forma conservadora, sin necesidad de realizar pruebas complementarias, derivar a urgencia o utilizar antibióticos innecesarios salvo en 1 caso, en otros 2 lo justificaba la complicación OTITIS, pero no el diagnóstico de fiebre o gripe. Esto ha sido así ya que se disponía de un test de diagnóstico rápido de gripe positivo.

7. OBSERVACIONES.

El estudio debe continuar hasta mediados de marzo de 2020.

Dado que el umbral epidemiológico de gripe no se superó hasta la segunda semana epidemiológica, fecha 6 de enero, el proyecto debe continuar mientras exista actividad gripal elevada, que se supone pueda ser aproximadamente hasta mediados de marzo.

Una de las enfermeras de pediatría se encuentra de baja por razones relacionadas con el embarazo y ha sido sustituida por otra enfermera (Silvia Navarro Rero ha sido sustituida por Pilar Llorente Fauro)

La recepción de las cajas de los test está sometida a importantes retrasos que dificultan la agilidad para la realización de los TDRI de forma uniforme durante la estación gripal, de hecho el día 21 de enero se interrumpió la disponibilidad de los test, sin recibir las cajas pedidas en los 10 días anteriores, hasta el 23 de enero.

El proyecto debe continuar hasta el descenso de la incidencia de gripe, para hacer una evaluación final.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1135 ===== ***

Nº de registro: 1135

Título
UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACION PEDIATRICA MENOR DE 4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA

Autores:
GARCIA SANCHEZ NURIA, NAVARRO RERO SILVIA, MENGUAL GIL JOSE MARIA, DUCE CAMACHO SONIA, RUBIO REMIRO MARIA OLGA, AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES, FUERTES DOMINGUEZ AMPARO, CABRERIZO PEREZ DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Gripe
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1135

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MENOR DE 4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA

El Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza está adherido a los Programas de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA) de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Durante las épocas de actividad gripal se ha descrito un incremento del uso de antibióticos, llegando hasta un 46% en niños diagnosticados de gripe; siendo un 36% de estas indicaciones innecesarias.

Aunque se conoce perfectamente la definición de caso clínico de gripe, los niños pequeños, en especial los menores de 3-5 años, tienen dificultad para expresar síntomas como cefalea, mialgias y dolor de garganta. Durante los primeros días de un cuadro gripal los niños pequeños pueden debutar como un cuadro de fiebre sin foco que requeriría la realización de investigaciones suplementarias para descartar una infección bacteriana potencialmente severa.

La incertidumbre diagnóstica ante un cuadro gripal en pacientes menores de 3 años conduciría a una mayor prescripción de antibióticos, realización de radiografías de tórax, analíticas sanguíneas, de orina y derivaciones a urgencias hospitalarias.

Durante la pasada época epidémica de gripe (desde el 5 noviembre de 2018 a 25 de marzo de 2019), y teniendo en cuenta sólo a los niños menores de 4 años, se realizó un diagnóstico de gripe en 27 niños y 121 fueron diagnosticados de fiebre.

La posibilidad de disponer de test de diagnóstico rápido de influenza (TDRI) permitiría un manejo más preciso de estos pacientes y una disminución del uso de antibióticos, se ha descrito hasta un 70%, ya que un TDRI positivo reduce al mínimo la posibilidad de una infección bacteriana grave o que requiera antibióticos. También han disminuido la realización de radiografías de tórax y otras exploraciones complementarias.

Respecto a la sensibilidad del TDRI en los estudios que incluyeron niños fue mejor que en población adulta. El resultado del test rápido es valioso cuando es positivo, ya que su especificidad es cercana al 100%. Su sensibilidad aumenta en la época en que la prevalencia de gripe es mayor. Por ello, los resultados negativos de las pruebas rápidas deben interpretarse con precaución debido a la posibilidad de falsos negativos. La sensibilidad de la prueba depende en gran parte de la calidad de la muestra obtenida. El frotis nasofaríngeo es más sensible que el frotis nasal al obtener mayor contenido antigénico.

La prueba rápida disponible, que actualmente están utilizando en nuestro hospital de referencia (SD Influenza Ag A/B/A(H1N1) Pandemic) tiene el código SERPA 16525. Cada caja cuesta 266 euros y contiene 25 test.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general:

Mejorar la precisión diagnóstica de la gripe en niños menores de 4 años

Objetivos específicos:

- Disminuir el uso de antibióticos en niños menores de 4 años que presenten un cuadro febril o síndrome gripal durante las semanas de actividad de la gripe.
- Reducir la realización innecesaria de pruebas complementarias como radiografías de tórax, analíticas de sangre o de orina. Limitar las derivaciones a urgencias hospitalarias.
- Investigar la correlación entre el diagnóstico de gripe por criterios clínicos o con confirmación mediante TDRI.

MÉTODO

El TDRI se realizará en menores de 4 años si al disponer de una prueba positiva se modificarían las actuaciones subsiguientes.

Durante las semanas epidemiológicas 45 a 13, es decir, entre el 5 de noviembre y el 25 de marzo, época de epidemia gripal, se realizará el TDRI a los menores de 4 años con fiebre o sospecha clínica de gripe.

La muestra obtenida se realizará mediante un frotis nasofaríngeo.

El test se realizará, a las 12 -48 horas del inicio de la sintomatología. Nunca antes de 12 horas de evolución de la fiebre.

Un TDRI positivo disminuye mucho la probabilidad de infección bacteriana, con lo cual no sería necesario tratamiento antibiótico ni otras pruebas complementarias. Los pacientes con un TDRI negativo serán evaluados y seguidos de la forma habitual en estos casos.

INDICADORES

- % de niños menores de 4 años con un cuadro febril o síndrome gripal en los que se realiza el TDRI.
- % de niños menores de 4 años en los que se realiza el TDRI y se obtiene un resultado positivo.
- % de utilización de antibióticos en niños menores de 4 años con TDRI positivo.
- % de utilización de pruebas complementarias o derivación a urgencias en niños menores de 4 años con TDRI positivo.

DURACIÓN

Abril: Presentación del proyecto al EAP.

Octubre: Solicitud test y sesión informativa sobre el proyecto y pautas para la utilización de TDRI en pacientes que cumplan los criterios establecidos.

Noviembre 2019- Marzo 2019: Utilización del TDRI y registro de las variables que permitan evaluar la consecución de los objetivos planteados.

Abril 2020: Evaluación de resultados mediante la revisión de indicadores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1135

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MENOR DE 4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1139

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 29/01/2020

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.

LANAU BELLOSTA NOELIA
COOMONTE TUNEZ PABLO
IZQUIERDO RODRIGUEZ CIARA
VALLE SALAZAR BEGOÑA
DEL PUEYO PARRA MARTA
PEREZ VILLARROYA JOSE CARLOS
MENGUAL GIL JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como consecuencia de la dotación de un ecógrafo en el centro de salud Delicias Sur y de la realización del curso de formación básica en 2018, se planteó como objetivo integrar esta prueba diagnóstica en el proceso clínico-asistencial del centro.

Para ello a partir de marzo-abril de 2019 se ha creado una agenda diaria para citar a pacientes a ecografías. Un médico de plantilla realiza durante 3 horas a la semana ecografías solicitadas por el resto de médicos del equipo. Por otra parte 3 médicos de familia más y dos pediatras realizan ecografías de sus respectivos pacientes. Además 4 médicos residentes con formación específica se han incorporado también a este circuito. De modo que en total de 8 cupos de medicina de familia y 2 de pediatría disponen de la oferta de ecografías en el centro.

Se han realizado 3 cursos de formación en ecografías el centro organizados por el IACS a los que han asistido 4 médicos de familia del centro mas 5 médicos residentes de 3º y 4º año. Los cursos han consistido en tres módulos de 7 horas de duración repartidos en tres áreas: ecografía tiroidea, ecografía de riñón y vías urinarias y ecografía abdominal. También hay que reseñar que 4 médicos residentes han recibido formación específica con rotaciones externas de uno o dos meses de duración en el tercer año de su especialidad. Se ha realizado una sesión clínica en el equipo describiendo las indicaciones de las ecografías realizadas en el periodo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para la evaluación de los resultados de este proyecto se diseñó una hoja de recogida de datos en la que consta la identificación del paciente, el médico responsable, edad y sexo del paciente, región estudiada, indicación de la prueba y hallazgos encontrados,

Hasta el momento actual a mitad de enero de 2020 y desde el comienzo de este proyecto en abril de 2019 se han realizado un total de 200 ecografías en el centro de salud. Con la siguiente distribución: 110 en mujeres y 90 en varones.

Hígado y abdomen superior 74
Riñon y vias urinarias 52
Próstata 19
Escroto 7
Partes blandas 10
Musculo-esquelético 10
Ginecológicas 5
Tiroides 42

No tenemos todavía una evaluación específica de los hallazgos ecográficos en relación con las indicaciones clínicas de la prueba diagnóstica porque todavía no hemos cumplido el período de tiempo que se prefijó para este proyecto y que termina a finales de abril de 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Podemos adelantar que el acceso a la ecografía nos está permitiendo detectar hallazgos que nos ayudan a responder a preguntas clínicas básicas para del diagnóstico clínico del paciente, podemos citar como ejemplos la objetivación del tamaño prostático en las HBP, la medición del residuo post-miccional, la visualización de nódulos tiroides, la detección de colelitiasis, la presencia de esteatosis hepática, o la presencia o no de dilatación de pelvis renal entre otros hallazgos mas frecuentes.

Al mismo tiempo se han podido detectar patologías potencialmente mas severas como la presencia de lesiones en órganos como el hígado, el riñón o las vía biliar entre otros que nos llevado acortar los tiempos de espera para el diagnóstico, a través de la interconsulta virtual o remitiendo al paciente por conductos preferentes. Nuestra intención es tener todos estos datos completos con su correspondiente análisis estadístico al completar el periodo de un año y plantear una continuación del proyecto durante al menos un año mas al tratarse de un nueva tecnología diagnóstica de reciente implantación en atención primaria

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1139

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1139 ===== ***

Nº de registro: 1139

Título
EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

Autores:
ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL, LANAU BELLOSTA NOELIA, COOMONTE TUNEZ PABLO, IZQUIERDO RODRIGUEZ CIARA, VALLE SALAZAR BEGOÑA, DEL PUEYO PARRA MARTA, PEREZ VILLARROYA JOSE CARLOS, MENGUAL GIL JOSE MARIA

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: PATOLOGÍA TIROIDEA, ABDOMINO-PÉLVICA, MUSCULOESQUELÉTICA, VASCULAR.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A RAÍZ DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA, EN JUNIO DE 2018 SE REALIZÓ FORMACIÓN A MÉDICOS DE FAMILIA Y PEDIATRAS EN EL CENTRO DE SALUD (DOTADO DE ECÓGRAFO). DESDE ENTONCES SE HAN IDO REALIZANDO ECOGRAFÍAS CON EL OBJETO DE AMPLIAR LA EXPERIENCIA EN ESTE CAMPO.
LA ECOGRAFÍA ES UNA TÉCNICA DE DIAGNÓSTICO, NO INVASIVA, CUYA UTILIDAD EN CUALQUIER ENTORNO CLINICO NO OFRECE DUDAS EN EL MOMENTO ACTUAL. EN UN CONTEXTO CLINICO CONCRETO PUEDEN MEJORAR LAS DECISIONES Y ACTUACIONES DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

RESULTADOS ESPERADOS
1. EVALUAR EL GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN NUESTRO CENTRO DE SALUD TRAS UN AÑO DESDE SU IMPLANTACIÓN.
2. VALORAR LA UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ECOGRAFÍA EN INDICACIONES CONCRETAS COMO:HEMATURIA, DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO, ALTERACIONES TIROIDEAS, SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR..EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.
3. INTENTAR EXTENDER EL USO DE LA ECOGRAFÍA EN EL MAYOR NÚMERO DE FACULTATIVOS DEL CENTRO.

MÉTODO
1. ORGANIZATIVAS: CREACIÓN DE AGENDA ESPECÍFICA PARA REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍAS ACCESIBLE A TODOS LOS FACULTATIVOS DEL CENTRO.
2. FORMACIÓN: CURSO ESPECÍFICO PARA TITULARES DEL CENTRO DE SALUD. REALIZACIÓN DE ROTACIONES EXTERNAS EN SERVICIOS DE ECOGRAFÍA DURANTE LA FORMACIÓN MIR.
3. REALIZACIÓN DE SESIONES CLINICAS A LO LARGO DEL AÑO (AL MENOS 2) PARA VALORAR LA EVOLUCIÓN DEL PROYECTO Y CON FINALIDAD MOTIVACIONAL.

INDICADORES
1. NÚMERO DE ECOGRAFÍAS REALIZADAS
2. CUANTIFICACIÓN DE LAS ECOGRAFÍAS REALIZADAS EN CADA CUPO.
3. INDICACIONES DE CADA ECOGRAFÍA.
4. HALLAZGOS EN CADA ECOGRAFÍA

DURACIÓN
UN AÑO (DE ABRIL DEL 2019 A ABRIL DEL 2020) PRORROGABLE.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1323

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GABAS BALLARIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA SANCHEZ NURIA
ASENSIO ASENSIO LOURDES
NAVARRO RERO SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Monitorización de dos indicadores de utilización de antibióticos: uno de ellos es el DHD de antibióticos totales cuyo objetivo 2019 era 18,2%, manteniéndolos por debajo de la media del sector. El segundo de ellos es el porcentaje de envases de macrólidos, cuyo objetivo 2019 era 20,8%, reduciendo un 2% con respecto a 2018. Revisión de la adecuación de la prescripción de Azitromicina prescrita en 2018 mediante un estudio descriptivo, obteniendo una muestra representativa aleatorizada de los pacientes que tomaron Azitromicina en 2018 en el CS Delicias Sur.

Revisión de la indicación de test rápido de estreptococo en base a criterios clínicos, revisando los test realizados en la consulta de Atención Continuada en el primer trimestre de 2019 y relacionándolos con los criterios clínicos o de Centor para ver la adecuación en la indicación.

Sesiones informativas sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes: tras las sesiones para los responsables de antibióticos del Área III realizamos sesiones clínicas en el centro de salud para compartir con el equipo lo allí expuesto, corrigiendo errores y modificando pautas de actuación incorrectas.

Elaboración de material sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes: se elabora un tríptico de contenido básico y de sencilla comprensión consensuado con el servicio de farmacia del Área III y el consejo de salud de la zona básica de salud. Material para entregar en las actividades que se realizan en la asociación de vecinos Manuel Viola.

Preparación de una sesión informativa sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes a través del Consejo de Salud de la zona. El responsable de antibióticos acude a varias sesiones del Consejo de Salud para presentar propuestas de material impreso sobre información de antibióticos a pacientes y la posibilidad de realizar charlas informativas donde los pacientes puedan comprender mejor la importancia del buen uso de antibióticos y plantear dudas.

A lo largo del año y vía correo electrónico hemos compartido información, últimas recomendaciones y resolución de dudas con los compañeros del equipo, tanto de enfermería como de medicina.

Se ha favorecido el uso de Test rápido de Streptococo entre los componentes del equipo, realizando formación en enfermería y dejando un algoritmo de uso junto a la caja de Test para que sea más fácil su uso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El porcentaje de profesionales que han recibido información sobre indicadores de utilización de antibióticos ha sido del 100%.

DHD de antibióticos totales: en el periodo de enero-noviembre, el número de DHD es de 9,9, muy por debajo de la media del sector que ha sido de 14 DHD.

Porcentaje de envases de macrólidos: en el periodo de enero - noviembre el porcentaje de envases de macrólidos es de 15,7% y ha disminuido de forma considerable respecto al año anterior (21,2% en 2018)

Revisión de la adecuación de la prescripción de Azitromicina de 2018: el consumo de macrólidos en AP ocupa el 3º lugar y en nuestro centro en concreto era bastante alto, decidimos revisar las prescripciones y ver si se adaptaban a las guías terapéuticas autonómicas. Observamos que las prescripciones que se ajustaban a las indicaciones de las guías fueron un 8,2% (Tosferina, FAA en alérgicos a penicilina, uretritis gonocócica y GEA por Campylobacter), el resto de prescripciones fueron la mayoría en procesos víricos en los cuales no estaba indicado el antibiótico. Se presentaron los datos a los miembros del equipo para favorecer un cambio en la tendencia de prescripción y adecuarla a la etimología de las patologías.

Revisión de indicación de Test rápido de estreptococo: Relacionamos los resultados positivo o negativo del test con los criterios Centor, para criterios Centor 1 y 2 los porcentajes de valores positivos de Test eran muy bajos, en cambio con 3-4 criterios Centor aumentaba hasta un 83. Debemos por tanto hacer un diagnóstico correcto, en caso de 3- criterios, se realiza test rápido y este debe de ser correctamente realizado para lo que es importante la formación e información tanto a profesionales como paciente. Desde este punto decidimos importante formar a nuestro personal de enfermería para realizar correctamente el test, incluso valoramos la posibilidad de realizar un video para añadirlo al panel de control de PROA de la intranet de nuestro sector.

Se realizan reuniones con el consejo de salud los días 25 de abril y 30 de mayo de 2019 para presentar un triplico de información para pacientes y estudiar la posibilidad de realizar una charla en algún local de alguna de las entidades participantes en el consejo. Se deja el tríptico preparado y la charla para cuarto trimestre, pero debido a la incorporación de la OPE y traslados, con la movilización de parte del equipo, se ha pospuesto para este año 2020.

Se han realizado 3 sesiones clínicas de formación sobre antibióticos: Jueves 4 de abril, sobre IRA - primera parte (80% de participación), jueves 2 de mayo sobre IRA- 2ª parte (82% de participación) y 27 de junio sobre ITU. El 7 de septiembre se envía un correo electrónico a todo el personal del equipo con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1323

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS SUR

recomendaciones, resolución de dudas, manual de toma de muestras de nuestro área, etc. La sesión sobre piel y partes blandas no ha podido realizarse por la movilidad por traslados e incorporación OPE. Nuria García Sancheteee y Maria Pilar Gabás Ballarín participamos en la preparación de un curso sobre PROA para médicos de atención continuada que se realizó en Junio de 2019 y participamos como ponentes. Acudimos al Congreso sobre calidad en salud que se celebró en Teruel los días 19 y 20 de marzo y participamos con las siguientes comunicaciones orales: Indicación de test Rápido del Streptococo en base a criterios clínicos y Revisión de la Calidad de prescripción de Azitromicina en AP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos positivamente los resultados obtenidos en los indicadores de uso de antibióticos en el 2019, habiendo mejorado con respecto a años anteriores. Esto es fruto del esfuerzo y trabajo realizado tanto por los componentes del grupo de mejora como del resto de profesionales del equipo que se han implicado favorablemente y con entusiasmo para alcanzar los objetivos. Las sesiones clínicas han sido muy amenas, creando un coloquio constructivo lo que nos llevo a dividir la sesión de IRA en dos. Estamos convencidos que este esfuerzo debe proseguir, hay que seguir formando al equipo y estimulando para que el buen uso de antibióticos sea la norma y sea innato en nuestro quehacer diario. Debemos seguir formando en toma de muestras haciendo sesiones clínicas con enfermería, en infecciones de transmisión sexual que están aumentando de forma alarmante, seguir con nuestra educación sanitaria a pacientes con folletos informativos y charlas para que se unan a nuestro esfuerzo por conseguir ganar la batalla a las resistencias bacterianas. Este equipo de mejora debe seguir, de medio de comunicación entre el equipo AP y el PROA-AP, con los mismos objetivos que hasta ahora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1323 ===== ***

Nº de registro: 1323

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS SUR

Autores:
GABAS BALLARIN MARIA PILAR, GARCIA SANCHEZ NURIA, ASENSIO ASENSIO LOURDES, NAVARRO RERO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).

El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.

También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria y pacientes, mejorando la adecuación de su prescripción y su uso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1323

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS SUR

Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO

1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.
3. Dar una sesión informativa sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes a través del Consejo de Salud de la zona

INDICADORES

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 18,2 (Mantener por debajo de la media del sector)
- Porcentaje de envases de macrólidos. Objetivo 2019: 20,8% (reducción de 2% respecto a 2018)
- Revisar adecuación de la prescripción de Azitromicina prescrita en 2018
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.
- Elaboración de material sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes
- Realización de la sesión informativa sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes

DURACIÓN

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Abril- Reunión con el Consejo de Salud
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Octubre-Noviembre: sesión en el consejo de salud sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2018/0720

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO ;CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!"

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE GEMA GALINDO MORALES
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS DELICIAS SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUIRRE ABADIA NOELIA
CERON MACHADO PILAR
SOLA ANTON JOSE FERNANDO
COBOS MANCHON DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se está cumpliendo el calendario de actividades programado en la memoria inicial.

De Enero a Septiembre/18, Gema Galindo, Noelia Aguirre y José Sola Antón han llevado a cabo las siguientes actividades:

Elaboración del vídeo de presentación del centro de Salud.

Elaboración del Power Point para la exposición teórica a los niños durante la intervención en el centro de salud.

Elaboración de las encuestas para la evaluación.

Desde Septiembre/18 Gema Galindo y Noelia Aguirre se han comunicado con los centros educativos de la zona de Delicias, ofreciendo la actividad a todos los centros durante este curso escolar.

Además, han realizado la difusión del Proyecto a la Dirección AP Sector III y al EAP CS Delicias Sur.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La Intervención en los centros de salud de los centros educativos de la zona básica de Delicias Sur se llevará a cabo por Pilar Cerón, David Cobos, Noelia Aguirre y Gema Galindo durante los meses de febrero a mayo de 2019 puesto que han sido las fechas convenientes con los centros educativos en base a su programación escolar. Por tanto no disponemos de indicadores para evaluar resultados por el momento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No podemos obtener conclusiones puesto que no tenemos resultados todavía.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/720 ===== ***

Nº de registro: 0720

Título
PROYECTO COMUNITARIO ;CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!"

Autores:
GALINDO MORALES GEMA, AGUIRRE ABADIA NOELIA, CERON MACHADO PILAR, SOLA ANTON JOSE FERNANDO, COBOS MANCHON DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se detecta mediante una necesidad sentida de los profesionales de salud posibles situaciones de desigualdad de género y problemas de espalda en niños asociados a malos hábitos de salud que es necesario controlar desde la infancia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0720

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO ;CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!“

Desde los centros educativos el profesorado corrobora esta necesidad y manifiesta un desconocimiento de los alumnos del Primer Ciclo de Educación Primaria sobre determinados hábitos saludables básicos así como del centro de salud, sus profesionales y las diferentes labores que realizan, lo que les provoca desconfianza y miedo a la hora de recibir asistencia sanitaria. La edad escolar, y en concreto los 7-8 años, es un momento idóneo para aprender hábitos saludables de una forma integral desde el comienzo. Por este motivo, este proyecto va dirigido a la población infantil de Segundo Curso de Educación Primaria de los Centros Educativos de la Zona Básica de Delicias Sur y en él participan profesionales de : Higiene bucodental, Enfermería y Fisioterapia.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover hábitos saludables en la población infantil desde un punto de vista de salud integral. Sensibilizar a familias (a través del alumnado y personal del centro educativo) y profesores sobre la importancia de la educación para la salud desde la infancia. Dar a conocer el Centro de Salud a la población infantil, presentándolo como un organismo “cercano, amigo y que presta ayuda”.

MÉTODO

1. Actividades de organización:
 - 1.1. Reunión en el centro educativo con el Jefe de Estudios y a través del correo electrónico con los tutores del curso implicado para recoger sus necesidades de salud concretas.
 - 1.2. Reunión con los tutores en el centro educativo para explicarles qué aspectos tendrían que trabajarse en el aula antes de realizar la intervención con los niños. Visionado de un vídeo de presentación del Centro de Salud.
2. Preparación: Elaboración del vídeo de presentación del Centro de Salud por los profesionales implicados. Elaboración de una presentación tipo Power-Point para apoyar la explicación teórica de la intervención. Elaboración de una encuesta para los alumnos que realizarán antes y después de la intervención sobre conceptos sencillos sobre los profesionales y los conceptos aprendidos. Preparación de los talleres.
3. Actividades de intervención:
 - 3.1. Intervención comunitaria, que se desarrollará a través de una visita de los niños al Centro de Salud, que constará de dos partes:
 - 3.1.1. Visita conociendo el centro de Salud y sus diferentes consultas y unidades.
 - 3.1.2. Exposición teórica sobre temas relacionados con la salud, según necesidades del Centro Educativo. Realización de talleres relacionados. Encuestas a los niños antes y después de la intervención.
 - 3.2. Visita de los profesionales sanitarios al Centro Educativo para realizar una segunda intervención a través de dibujos, carteles...
4. Actividades de comunicación:
 - 4.1. Difusión a Dirección de Enfermería del Sector AP Zaragoza III.
 - 4.2. Difusión a los miembros del EAP del CS Delicias Sur.

INDICADORES

1. Eficacia de la intervención:
Nº de encuestas realizadas con resultados favorables (3 o más de 5 preguntas contestadas correctamente) después de la intervención a los niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019 - Nº de encuestas con resultados favorables (3 o más de 5 preguntas contestadas correctamente) antes de la intervención a los niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019 / Nº de encuestas realizadas de la intervención a los niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019x100
2. Indicador Cualitativo: Sensación/Opinión de los profesores del centro educativo y de los propios alumnos a través de la elaboración de dibujos y carteles sobre su visita.
3. Grado de participación: Nº de niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019.

DURACIÓN

Enero a Septiembre/18: Gema Galindo, Noelia Aguirre, José Sola Antón.
Elaboración del vídeo de presentación del centro de Salud.
Elaboración del Power Point para la exposición teórica.
Elaboración de las encuestas para la evaluación.

Septiembre/18 a Junio/19:

Reunión en los centros educativos: Gema Galindo y Noelia Aguirre.
Difusión a la Dirección AP Sector III y EAP CS Delicias Sur: Gema Galindo y Noelia Aguirre.
Intervención en los centros de salud de los centros educativos de la zona básica de Delicias Sur: Pilar Cerón, David Cobos, Noelia Aguirre y Gema Galindo.
Segunda intervención en los centros educativos: Gema Galindo y Noelia Aguirre.

Junio/19: Fin de proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0720

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO ;CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!"

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 más importancia. Situación que podemos utilizar ya que la mayoría de la población está 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 sinónimo 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 más allá 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, espirometrías, electros, cultivos, tes del aliento

IT, bajas / altas

Dentro de la legalidad vigente y dependiendo 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, permitiéndole 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 las 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 RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1705

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 EJEJA 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 - 2018/0124

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA MEJORA DE LA SALUD BUCODENTAL EN POBLACION INFANTIL DE 6 A 8 AÑOS DEL C.P MAMES ESPERABE DE EJEJA DE LOS CABALLEROS, BASADA EN HABITOS DIETETICOS BUCOSALUDABLES

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE JAVIER AGUADO CASADO
· Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/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.
MARCO RUIZ NOELIA CONCEPCION
NDJOU'OU MURILLO ESTEFANIA
FENOLLE DOMINGUEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se dió charla a los seis grupos de niños de 6-8 años, se proyectaron dos videos informativos sobre técnica de cepillado y la importancia de no abusar de los dulces para tener boca sana en forma de cuento. Se hizo encuesta a mano alzada sobre 8 items relacionados con salud bucal.
Se impartió charla a los padres de los alumnos sobre dieta bucosaludable, se les proporcionó encuesta sobre dieta cariogénica para rellenar en casa y devolver en consulta del centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como indicadores se usaron los ICF (índice de cariogenicidad por frecuencia), ICC (índice de cariogenicidad por consumo) y la suma de ambos índices anteriores de lo que resulta el Valor Potencial Cariogénico.
Se ha detectado algunos errores de concepto sobre alimentos cariogénicos, azúcares añadidos en alimentos procesados, bebidas azucaradas gaseosas y mayor o menor perjuicio del momento de ingesta de dulces.
La encuesta es la de Lipari y Andrade sobre cariogenicidad de la dieta de la que se desprenden unos resultados sospechosamente buenos que contrastan con lo que conocemos en la consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se minusvalora por los padres el perjuicio de ciertos alimentos muy consumidos, como los zumos procesados (ácidos y muy azucarados), no se controla el consumo de ciertos alimentos como cereales azucarados, batidos y yogures procesados, se evitan alimentos que exijan masticación, siendo la dieta en exceso blanda, que aumenta la placa dental y disminuye la autoclusión. Además, intuimos que la encuesta no se ha respondido con la veracidad y exactitud requeridas y que hubo muchas ausencias de padres en la charla y demasiadas encuestas sin contestar, indicativo de baja implicación familiar en estas cuestiones, no queriéndose imponer con los niños por no contrariarlos y no ver el perjuicio por ser sus consecuencias a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/124 ===== ***

Nº de registro: 0124

Título
PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA SALUD BUCODENTAL EN POBLACION INFANTIL DE 6 A 8 AÑOS DEL C.P. "MAMES ESPERABE" DE EJEJA DE LOS CABALLEROS, BASADA EN HABITOS DIETETICOS BUCOSALUDABLES

Autores:
AGUADO CASADO JAVIER, MARCO RUIZ NOELIA CONCEPCION, NDJOU'OU MURILLO ESTEFANIA, FENOLLE DOMINGUEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEJA DE LOS CABALLEROS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SALUD BUCODENTAL
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

SE CONSTATA LA ALTA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN POBLACIÓN INFANTIL QUE NO DISMINUYE COMO DESEARÍAMOS PESE A LA PRÁCTICA DE MEDIDAS PREVENTIVAS (USO DE COLUTORIOS FLUORADOS, FLUORIZACIONES TÓPICAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0124

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA MEJORA DE LA SALUD BUCODENTAL EN POBLACION INFANTIL DE 6 A 8 AÑOS DEL C.P MAMES ESPERABE DE EJEJA DE LOS CABALLEROS,BASADA EN HABITOS DIETETICOS BUCOSALUDABLES

EN CONSULTA Y EDUCACIÓN EN HIGINE BUCODENTAL). DICHAS PRÁCTICAS APARECEN REFLEJADAS DETALLADAMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA.

EN LO REFERENTE A LOS HÁBITOS DIETÉTICOS ESTE CONTROL QUEDA A CARGO DE LA UNIDAD FAMILIAR, CARECIENDO EN CONSULTA DE REGISTRO SOBRE ESTOS.POR ELLO SE CONSIDERA OPORTUNO QUE EXISTA UN REGISTRO DE CONTROL DE LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS, FOLLETOS INFORMATIVOS SOBRE EL TEMA CITADO Y MAYOR IMPLICACIÓN EN DOCENCIA SOBRE EL TEMA REALIZANDO CHARLAS EDUCATIVAS DIRIGIDAS A PADRES, PROFESORES Y NIÑOS.

RESULTADOS ESPERADOS

-SE ESPERA OBTENER UN AUMENTO EN EL CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS DIETÉTICOS BUCOSALUDABLES EN NIÑOS, PADRES Y PROFESORES.

-POBLACIÓN DIANA: ALUMNOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE 6 A 8 AÑOS DEL COLEGIO MAMES ESPERABÉ DE EJEJA DE LOS CABALLEROS(INCLUIDOS EN PROGRAMA PABIJ),PADRES DE DICHO ALUMNADO Y SUS PROFESORES.

-COMO INTERVENCIÓN SE REALIZARÁN CHARLAS CUYO CONTENIDO VERSARÁ SOBRE ALIMENTOS Y BEBIDAS CARIOGÉNICAS, PIRAMIDE ALIMENTICIA, SE PASARÁ TEST DE CONOCIMIENTOS PREVIOS Y POSTERIORES A LA CHARLA Y ASI MÍSMO SE INFORMARÁ A LOS PADRES SOBRE EL PROGRAMA PABIJ Y UNA TABLA QUE DEBERÁN TRAER A LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL SOBRE LA DIETA DEL NIÑO DURANTE SIETE DÍAS.

MÉTODO

-CHARLAS EDUCATIVAS A PROFESORES Y NIÑOS CON EMPLEO DE MEDIOS AUDIO VISUALES.(POWER POINT, VIDEOS Y POSTERES: UNA CHARLA ANUAL POR RANGO DE EDAD: TOTAL. 3 CHARLAS

-CHARLA INFORMATIVA PARA PADRES DE NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS DEL CITADO COLEGIO. TOTAL: 1 CHARLA.

- REALIZACIÓN DE TRÍPTICO INFORMATIVO QUE SE UBICARÁ EN LA PROPIA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL.

-CREACIÓN DE LA TABLA DE AUTO REGISTRO DE DIETA Y EXPLICACIÓN A LOS PADRES DE LA MISMA.

-CREACIÓN DE HOJA DE TEST DE CONOCIMIENTOS .

INDICADORES

-VALORACIÓN CON LA TABLA DE AUTO REGISTRO DE DIETA DEL DESCENSO EN EL CONSUMO DE ALIMENTOS NO BUCOSALUDABLES.

-PORCENTAJE DE ASISTENCIA A LAS CHARLAS PARA PADRES.

DURACIÓN

- MAYO.CONTACTO TELEFÓNICO CON DIRECCIÓN DEL COLEGIO Y REALIZACIÓN DE PROYECTO DE CALIDAD.

-SEPTIEMBRE. REUNIÓN PERSONAL CON DIRECCIÓN PARA INFORMARLES DEL PROYECTO Y CONCRETAR FECHAS PARA CHARLAS DE PADRES Y ALUMNOS

-NOVIEMBRE. IMPARTICIÓN DE CHARLAS.

- EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS EN CONSULTA .

-DURACIÓN: SEPTIEMBRE A JUNIO DE L CURSO ESCOLAR.

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 - 2018/0819

1. TÍTULO

PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL LLERA GUERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAL JIMENEZ NURIA
CHAMORRO LASALA JOSE ANTONIO
GOÑI ELORRI YOLANDA
MONLEON SANZ YOLANDA
GARCIA YESTE MIGUEL
EZQUERRA CAUDEVILLA MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
IMPLANTACIÓN DE CONSULTA MONOGRÁFICA ANTITABACO
IMPLANTACIÓN CALENDARIO VACUNAL ADULTO
IMPLANTACIÓN PACIENTE CRONICO COMPLEJO E INICIO DE SEGUIMIENTO
COORDINACIÓN CON CARDIOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA PARA SEGUIMIENTO Y MANEJO, PROTOCOLOS, CRITERIOS DERIVACIÓN...
REALIZACIÓN SESIONES CLINICA DE INSUFICIENCIA CARDIACA Y FARMACOLOGÍA ASOCIADA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NO DISPONEMOS DE INDICADORES YA QUE NO SE NOS HA FACILITADO EL ACCESO A LOS MISMOS
INCREMENTO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS CONJUNTAS CON RESPECTO CAMPAÑAS ANTERIORES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES:
-TABACO: ACEPTACIÓN DE LA CONSULTA MONOGRAFICA POR PARTE DE LA POBLACIÓN Y DEL EQUIPO COMO MEJORA IMPORTANTE
-EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS EL ITEM PERÍMETRO CINTURA SE HA IMPLEMENTADO
-ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA POBLACIÓN DE CALENDARIO VACUNAL
- LA MEJORA EN EL CONOCIMIENTO DE LA PATOLOGÍA DEL PACIENTE Y LOS PROFESIONALES DISMINUYE LAS REAGUDIZACIONES Y LA GRAVEDAD DE ESTAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/819 ===== ***

Nº de registro: 0819

Título
PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN C.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Autores:
GASCON DEL PRIM ELENA, LLERA GUERRA RAQUEL, CHAMORRO LASALA JOSE ANTONIO, GOÑI ELORRI YOLANDA, MONLEON SANZ YOLANDA, GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL, GARCIA YESTE MIGUEL, EZQUERRA CAUDEVILLA MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

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
Baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP. La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso. Uso racional de recursos. Mejora en el grado de adhesión al tratamiento, integración de AP-AE, GPC y aumento de la resolutivez de AP en la atención de la IC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0819

1. TÍTULO

PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS DE EJEA DE LOS CABALLEROS

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar actividades preventivas en la ICC de los pacientes con IC
- Reducir el uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios
- Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumococica en pacientes con IC
- Potenciar los cuidados a todos los pacientes del programa
- Adecuar el tratamiento farmacológico en IC

MÉTODO

Implementación de GPC

Formación: plan de formación IC mediante sesiones clínicas del EAP, sesiones de gestión de casos

Cambios en la oferta de servicios. definición de una consulta monográfica, modificación de agendas, incorporación de plantilla autocuidados

Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo grupo IC, indicadores de seguimiento

INDICADORES

Mejora de las actividades preventivas en ICC: actividad comunitaria dirigida a realización de actividad física, ayuda en el abandono del tabaco

Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC

Potenciación de los cuidados en IC: N° de pacientes con diag de IC en los que conste vacunación antigripal.

Objetivo aumento del 10% en vacunación antigripal, respecto al año anterior

Porcentaje de paciente con diagnóstico de IC en los que consta registro del plan de cuidados: control de peso, perímetro cintura, TA. Objetivo medición de la situación de partida . Fuente de datos OMI AP

DURACIÓN

Proyecto a desarrollar en periodo mayor de un año.

-Cambios en práctica clínica: Consensuar GPC e implementación

-Cambios en la oferta de servicios:Definición de consulta monográfica, incorporación de plantilla de autocuidados.

Mayo-noviembre 2018

-Formación: sesiones de EAP y gestión de casos cada 60 días

-Evaluación: Diseño de plantilla/trabajo grupo. Junio-octubre 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 - 2018/0819

1. TÍTULO

PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE NURIA VAL JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL
MONLEON SANZ YOLANDA
GOÑI ELORRI YOLANDA
RUIZ GIMENO MARIA JOSE
EZQUERRA CADEVILLA MARIA VICTORIA
GARCIA YESTE MIGUEL
CANO BAGLIETTO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

DURANTE ESTOS MESES SE HA TRATADO DE IMPLMENTAR POR PARTE DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA PROPORCIONADAS POR EL SALUD.PARA ELLO SE HA RECORDADO A TODOS LOS PROFESIONALES LA EXISTENCIA DE LA MISMA Y SE HAN REALIZADO SESIONES FORMATIVAS PARA DESTACAR LOS PUNTOS CLAVES Y REALIZAR FORMACIÓN DE LAS NUEVAS PAUTAS. LOS PROFESIONALES HAN REALIZADO UNA REVISIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO TIPIFICADO EN OMI CON INSUFICIENCIA CARDIACA, OPTIMIZANDO TRATAMIENTOS Y REALIZANDO SEGUIMIENTO DE LOS MISMOS, ASÍ COMO ESPECIAL ATENCIÓN EN LAS REAGUDIZACIONES.
SE HAN REALIZADO REUNIONES DE TRABAJO CON CARDIOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DONDE SE HAN REALIZADO CIRCUITOS PARA DISPONER DE UNA COMUNICACIÓN DIRECTA ENTRE TODOS LOS PROFESIONALES . DE ESTE MODO EL PACIENTE SERÁ VALORADO EN CADA MOMENTO DE SU ENFERMEDAD Y ESTADÍO DE LA MISMA ASÍ COMO EN SUS REAGUDIZACIONES DE UNA MANERA OPTIMIZADA Y MÁS ADECUADA CONTANDO CON LOS RECURSOS DISPONIBLES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE HAN REALIZADO RUTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA PACTADA POR CARDIOLOGÍA-MEDICINA INTERNA- MEDICINA DE FAMILIA SE HAN REALIZADO SESIONES CLINICAS GRACIAS A LA INTERCONSULTA VIRTUAL UN 100% D ELOS PACIENTE REQUERIDOS HAN SIDO VALORADOS TANTO VIRTUAL COMO EN PRESENCIA SEGÚN RUTA PACTADA POR ESPECIALIDADES Y MEDICINA DE FAMILIA NO DISPONEMOS DE POSIBILIDAD DE VALORAR NUMEROS PUES NO TENEMOS ACCESO A ESTE TIPO DE INFORMACIÓN SE HA CREADO GRUPO DE TRABAJO DE INSUFICNECIA CARDIACA SE HA MODICADO CADA PROFESIONAL LA AGENDA PARA REALIZAR REVISIÓN DE PACIENTES SEGÚN HA CREIDO OPORTUNO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA VALORACIÓN HA SIDO POSITIVA PUES HEMOS PODIDO DAR UN ENFOQUE DIFERENTE A PACIENTES CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA Y HA SERVIDO PARA DAR MAYOR INTERÉS A LOS MISMOS Y NO CENTRARNOS SOLO EN OTRO TIPO DE PATOLOGÍAS LA INSUFICIENCIA CARDIACA ES UNA ENFERMEDAD CRONICA QUE CURSA CON REAGUDIZACIONES Y LA PREVENCIÓN DE ESTAS MEJORA EN GRAN MEDIDA LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA QUE PARA ESTE TIPO DE PACIENTE LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES MEJORA EN GRAN MEDIDA SU MANEJO EL AUTOCUIDADO E IMPLICAR AL PACIENTE EN PREVENIR Y CONOCER REAGUDIZACIONES ES FUNDAMENTAL

7. OBSERVACIONES.

ES DIFICIL VALORAR RESULTADOS ES ESTE PROYECTO

*** ===== Resumen del proyecto 2018/819 ===== ***

Nº de registro: 0819

Título
PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN C.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Autores:
GASCON DEL PRIM ELENA, LLERA GUERRA RAQUEL, CHAMORRO LASALA JOSE ANTONIO, GOÑI ELORRI YOLANDA, MONLEON SANZ YOLANDA, GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL, GARCIA YESTE MIGUEL, EZQUERRA CADEVILLA MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0819

1. TÍTULO

PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS DE EJEJA DE LOS CABALLEROS

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP. La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso. Uso racional de recursos. Mejora en el grado de adhesión al tratamiento, integración de AP-AE, GPC y aumento de la resolutivez de AP en la atención de la IC

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar actividades preventivas en la ICC de los pacientes con IC
- Reducir el uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios
- Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes con IC
- Potenciar los cuidados a todos los pacientes del programa
- Adecuar el tratamiento farmacológico en IC

MÉTODO

Implementación de GPC
Formación: plan de formación IC mediante sesiones clínicas del EAP, sesiones de gestión de casos
Cambios en la oferta de servicios. definición de una consulta monográfica, modificación de agendas, incorporación de plantilla autocuidados
Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo grupo IC, indicadores de seguimiento

INDICADORES

Mejora de las actividades preventivas en ICC: actividad comunitaria dirigida a realización de actividad física, ayuda en el abandono del tabaco
Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC
Potenciación de los cuidados en IC: N° de pacientes con diag de IC en los que conste vacunación antigripal.
Objetivo aumento del 10% en vacunación antigripal, respecto al año anterior
Porcentaje de paciente con diagnóstico de IC en los que consta registro del plan de cuidados: control de peso, perímetro cintura, TA. Objetivo medición de la situación de partida . Fuente de datos OMI AP

DURACIÓN

Proyecto a desarrollar en periodo mayor de un año.
-Cambios en práctica clínica: Consensuar GPC e implementación
-Cambios en la oferta de servicios: Definición de consulta monográfica, incorporación de plantilla de autocuidados.
Mayo-noviembre 2018
-Formación: sesiones de EAP y gestión de casos cada 60 días
-Evaluación: Diseño de plantilla/trabajo grupo. Junio-octubre 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 - 2018/0820

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EAP

Fecha de entrada: 15/03/2019

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
DOMINGUEZ FENOLLE PILAR
VARO MORIANA MARIA GERTRUDIS
OTIN BENEDI DAVID
GARCIA YESTE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Asistencia a la jornada de presentación del PROA 13/04/2018
-Se nombró un referente o responsable en el uso de antibióticos, y como fue afectado por el concurso de traslados, su función se mantuvo en el EAP, nombrando a otro profesional
-Se difundió la información de de consumo/resistencia a los antimicrobianos en el sector y EAP a todos los profesionales
- El 81,% de los profesionales participaron en la formación en PROA
-En cuanto a DHD de antibióticos, el Servicio de Farmacia de Atención Primaria nos ha facilitado información de utilización de antibióticos
DHD de antibióticos totales 2017: 21,48
Los datos de consumo de 2017 y 2018 no son comparables porque la OMS ha cambiado la DDD de amoxicilina y amoxicilina -clavulánico, por ello se obtienen los datos del último trimestre 2018 del CS Ejeja y del sector Zaragoza III, y se observa que el consumo de antibióticos es menor en Ejeja que en el sector en este periodo
DHD de antibióticos totales de Ejeja: 20,5
DHD de antibióticos totales Sector Zaragoza III: 20,6

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los profesionales están más concienciados de la importancia de una adecuada utilización de antibióticos para mejorar la sensibilidad de los microorganismos a los antimicrobianos
Es necesario disponer de información para poder conocer la evolución y mejorar la utilización de antibióticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La participación en proyectos concretos aumenta la sensibilidad y conocimiento de los profesionales

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/820 ===== ***

Nº de registro: 0820

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EAP

Autores:
SORINAS DELGADO NOELIA, SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO, DOMINGUEZ FENOLLE PILAR, VARO MORIANA MARIA GERTRUDIS, OTIN BENEDI DAVID, GARCIA YESTE MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEJA DE LOS CABALLEROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0820

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EAP

PROBLEMA

La resistencia a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública y consideramos que su abordaje es un asunto prioritario para la optimización de su uso. Colaborar con el programa IRASPROA para intentar mejorar el uso de antibióticos en AP

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar las resistencias a los antibióticos
Adherirse a los principios generales PROA
Realizar formación en el uso adecuado de antibióticos

MÉTODO

Asistencia a la jornada de presentación de IRASPROA
Dar a conocer los principios generales PROA
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antimicrobianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en AP
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón

INDICADORES

-Tener un referente o responsable en el uso de antibióticos
-Difundir los principios generales PROA en AP
-Difusión del informe de consumo/resistencia a los antimicrobianos en el sector y EAP
-Realización de al menos 3 sesiones anuales
- Establecer un objetivo de porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA
- Disminuir DHD de antibióticos respecto a años anteriores

DURACIÓN

De Abril a Diciembre 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 - 2018/0894

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR VICENTE GUTIERREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL
MURILLO CONTIN MARIA JESUS
ROMEO LAMBAN MERCEDES
SOBREVIELA PEREZ ANA
BUIL TEJERO BEATRIZ
VAL JIMENEZ NURIA
CASTILLO SERRANO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al inicio del programa se ha pasado la encuesta para conocer la sensibilidad y conocimientos acerca de la VG a todos los profesionales sanitarios del EAP.

Se han realizado 2 acciones de formación a todo el EAP por parte de Médicos del Mundo:

- Prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF) el 8/5/2018.
- Detección de víctimas de trata y explotación de seres humanos el 23/10/2018.

Se han colocado posters en varios idiomas:

-Para concienciar a las familias en contra de la MGF

-Para que las posibles víctimas de trata se reconozcan y sepan dónde pueden pedir ayuda.

Se ha contactado con Informática del Sector Zaragoza III, para plantear incluir en OMI una pregunta de cribado (Como "¿Qué tal con tu pareja?" como aconseja Asun Cisneros, o "¿Qué tal en casa?" quizá menos invasiva) pero nos han respondido que no se puede hacer sólo para el ABS Ejea, sino que se tendría que hacer para todo el SALUD, y que es preferible registrarlo en "Condicionantes y problemas"

Las componentes de este proyecto nos hemos reunido con la trabajadora social de la comarca Cinco Villas, Elisa Causín, los días 24/9/18, 16/10/18 y 26/11/18. El objetivo de estas reuniones ha sido conocer la casuística en la zona de Ejea y pueblos del municipio, ver cómo funcionan las derivaciones y la comunicación entre el centro de salud, las trabajadoras sociales, los cuerpos de seguridad (Guardia Civil y Policía Local) y la justicia, e intentar adaptar el protocolo de actuación que se redactó en la comarca de Cinco Villas en 2008 (fue el primero que se hizo en Aragón) al procedimiento actual de Aragón. Para ello a la reunión del 26/11/18 acudió Ana Asensio, la persona del Instituto Aragonés de la Mujer (IAM) que se encarga de los procedimientos comarcales.

El 18/12/2018 se convocó a todo el EAP para que conocieran las actividades que se estaban llevando a cabo, y para recordar cómo deben registrarse en OMI los casos de VG (con el código de diagnóstico Z12) y las posibilidades que hay en OMI para hacer evaluación y seguimiento de los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados de la encuesta sobre violencia de género pasada a los profesionales del EAP en junio: Se dejaron 30 encuestas en los casilleros de médicos, enfermeras, matronas y médicos de atención continuada, y a fecha 20 de junio habían respondido de forma anónima 23 personas.

Resumen de las respuestas:

-El 96% consideraba la VG un problema de salud.

-El 91% conocía alguna institución o número de teléfono al que se puede acudir en caso de VG

-El 100% consideraba que atender pacientes víctimas de VG estaba entre las funciones de los profesionales de atención primaria.

-Al 74% no le generaba ninguna incomodidad atender pacientes víctimas de VG

-El 61% habían realizado algún curso o recibido formación acerca de VG

-El 61% sabía de la existencia en OMI de herramientas útiles en la valoración e intervención en casos de VG

-El 56% desconocía el protocolo de actuación en el ámbito sanitario ante VG

Solicitamos el listado de pacientes del Centro de Salud de Ejea con diagnóstico de violencia de género a lo largo de 2018: Se ha registrado el código Z12 en 5 pacientes, con las siguientes características de edad, origen y circunstancias del diagnóstico:

A: 24. España. Urgencias. Agresión. Parte al juzgado

B: 36. Otro país. Consulta de atención primaria.

C: 27. España. Urgencias. Agresión. Parte al juzgado.

D: 49. España. Consulta de atención primaria. Refiere agresión semanas antes.

E: 44. España. Urgencias. Agresión. Parte al juzgado.

Se ha establecido comunicación fluida con Trabajo Social de la Comarca Cinco Villas, donde se atienden y remiten todas las personas que sufren violencia de género, y se está actualizando el protocolo de actuación que se redactó en 2008.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pensamos que conviene, cuando se programan cursos acerca de violencia de género, que acuda el mayor número

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0894

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEJA

posible de profesionales del centro de salud, para que mejore la formación del EAP. Han sido muy interesantes las sesiones impartidas por Médicos del Mundo, a las que acudió la mayoría de los trabajadores. Especialmente la de detección de víctimas de trata de seres humanos, muchos profesionales comentaron que les había sorprendido (desgraciadamente) la magnitud del problema. Mantendremos contacto con Médicos del Mundo y otras organizaciones para fomentar que se haga más formación al EAP. Nos parece que ha habido un infradiagnóstico de la violencia de género. No se detectan todos los casos porque no se pregunta activamente a todos los usuarios del centro de salud, o porque al preguntar la víctima no lo reconoce. Y algunos casos de violencia psicológica o de otro tipo que no incluya la física, seguramente no se registran en OMI. Puede haber influido en este infradiagnóstico que la mitad de los médicos y de las matronas del EAP han cambiado a lo largo de 2018 por traslados: Conviene recordar a todo el EAP la importancia de registrar todos los casos de VG con el código Z12 y utilizar las herramientas que hay a nuestra disposición en OMI.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/894 ===== ***

Nº de registro: 0894

Título
DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEJA

Autores:
VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR, GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL, MURILLO CONTIN MARIA JESUS, ROMEO LAMBAN MERCEDES, SOBREVIELA PEREZ ANA, BUIL TEJERO BEATRIZ, VAL JIMENEZ NURIA, CASTILLO SERRANO ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEJA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: VIOLENCIA DE GENERO
Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto está enmarcado en la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y en el área de Violencia contra la Mujer del Instituto Aragonés de la Mujer.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer la sensibilidad y los conocimientos de los profesionales del EAP en relación con la VG.
Concienciar a los profesionales del EAP sobre la VG.
Desarrollar herramientas que favorezcan la detección de la VG.
Detectar a lo largo del año 2018 mujeres víctimas de VG.

MÉTODO
Encuesta a profesionales del EAP al inicio del proyecto para conocer su sensibilidad y conocimientos en relación a la VG.
Sesión de formación/recuerdo a los profesionales del uso del Servicio de Atención al Maltrato a la Mujer disponible en OMI.
Informar a los profesionales de la casuística del maltrato en la zona de salud de Ejeja.
Sesión de formación en detección y manejo de la VG impartida por Dra Asun Cisneros, o en caso de no poder acudir ella, por profesionales que han realizado cursos de formación en VG.
Sesión acerca de Mutilación Genital Femenina impartida por Médicos del Mundo de Zaragoza a todo el EAP.
Sesión de formación-sensibilización acerca de prostitución y trata de personas con fines de explotación sexual impartida por Médicos del Mundo de Zaragoza a todo el EAP.
Impulsar la creación de alguna herramienta de screening/registro en OMI, como p ej introducir la pregunta de cribado "¿Qué tal con tu pareja?", útil para la detección de casos en Atención Primaria.
Encuesta a profesionales del EAP al final del proyecto, para valorar si han cambiado su sensibilidad y conocimientos en relación a la VG.

INDICADORES
Valoración de los resultados de la encuesta al inicio y al final del proyecto, y comparación entre ambas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0894

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEA

Descripción de los casos detectados.

DURACIÓN

Se pasará la encuesta a los profesionales al inicio (junio) y al final (diciembre) del proyecto.
Se harán las correspondientes sesiones durante los 6 meses entre ambas fechas.

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 - 2018/0985

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ESTEFANIA NDJOU'OU MURILLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO VICEN ELENA
LLERA GUERRA RAQUEL
CLEMENTE REY PATRICIA
RUIZ GIMENO MARIA JOSE
GONZALEZ DIAZ MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DESIGNACIÓN DE TAREAS POR EQUIPOS
REALIZACIÓN DE UN ALGORITMO DE ATENCIÓN EN CASOS DE ATENCIÓN URGENTE.
REALIZACIÓN DE UN ALGORITMO EN CASOS DE AUSENCIA DE PROFESIONALES, EN CASOS NO PREVISIBLES.
REALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CONTENIDO Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS.
REALIZACIÓN DE SESIONES CLÍNICAS SOBRE SITUACIONES Y PATOLOGÍAS DE CARÁCTER URGENTE.
DESIGNACIÓN DE RESPONSABLE DEL DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO Y LOCALIZACIÓN DE LOS REPUESTOS.
REALIZACIÓN DEL LISTADO DE MATERIAL DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, JUNTO CON LOS DOCUMENTOS DE REGISTRO DE STOCK Y CADUCIDADES MENSUALMENTE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
MEJORA EN LA LOCALIZACIÓN Y USO POR PARTE DEL PERSONAL DEL EQUIPO SANITARIO DE LOS MALETINES DE URGENCIAS.
ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN DE LOS MALETINES, SEGÚN NECESIDADES.
OBTENCIÓN DE LOCALIZACIÓN VISIBLE Y A LA MANO PARA EL DESFIBRILADOR Y SUS REPUESTOS.
VISIBILIZACIÓN MEDIANTE COLOCACIÓN DE ALGORITMOS EN SITUACIONES DE CARACTER URGENTE EN LA SALA DE URGENCIAS Y EN ADMISIÓN.
OBTENCIÓN DE UN LISTADO MENSUAL DEL MANTENIMIENTO DE LOS MALETINES Y MEDICACIÓN DE LA SALA DE URGENCIAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACIÓN DEL EQUIPO DE MEJORA ES SATISFACTORIA.
SALVO PEQUEÑOS PROBLEMAS DE MENOR IMPORTANCIA QUE SE HAN IDO RESOLVIENDO, COMO LA CONSECUENCIA DE CIERTO MATERIAL CADUCADO, QUE YA HA SIDO REPUESTO, UNA VEZ SOLICITADO POR LA VÍA Y AL PERSONAL ADECUADO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/985 ===== ***

Nº de registro: 0985

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Autores:
NDJOU'OU MURILLO ESTEFANIA, SANCHO VICIEN ELENA, LLERA GUERRA RAQUEL, CLEMENTE REY PATRICIA, RUIZ GIMENO MARIA JOSE, GONZALEZ DIAZ MARIA CARMEN

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: PACIENTES DEL SERVICIO DE URG DEL CS DE EJEA DE LOS CABALLEROS
Línea Estratégica ..: Otras
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Atención Urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP. Razones:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0985

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

- Variabilidad en los criterios de atención urgente.
- Excesivas diferencias profesionales de formación e implicación.
- Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acumulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador, etc...
- Dificultad en el seguimiento de procesos de mantenimiento explícito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la Atención Urgente (ej. desfibrilador).
- Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

RESULTADOS ESPERADOS

Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.

Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.

Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional/ profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.

Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el usos de la misma.

Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.

Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro.

MÉTODO

Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.

Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.

Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.

Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/ urgencias extrahospitalarias.

INDICADORES

Creación y difusión de un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable en la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)

Indicador: Existencia de dicho documento si/No.

Objetivo: Existencia de dicho documento.

Indicador: Porcentaje de profesionales concedores del mismo.

Objetivo: Superior al 80%

FI: informe del centro y/o visita EAP

Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP...

Objetivo: 80%

FI: informe del centro actas firmadas.

Número total de profesionales del centro que han asistido/ participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector

Objetivo: 80%

FI informe del centro actas firmadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0985

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines.
Objetivo: 80%

FI: informe del centro y/o visita al EAP

DURACIÓN

De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto

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 - 2018/1237

1. TÍTULO

AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO SANJUAN CORTES
· 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.
VAL JIMENEZ NURIA
SORINAS DELGADO NOELIA
VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR
ROMEO LAMBAN MERCEDES
MURILLO CONTIN MARIA JESUS
GALLEGO ROYO ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado la presentación del proyecto al equipo de atención primaria en sesión clínica de equipo, al iniciar el proyecto.
Se realizó nueva sesión informativa, exponiendo la nueva herramienta de uso a los profesionales. "Búsqueda de activos".
Se ha iniciado la recomendación de activos en toda la zona básica de salud, incluidas zonas rurales, que antes no eran influencia activa de la asociación.
PROTOCOLO: Sistema de registro primero incluyendo la palabra Duelo (P02) en OMI y haciendo la recomendación de activos. Enlace directo con la persona de enlace de la asociación.
Actualmente no existe Trabajadora social de SALUD dentro del centro de salud de Ejea de los Caballeros. Esto ha supuesto una barrera de acceso a los servicios sociales para incluirlos dentro del protocolo de acción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha dado a conocer por todo el nuevo equipo de atención primaria. El inicio sufrió una demora por los cambios estructurales del equipo y de la puesta en marcha del "Buscador de activos" por parte de la estrategia de atención comunitaria del Gobierno de Aragón.
Previo a la inclusión del buscador de activos, fueron incluidas 4 personas. En el mes que lleva activo, se han incluido dos de población rural (antes esto no ocurría) y una de otra zona básica de salud.
Tres cuartas partes de los profesionales del equipo han acudido a las reuniones
Se han realizado 3 reuniones del equipo de atención comunitaria en los últimos 3 meses, en dos de ellas ha estado presente la coordinadora por parte de la asociación. El equipo de comunitaria del centro ha sido transmisor de la recomendación de la actividad y a ofrecido ayuda para la informatización e inclusión de la misma.
Protocolo de actuación: tras la llegada de un familiar en proceso de duelo, se realiza una visita de abordaje donde se incluye el diagnóstico en OMI y se da la recomendación en papel del activo. Si el caso es importante, desde el grupo de atención comunitaria del centro se informa de la derivación a la coordinadora de la asociación para que conozcan el caso. Se ha intentado realizar el test de duelo, pero no se ha visto de utilidad práctica para los pacientes (test itrđ), siendo de características muy invasivas en el momento agudo del duelo.

INDICADORES

? El proyecto se inició en Septiembre de 2018, recomendando a los profesionales que incluyeran el diagnóstico reacción de duelo (CIAP P02). En total han sido 29 pacientes. Hay que destacar que el CIAP P02 también incluye el proceso trastorno adaptativo, que puede o no ser parte de una reacción de duelo.

? No podemos contabilizar el número de personas a los que se les recomendó el activo hasta Enero de 2019 en el que se incluyó el activo en el protocolo de "recomendación de activos" de OMI.

? De los 29 pacientes, a partir de Enero de 2019 fueron diagnosticados 14 personas. 7 estaban incluidos en un trastorno adaptativo no por fallecimiento. Del total relacionados con duelo, 5 tienen la recomendación de activos mediante protocolo OMI. De ellos asisten 3 personas a las sesiones. Más de un 50% de las personas a las que se les recomendó el activo han acudido a las sesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los conocimientos de los recursos de la zona son de gran importancia en nuestra práctica diaria. Muchas veces los cambios de equipo de atención primaria tienen como consecuencia un inicio de 0 el proyecto comunitario de la zona básica de salud. Para esto, se está desarrollando la agenda comunitaria en nuestro equipo.
Asociaciones con larga evolución en la población, deben ser difundidas por los profesionales. Están ya asentadas y nuestro trabajo debe dirigirse al apoyo de la misma, darles valor y estar abiertos a solventar dudas o cualquier cosa que se pueda aportar desde el ámbito sanitario.
La difusión en el centro sanitario amplía la zona de referencia del recurso a toda la zona básica de salud. Esto ha sido beneficioso para los núcleos rurales, que no conocían las actividades que se realizan fuera de su municipio.
La informatización puede ser un handicap en diferentes zonas, y el apoyo puede dirigirse más al ámbito técnico en algunas ocasiones. Debemos tener en cuenta la accesibilidad a internet y otros recursos informáticos poco accesibles en zonas rurales.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1237

1. TÍTULO

AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1237 ===== ***

Nº de registro: 1237

Título
AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA

Autores:
SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO, VAL JIMENEZ NURIA, SORINAS DELGADO NOELIA, VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR, ROMEO LAMBAN MERCEDES, MURILLO CONTIN MARIA JESUS, GOÑI ELORRI YOLANDA, MARTIN NASARRE DE LETOSA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJECA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: RECOMENDACIÓN COMUNITARIA DE ACTIVOS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El duelo no es una enfermedad pero si un acontecimiento vital estresante. La reacción de duelo genera una demanda asistencial que debe ser atendida desde una perspectiva tanto social como sanitaria. Es un motivo de consulta habitual en Atención 1ª y existe un alto riesgo de medicalización. Ejea de los Caballeros cuenta con recursos sociales para su abordaje, además de los recursos sanitarios, pero es frecuente que los profesionales sanitarios desconozcan dichos recursos. La colaboración con asociaciones locales redundará en una mejor atención a la población.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la atención socio-sanitaria de la población en situación de duelo en colaboración con servicios sociales y la asociación de la zona de apoyo al duelo (Osiris).
- Dar a conocer a los profesionales del EAP (equipo de atención primaria) la existencia y servicios que oferta dicha asociación estableciendo vínculos estables de colaboración.
-Ofrecer a la población cuidados complementarios para el duelo mediante la recomendación de activos por parte del EAP.
- Mejorar la prestación de servicios de la asociación mediante la oferta de asesoramiento y formación desde el Centro de Salud.
- Lograr a medio plazo mejorar la percepción de bienestar de los pacientes derivados a Osiris.

MÉTODO
-Presentación del proyecto, que se llevará a cabo en colaboración con la asociación de ayuda al duelo (Osiris), al EAP.
-Charla informativa impartida por la asociación al EAP, explicando su finalidad y las actividades que realiza.
-Ofertar asesoramiento y formación a la asociación para coordinar los criterios de atención al duelo.
-Definir los criterios de inclusión de los pacientes, sistema de registro, protocolo del servicio y criterios de derivación desde el EAP a la asociación.
-Colaboración con servicios sociales de la comarca con el objetivo de difundir y estimular la participación de otras entidades vinculadas al duelo.

INDICADORES
-Número de profesionales del EAP que asisten a las reuniones informativas.
-Número de reuniones entre el grupo de Atención Comunitaria, servicios sociales y la asociación de ayuda al duelo, cuantificando su participación.
-Protocolo de actuación médica para pacientes susceptibles de inclusión en el proyecto.
-Número de pacientes con episodio de duelo en OMI registrado en 6 meses y de ellos cuantificar a los que se ha realizado la recomendación de activos.
-Número de pacientes, remitidos desde el Centro de Salud mediante hoja de derivación, que acuden a Osiris.
-Evaluación del grado de mejora de los pacientes mediante el uso de test específicos al inicio y a los 6 meses (test ITRD)
- Evaluación del grado de mejora percibida por los colaboradores de la asociación tras el asesoramiento y formación impartida.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1237

1. TÍTULO

AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA

DURACIÓN

- Presentación del proyecto al equipo, impartido por el responsable del proyecto. Sesión de 1 h de duración en la primera semana de junio de 2018.
- Charla informativa impartida por Osiris al EAP. Sesión de 1 h de duración la última semana de mayo de 2018.
- Formación a la asociación impartido por los componentes del proyecto en 2 sesiones de 1 h de duración entre los meses de julio y agosto de 2018.
- El proyecto tendrá una duración de 6 meses con inicio en junio de 2018 y finalización en diciembre de 2018.
- La evaluación de los objetivos planteados se realizará en la primera quincena de enero de 2019.

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 - 2018/1522

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA GESTION DE LAS CONSULTAS INDEMEMORABLES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE CAMELIA VALENTINA MARES X
· 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.
SANCHO VICEN ELENA
AURIA SORO LORENA
CLEMENTE REY PATRICIA
MARTIN NASARRE DE LETOSA MARIA TERESA
RIVERA FUERTES ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reunión informativa con el equipo de admisión realizada en septiembre 2018.
-Creación de agenda indmemorable en septiembre 2018.
-Dada la situación del equipo de atención primaria durante los meses de octubre y noviembre (proceso de traslado de EAP), los profesionales asignados a realizar la consulta de indmemorables se vieron obligados a cubrir las necesidades del servicio, retrasando el proceso de obtención de datos a enero de 2019.
-Enero 2019 :obtención de datos .
-Febrero 2019: evaluación de los datos e información al EAP .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la reunión informativa del equipo de admisión se vieron necesidades diferentes a los pensados en el momento de la creación de la consulta.El retraso en la demanda de varios cupos de pacientes, consecuencia de los cambios en el equipo, nos ha obligado a utilizar la consulta de indmemorables para descongestionar la lista de espera que llegaba en algún caso a más de una semana.Considerando esto,en el servicio de admisión no se ha podido hacer un cribado adecuado, atendiendo a muchos pacientes que valoramos como NO indmemorables. En la mayoría de los casos el motivo de la consulta se ha podido solucionar in situ por el médico. Se han atendido entre 18 y 44 pacientes cada día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el caso de nuestro centro se ha utilizado la agenda de indmemorables para una gestión avanzada de la demanda .Tras valorar número de pacientes atendidos por profesional, se ha creado un plan de mejora de la citación junto con los profesionales que más tiempo de espera tenían . Al centrarnos en reducir lista de espera, queda pendiente realizar y valorar la intervención en la educación sanitaria de la población que es otro de los objetivos del proyecto.
Consideramos que el número de pacientes atendidos, las características de la población y la carga asistencial apoyan la existencia de esta consulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1522 ===== ***

Nº de registro: 1522

Título
ANALISIS DE LA GESTION DE LAS CONSULTAS INDEMEMORABLES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
MARES CAMELIA VALENTINA, MARTIN NASARRE DE LETOSA MARIA TERESA, GALLEGO ROYO ALBA, SANCHO VICIEN ELENA, AURIA SORO LORENA, CLEMENTE REY PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEJA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA QUE NECESITA ATENCIÓN DE URGENCIA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1522

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA GESTION DE LAS CONSULTAS INDEMORABLES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

PROBLEMA

La gestión de las consultas que deben ser vistas en el día, ya sean urgentes como indemorables, supone un problema común en todos los centros de salud y que implica tanto a personal sanitario como no sanitario. En la mayoría de ocasiones, es el propio paciente el que decide la necesidad de la urgencia, desorganizando la agenda del facultativo y aumentando la demanda asistencial.

Este problema común en toda la comunidad, supone una gran carga asistencial en nuestro centro de salud en especial, por lo que se ha decidido implantar un proyecto, en acuerdo con la dirección de atención primaria del sector, para la mejorar la atención sanitaria, con la contratación de 5 nuevos profesionales de enfermería y medicina que serán un apoyo dentro del equipo de atención primaria realizando diversas laborales asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS

Valorar la mejora de la gestión de las consultas urgentes e indemorables dentro de la asistencia diaria. El objetivo es conocer:

- El número de pacientes que solicitan consulta indemorable urgente.
- Cuantas de estas consultas necesitaban atención inmediata y cuantas de ellas podrían gestionarse por el propio médico o enfermera de familia en días posteriores.
- Conocer si la solución del problema ha sido llevada a cabo por el profesional de medicina o enfermería.

MÉTODO

- Realizar una reunión informativa al equipo de admisión del centro de salud para presentar el proyecto.
- Obtener durante dos meses (Noviembre/Diciembre) los pacientes citados en la consulta específica de medicina y enfermería.
- Tras la consulta valorar una serie de ítems: Consulta indemorable real (SI/NO), (Solución insitu/ Solución a posteriori por su MEAP), Quien ha solucionado la asistencia (Medicina/Enfermería).
- Evaluación tras los dos meses de las consultas realizadas y crear un plan de mejora de la citación y de la educación sanitaria de la población en dependencia de los resultados.
- Información al equipo de atención primaria sobre los resultados.

INDICADORES

Durante 2 meses: (Noviembre/Diciembre)

- Número de pacientes citados en la consulta
- Consulta indemorable real (SI/NO),
- Solución del problema (In situ/ derivación a MAP / Derivación a urgencias)
- Quien ha solucionado la asistencia (Medicina/Enfermería).

DURACIÓN

Octubre: Reunión con el equipo de admisión para gestión de las consultas.

Noviembre/Diciembre: Obtención de datos

Enero/Febrero: Evaluación de los datos

Marzo /Abril: Propuestas de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0982

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL PACIENTE Y FAMILIAR CON CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: UTILIZACIÓN DE ACTIVOS DE NUESTRA COMUNIDAD PARA EL APOYO DURANTE EL PROCESO DE DESHABITUACIÓN

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ALBA GALLEGO ROYO
· 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.
VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR
GOÑI ELORRI MARIA YOLANDA
ROMEO LAMBAN MERCEDES
MURILLO CONTIN MARIA JESUS
VAL JIMENEZ NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el primer semestre de 2019, se ha realizado una valoración por el equipo de la pertinencia del proyecto. Se hizo una reunión inicial explicando la población diana y el código CIAP 15 utilizado además de cómo realizar la recomendación de activos. Se explicó la asociación y, de acuerdo con el equipo, contactar con UASA Ejeja de los Caballeros para conocer las diferencias y coordinar las recomendaciones. Durante el verano, dado la gran demanda y el periodo vacacional, no se pudo continuar con el proyecto. Además, tras el verano hubo un cambio completo de todo el equipo médico (OPE y Traslados) por lo que se decidió continuar con la FASE 1 e iniciar la FASE 2 durante el año 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha podido realizar una primera evaluación del número de pacientes con el código CIAP 15 dado los cambios de equipo y la necesidad de nueva formación. Se mantiene el contacto con la asociación ACVAAR con la recomendación de este activo para la comunidad de forma puntual a varios pacientes, con gran aceptación tanto por ellos como por sus familiares. Se mantienen los indicadores de evaluación sugeridos al inicio del proyecto, pero realizándolo durante 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es de vital importancia la longitudinalidad de este tipo de proyectos. Se ha realizado la agenda comunitaria del centro de salud con la finalidad de que los nuevos profesionales que acudan a este centro de salud conozcan desde el inicio los proyectos comunitarios y las actividades que se han en la zona básica de salud.

7. OBSERVACIONES.
Cabe destacar, que del grupo de comunitaria inicial del proyecto, el 50% de los profesionales han cambiado de centro de salud asignado, causa de la dificultad de finalización durante este año, y la decisión de continuarlo y finalizarlo el próximo 2020.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/982 ===== ***

Nº de registro: 0982

Título
ATENCIÓN AL PACIENTE Y FAMILIAR CON CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: UTILIZACIÓN DE ACTIVOS DE NUESTRA COMUNIDAD PARA EL APOYO DURANTE EL PROCESO DE DESHABITUACIÓN

Autores:
GALLEGO ROYO ALBA, VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR, GOÑI ELORRI MARIA YOLANDA, ROMEO LAMBAN MERCEDES, MURILLO CONTIN MARIA JESUS, VAL JIMENEZ NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEJA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CIAP (P15 ABUSO CRÓNICO DE ALCOHOL)
Línea Estratégica ..: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0982

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL PACIENTE Y FAMILIAR CON CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: UTILIZACIÓN DE ACTIVOS DE NUESTRA COMUNIDAD PARA EL APOYO DURANTE EL PROCESO DE DESHABITUACIÓN

PROBLEMA

Dentro de nuestra práctica diaria en la zona básica de salud de Ejea de los Caballeros, observamos un alto porcentaje de pacientes con consumo de alcohol excesivo. Dicho consumo, es asumido por la población general como "normal" y, excepto en ocasiones muy llamativas, con consumos muy excesivos, no es consultado ni por el propio paciente ni por los familiares.

Dentro de la comunidad, impresiona de la existencia de un tabú sobre el tema. A pesar de las múltiples campañas nacionales por parte de las instituciones, ha aumentado en los últimos años por la llegada de población joven inmigrante con consumo excesivo previo o, población joven sin consumo previo pero con escaso apoyo familiar actualmente y que se ha refugiado en el consumo como forma de socialización. Por lo tanto, destacan dos núcleos de población de riesgo: personas con un consumo excesivo desde la juventud que lo asocia a "consumo normal" y población joven inmigrante que utiliza el alcohol como forma de sociabilización.

Valoramos ese consumo excesivo calculando el número de gramos de alcohol por semana (Varones > 280 y Mujeres > 168). En muchas ocasiones, este consumo no se observa como un problema, y es descubierto por parte de los sanitarios a partir de alteraciones en pruebas complementarias como elevación de GGT, VCM o Triglicéridos.

Dentro de la comunidad, la asociación ACVAAR (Asociación Cinco Villas Alcohólicos y Adictos Rehabilitados), asentada en Ejea desde 1993, realiza diversas actividades de apoyo y ayuda mutua durante el proceso de deshabituación que en muchas ocasiones es desconocida para parte del equipo de atención primaria (EAP).

RESULTADOS ESPERADOS

Dada la problemática actual en nuestra zona básica de salud, nos parece pertinente incidir durante este próximo año en conocer y diagnosticar a la población de riesgo de esta patología. Inicialmente, con un periodo de valoración de si las hipótesis generadas por el equipo de atención primaria sobre la población de riesgo son correctas y posteriormente continuar con el proyecto en sí o adecuarlo a la población en riesgo actual.

Los resultados que esperamos son aumentar el diagnóstico de los pacientes (realizar el protocolo de hábitos tóxicos con el cálculo de gramos de alcohol/semana, y si es mayor realizar el test CAGE), etiquetarlos con su correspondiente código CIAP (P15 ABUSO CRÓNICO DE ALCOHOL) y realizar la recomendación de activos (Asociación ACVAAR) para apoyar en la deshabituación, si así lo quieren, o darles la información por si posteriormente quisieran solicitar ayuda.

MÉTODO

FASE 1

Reunión de equipo: Realizar valoración de hábitos tóxicos, calculando el número de gramos y el test CAGE si hay consumo excesivo.

Sesión clínica impartida por la asociación a todo el equipo de atención primaria. Feedback por parte del equipo de atención primaria hacia la asociación.

Iniciar la recomendación de activos.

FASE 2

Analizar los datos demográficos de los pacientes etiquetados con el código CIAP P15. Valorar la población de riesgo de nuestra población.

Reunión con ACVAAR para la realización de actividades dirigidas a esa población de riesgo (derivación mediante la recomendación y comunicación con el referente, coordinación con salud mental, referentes de la comunidad como traductores para población extranjera...).

INDICADORES

- Número de pacientes con diagnóstico CIAP P15 desde el mes de Abril de 2019 hasta Junio respecto al Número de pacientes con diagnóstico CIAP P15 desde el mes de Enero 2019 hasta el mes de Marzo de 2019.
- Número de paciente con diagnóstico CIAP P15 a los que se le ha realizado la recomendación de activos ACVAAR.
- Porcentaje de pacientes que han acudido a la ACVAAR con la hoja de recomendación de activos del centro de salud.

DURACIÓN

- Marzo: Inclusión del activo en la herramienta de búsqueda de activos de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón.

- Abril-Junio: Inicio de recomendación. Formación al equipo por parte de ACVAAR.

- Julio-Septiembre: Evaluación de la población de riesgo mediante datos demográficos. Valoración de viabilidad de hipótesis inicial sobre población de riesgo.

- Octubre-Diciembre: Reunión entre asociación y grupo de atención comunitaria del centro para iniciar actividades dirigidas a la población de riesgo.

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 - 2019/0982

1. TÍTULO

ATENCION AL PACIENTE Y FAMILIAR CON CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: UTILIZACION DE ACTIVOS DE NUESTRA COMUNIDAD PARA EL APOYO DURANTE EL PROCESO DE DESHABITUACION

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1060

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL CENTRO DE SALUD EJEJA DE LOS CABALLEROS

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE KATHARINA LABORDA EXQUERRA
· 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.
LOPEZ CANALES CRISTINA
GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL
OTIN BENEDI DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ASISTENCIA A CHARLAS CONVOCADAS EN ZARAGOZA PARA FORMACION E INFORMACION
REUNION EN CENTRO DE SALUD PARA EXPLICAR EL PROYECTO Y LOS OBJETIVOS A ALCANZAR EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEJA
CHARLA DE ADECUACION ANTIBIOTICOS EN FARINGITIS ESTREPTOCOCICA EN ADULTOS
CHARLA DE ADECUACION ANTIBIOTICOS EN ITU EN ADULTOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HEMOS MEJORADO EN LA UTILIZACION DE ANTIBIOTICOS DE BAJO ESPECTRO EN FARINGOAMIGDALITIS STREPTOCOCICA
HEMOS DISMINUIDO EL EMPLEO DE MACROLIDOS EN IRA Y FARINGOAMIGDALITIS STREPTOCOCICAS
HEMOS DISMINUIDO REDUCIDO EL CONSUMO DE CEFALOSPORINAS DE 3ª GENERACION CON RESPECTO AL 2018 AUNQUE TENEMOS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN PROXIMOS AÑOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
AUNQUE HEMOS MEJORADO, TENEMOS QUE SEGUIR MEJORANDO RESPECTO AL SECTOR, TODAVIA SEGUIMOS UTILIZANDO ALGUNA CEFALOSPORINA DE 3ª GENERACION EN ALGUNAS INFECCIONES NO SIENDO LA MEJOR ELECCION
LA AZITROMICINA TAMBIEN LA UTILIZAMOS A VECES POR SU COMODIDAD DE POSOLOGIA, NO SIENDO LA PRIMERA ELECCION
QUEDA PENDIENTE DE REALIZAR LA CHARLA DE ETS
DEBEMOS PONER EN COMUN LOS RESULTADOS OBTENIDOS CADA TRIMESTRE CON TODO EL EQUIPO INCLUYENDO COMPAÑEROS DE GUARDIAS
ES IMPORTANTE CONTINUAR CON ESTE PROYECTO DE CALIDAD Y CON LA FORMACION EN EL USO ADECUADO DE ANTIBIOTICOS, PARA LA MEJOR UTILIZACION DE ELLOS, EN BENEFICIO DE NUESTROS PACIENTES Y NUESTRO ENTORNO PARA REDUCIR RESISTENCIAS

7. OBSERVACIONES.
ALGUNOS PACIENTES CRONICOS LLEVAN PAUTAS LARGAS DE ANTIBIOTICOS CON CEFAS, AZITROMICINA Y QUINOLONAS PAUTADAS POR ESPECIALISTAS QUE LOS MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA EXTENDEMOS LA PRESCRIPCION
EN FARMACIA DEBERIAN REGISTRARSE LOS CIAS QUE PAUTAN LOS TRATAMIENTOS, NO EL CIAS AL QUE PERTENECEN LOS PACIENTES,

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1060 ===== ***

Nº de registro: 1060

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE EJEJA DE LOS CABALLEROS

Autores:
LABORDA EZQUERRA KATHARINA, LOPEZ CANALES CRISTINA, DOMINGUEZ FENOLLE PILAR, OTIN BENEDI DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEJA DE LOS CABALLEROS

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

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1060

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL CENTRO DE SALUD EJEJA DE LOS CABALLEROS

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).

El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.

También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.

Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO

1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 19,4 (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de envases de macrólidos. Objetivo 2019: 22,9% (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.

Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.

Abril: infecciones respiratorias

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1119

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EJEJA DE LOS CABALLEROS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL LLERA GUERRA
· 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.

BARRIOS MIGUEL MONICA
ESPESO EZQUERRA MARIA
CASALE VILLA MARIA
CLEMENTE REY PATRICIA
MONLEON SANZ YOLANDA
JIMENEZ BAQUERO JANA MARIA
GALLEGO ROYO ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-DURANTE ESTE TIEMPO SE HAN REALIZADO REUNIONES DE EQUIPO TRIMESTRALES, EN UNA INICIAL SE HA EXPLICADO AL EQUIPO LA PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA, EN LAS DE SEGUIMIENTO SE HAN ACLARADO DUDAS Y SE HAN EXPLICADO LOS DIFERENTES PUNTOS DE VISTA. TAMBIÉN HA SIDO OBJETO DE DEBATE DE LAS REUNIONES SEMANALES TANTO DE MEDICINA COMO ENFERMERÍA POR SEPARADO EN NUMEROSAS OCASIONES
-SE HA REALIZADO DURANTE ESTE AÑO LA REVISIÓN POR PARTE DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS ASÍ COMO EL ETIQUETAJE DE LOS MISMOS A CRITERIO. SE HA REALIZADO PROTOCLO DE ACOGIDA .
.TRAS LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES SE HA REALIZADO EL PERTINENTE SEGUIMIENTO DE LOS MISMO, ASÍ COMO CONTROL, EDUCACIÓN SANITARIA, PREVENCIÓN DE REAGUDIZACIONES...
-SE HA CREADO UN CIRCUITO CON MEDICINA INTERNA PATÁ VALORACIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS, HOSPITAL DEL DIA Y URGENCIAS. REALIZANDO COLABORACIONES DIARIAS CUANDO HA ASI LO HA REQUERIDO EL PACIENTE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EL ETIQUETAJE DE EL PACIETNE SE HA CUBIERTO AMPLIAMENTE, NO DISPONEMOS DE % YA QUE ESTOS DATOS PERTENECEN A INFORMÁTICA
NO PODEMO DISPONER DEL % DE PACIENTE CON PROTOCOLO DE ACOGIDA NI ATENDIDO EN UNIDAD DE CROMICIDAD PORUQE NO TENEMOS DATOS
-SESIONES RELIZADAS ESPECIFICAMENTE 3, AUNQEU SE HA DADO COBERTURA A ESTE TEMA EN OTRAS SESIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA NECESIDAD DE CREAR UNA UNIDAD DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO ES EVIDENTE, ES IMPORTANTE ETIQUETAR ESOS PACIENTES QUE CADA EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA YA CONOCE Y TRATA CON ASIDUIDAD PERO DE ESTA FORMA EL RESTO DE COMPAÑEROS PUENDE ESTAR ALERTA.
ES INDISPENSABLE EL CIRCUITO DE LOS MISMOS CON ESPECIALIDADES, ASÍ COMO HOSPITAL DE DÍA E INTERNISTA
ES IMPORTANTE LA EDUCACIÓN SANITARIA PARA EVITAR REAGUDIZACIONES

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1119 ===== ***

Nº de registro: 1119

Título
MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EJEJA DE LOS CABALLETOS

Autores:
LLERA GUERRA RAQUEL, MARES CAMELIA VALENTINA, ESPESO EZQUERRA MARIA, JIMENEZ BAQUERO JANA MARIA, MONLEON SANZ YOLANDA, CLEMENTE REY PATRICIA, CASALE VILLA PATRICIA, BARRIOS MIGUEL MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEJA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatología
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1119

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EJE DE LOS CABALLEROS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El abordaje de las enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población plantean la necesidad de reorientar los sistemas de atención sanitaria hacia un cambio de enfoque centrado en las personas, las necesidades de la población, de manera que la asistencia sanitaria resulte adecuada y eficiente garantizando la continuidad en los cuidados y adaptándose a la evolución de la enfermedad en el paciente favoreciendo su autonomía. Esta estrategia plantea un proyecto centrado en la atención al Paciente Crónico Complejo, identificando a cada paciente, su nivel de necesidad y facilitando la provisión de intervenciones específicas y adecuadas a dichas necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS

-Ofrecer máxima accesibilidad a paciente y cuidadores a su EAP y establecer programa de seguimiento para minimizar el riesgo de descompensaciones.
-Se proponen intervenciones individualizadas y continuadas con abordaje multidisciplinar, actuaciones proactivas y preventivas
-Crear un circuito de forma coordinada : EAP- Unidad Cronicidad
-Intervenir en el proceso de la enfermedad y disminuir la variabilidad clínica mediante el establecimiento de normas consensuadas de actuación
-Mejorar la salud, disminuir el nº de ingresos, disminuir nº de asistencias urgencias y mejorar la calidad asistencial

MÉTODO

Reunión equipo: explicar al equipo el programa PCC
Etiquetaje en OMI de los pacientes y realización protocolo acogida,
Identificación, valoración y seguimiento
Atención a las descompensaciones
Creación circuito EAP- UCA
Cursos formación

INDICADORES

Nº sesiones realizadas
% pacientes etiquetados
% pacientes protocolo acogida realizado
% pacientes atendidos unidad cronicidad (consulta telefónica, atención hospital de día o consulta programada)

DURACIÓN

Febrero a 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 - 2019/1179

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA:TECNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS EN ATENCION PRIMARIA. CIRUGÍA MENOR E INFILTRACIONES

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA RIVERA FUERTES
· 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.

LAHOZ GARCIA FERNANDO
JIMENEZ BAQUERO JANA MARIA
NDJOU OU MURILLO ESTEFANIA
SANCHO VICIEN ELENA
EZQUERRA CAUDEVILLA MARIA VICTORIA
CASALE VILLA PATRICIA
AURIA SORO LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado la primera reunion de equipo para explicar el funcionamiento de las consultas, a quién, qué y cómo derivar. Se han establecido los responsables de la realización, y se han generado las agendas específicas para la organización de la actividad. En verano de 2019 se ha interrumpido la realización de estas actividades debido a la importante sobrecarga asistencial y ante la ausencia de sustitutos. Asimismo, ha cambiado prácticamente el 50% equipo médico (5 profesionales de 11) en septiembre/octubre de 2019, por lo que el reinicio de la actividad tras el período estival se ha visto retrasado. Es por ello que la responsable del proyecto he pasado a ser yo (Ana Rivera) en lugar de Fernando lahoz que se ha trasladado a otro centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado un total de 1 sesión explicativa, 97 pacientes referidos y citados en la consulta de infiltraciones, y 85 en la consulta de cirugía menor

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Habría que implementar mejoras en cuanto a las sesiones de qué y cuándo derivar, puesto que ha habido algún paciente derivado y no infiltrado o intervenido, y a la organización interna para no sufrir "parones" como el ocurrido este verano.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1179 ===== ***

Nº de registro: 1179

Título
CONSULTA MONOGRAFICA: TECNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS EN ATENCION PRIMARIA. CIRUGIA MENOR E INFILTRACIONES

Autores:
LAHOZ GARCIA FERNANDO, JIMENEZ BAQUERO JANA MARIA, NDJOU OU MURILLO ESTEFANIA, SANCHO VICIEN ELENA, EZQUERRA CAUDEVILLA MARIA VICTORIA, CASALE VILLA PATRICIA, AURIA SORO LORENA, LOGROÑO LAFUENTE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEJA DE LOS CABALLEROS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dada la gran lista de espera con la que actualmente contamos en nuestro sector para las consultas de dermatología, rehabilitación, COT y fisioterapia nos hemos planteado la realización de consultas monográficas de cirugía menor e infiltraciones para intentar disminuir dichas listas y mejorar la calidad asistencial hacia nuestros pacientes. Según la cartera de prestaciones de la Seguridad Social se incluye la realización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1179

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA:TECNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS EN ATENCION PRIMARIA. CIRUGÍA MENOR E INFILTRACIONES

de procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no requieren ingreso, conforme protocolos establecidos y la organización propia de cada centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Proporcionar habilidades y herramientas básicas a los profesionales sanitarios de los equipos de Atención Primaria para facilitar la realización de infiltraciones y cirugía menor .
Disminuir pacientes en espera de consultas patología osteomuscular
Mejorar la satisfacción de los usuarios mediante técnicas de cirugía menor

MÉTODO

-Reunión equipo: Explicar consultas monográfica de Cirugía Menor e Infiltraciones, a quién, qué y como derivar.
Citación de los pacientes. Formación del equipo responsable de la consulta. Formación al resto del equipo mediante sesiones

Derivación de los pacientes que requieran dichas consultas:

-Cirugía menor: anestesia tópica/ocal/regional, punción drenaje de abscesos, extracción de cuerpos extraños, escisión tangencial (afeitado/curetaje), escisión cilíndrica o punch, escisión fusiforme de lesiones superficiales y subcutáneas benignas, cirugía menor de la uña, crioterapia, electrocirugía
-Infiltraciones: Hombro doloroso, epicondilitis, trocanteritis, bursitis prerotuliana y gonartrosis (artrocentesis), talagias (espolón, fascitis plantar), rizartrosis...

INDICADORES

Nº sesiones impartidas al equipo sobre infiltraciones y cirugía menor

Nº pacientes referidos a las consultas monográficas: infiltraciones y cirugía menor

DURACIÓN

Enero-Diciembre

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 - 2019/1488

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA: HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA. BIENESTAR EMOCIONAL, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y FOMENTO ACTIVIDAD FISICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE CAMELIA VALENTINA MARES
· 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.

VAL JIMENEZ NURIA
CAUDEVILLA SALAFRANCA ANA MARIA
OTIN BENEDI DAVID
GOÑI ELORRI MARIA YOLANDA
ROMEO LAMBAN MERCEDES
GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL
ESPESO EZQUERRA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De enero a abril se han realizado varias reuniones para explicar la consulta de bienestar emocional y de deshabituación tabáquica y la recomendación de activo "actividad física", a quién, qué y cómo derivar. Inicio de la derivación en enero para bienestar emocional y en febrero para tabaco. Cada médico o enfermera informa y deriva a sus pacientes en un P10 y, desde admisión, se citan en las agendas creadas con el nombre de tabaco y bienestar emocional. La consulta de bienestar ha funcionado de enero a junio con una regularidad de media agenda semanal, pacientes cada 30min. Para la consulta de tabaco se ha planteado lo mismo pero no ha podido ser regular dado que la persona responsable es MAC y se ha necesitado para cubrir otras consultas. A los pacientes de tabaco se les ha seguido por teléfono durante el verano y en octubre se ha retomado la consulta. En la consulta de bienestar emocional se explicaron técnicas de respiración, relajación, resolución de problemas, entrenamiento asertivo e higiene del sueño. A la consulta de tabaco se derivan pacientes con motivación media -alta para información, valoración tratamiento farmacológico y seguimiento a las 2 semanas, al mes, a los 3 meses y al año. Respecto a la implementación de los paseos saludables en las poblaciones del entorno de Ejeja, en un primer momento seleccionamos los dos núcleos con más población como forma de iniciar el proyecto. Para ello nos pusimos en contacto con los ayuntamientos y asociaciones vecinales de los pueblos de Bárdenas y Pinsoro. Así mismo realizamos una captación activa desde las Consultas de AP confeccionando unos listados de posibles interesados. En la primavera de 2020 tenemos pensado comenzar con dicha actividad ya que estamos terminando de diseñar los itinerarios así como modificando nuestras agendas con el fin de adecuar esta actividad con el resto del trabajo habitual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha impartido una sesión relacionada con la consulta de tabaco y 4 sesiones sobre las herramientas que se iban a enseñar en bienestar emocional. Se han formado 4 enfermeras en bienestar emocional. Se han contratado a 2 MAC de mañanas. Por la consulta de bienestar emocional han pasado unos 60 pacientes, evitando de esta manera la prescripción de fármacos en varios casos. A la consulta de tabaco se han derivado 36 pacientes. De estos, uno no acudió a la primera visita, 12 siguen en abstinencia y los demás fueron recaídas o se encontraban en fase contemplativa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por cambios en el EAP se ha visto suspendida la consulta de bienestar emocional pero se ha visto que funciona y estamos pendiente de cambios en la organización interna para poder retomarla. La consulta de tabaco ha funcionado mucho mejor en la segunda parte del año, cada vez hay más pacientes. Se ha planteado la opción de terapia de grupo para llegar a un mayor número de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1488 ===== ***

Nº de registro: 1488

Título
CONSULTA MONOGRAFICA: HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA. BIENESTAR EMOCIONAL, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y FOMENTO ACTIVIDAD FISICA

Autores:
MARES CAMELIA VALENTINA, VAL JIMENEZ NURIA, CAUDEVILLA SALAFRANCA ANA MARIA, OTIN BENEDI DAVID, GOÑI ELORRI MARIA YOLANDA, ROMEO LAMBAN MERCEDES, GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL, ESPERO EZQUERRA MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1488

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA: HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA. BIENESTAR EMOCIONAL, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y FOMENTO ACTIVIDAD FISICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Sabemos que la prevalencia de los pacientes que acuden al CS con percepción de malestar emocional está en 9-19,5%(1). Desde los CsS se detecta una excesiva medicalización del malestar emocional y de los trastornos adaptativos reactivos a los "problemas de la vida diaria" lo que contribuye a un aumento en la prescripción de fármacos, de bajas laborales y derivaciones de "problemas mentales menores" a AE en busca de apoyo y ttº(2). El consumo de tabaco causa mas de 6 millones de muertes prematuras/año en el mundo, 700.000 en Europa y 60.000 en España. A pesar de ser una gran amenaza para la salud, existe un gran desinterés por parte de las autoridades sanitarias para intervenir de modo coherente frente a este problema teniendo en cuenta que tenemos medidas eficaces para su ttº. Las intervenciones sobre el tabaquismo, si se llevan a cabo en el momento oportuno y de forma efectiva, reducen significativamente el riesgo de los fumadores de padecer enfermedades atribuibles a esta causa.

La práctica regular de ejercicio físico tiene efectos beneficiosos sobre la salud psicológica. Los pacientes que realizan ejercicio regularmente tienden a percibir menor nivel de estrés y una mejoría del estado de ánimo así como una percepción de un mayor grado de salud.

(1)Guía de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de los Trastornos de Ansiedad en AP.GPC en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social.Madrid,2008. (2) Castelló Atención a las personas con malestar emocional. Relacionado con condicionantes sociales en AP. FOCAP. Noviembre, 2016

RESULTADOS ESPERADOS

Entrenar habilidades de comunicación motivacional y de gestión emocional para la promoción y prevención de la Salud en la consulta de AP.

Implementar el uso de herramientas básicas de manejo del malestar emocional, aumentando la capacidad de autocuidado y gestión emocional de los pacientes con síntomas de ansiedad, depresión e insomnio en AP. Fomentar la actividad física entre la población general, como un elemento de autocuidado y de mejora de la salud psicológica.

Ver la dependencia del tabaco como una enfermedad crónica. Animar a los profesionales de salud a que hagan intervenciones en los fumadores : preguntar por el consumo,crear episodio en OMI(test de Richmond para valorar la motivación y Fagerstrom para valorar la dependencia),consejo breve para dejar de fumar, terapia conductual y medicación apropiada.

MÉTODO

1. Reunión de equipo: Explicar la consulta de Bienestar Emocional y de deshabituación tabáquica y la recomendación de activo "actividad física", a quién, qué y cómo derivar. Hoja de interconsulta y de recomendación de activos. Inicio de la derivación. Citación desde una agenda específica desde admisión. Formación de los miembros del equipo que responsable de la consulta: En Bienestar emocional: formación de 4 sesiones al equipo sobre las herramientas que se van a enseñar en la consulta que son: técnicas de respiración y relajación, entrenamiento asertivo, técnicas para mejorar el insomnio, técnica de resolución de problemas.

Respecto a las actividades físicas en el centro de salud: Se implementará en una primera fase la realización de actividad física en la población mediante la creación de un proyecto piloto de "Paseos saludables" donde además de la actividad en sí, se aprovechará una parte de la misma para realizar educación sanitaria sobre hábitos de vida saludables y conceptos de bienestar emocional.

2. Derivación de pacientes con abuso del tabaco y motivación media -alta (7-10 puntos en Fagerstrom) para información,valoración de tratamiento farmacológico y planificación de seguimiento y derivación de pacientes con sintomatología ansiosa, insomnio o síntomas depresivos reactivos a "los problemas de la vida" para el aprendizaje de técnicas de respiración, relajación, hábitos higiénicos-conductuales para la mejora del insomnio y técnicas de restricción y registro del sueño, técnicas de resolución de problemas y seguimiento del programa online del Salud Mastermind "supera tu depresión" que se trata de una herramienta on-line de TCC (Terapia Cognitivo Conductual) que consta de 8 módulos, cada módulo incluye material audiovisual, textos, actividades y cuestionarios que el paciente debe realizar en un plazo aproximado de 2 meses.

Respuesta al responsable del paciente, medicina o enfermería de cada visita con una respuesta y consejo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1488

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA: HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA. BIENESTAR EMOCIONAL, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y FOMENTO ACTIVIDAD FISICA

seguimiento en la hoja de interconsulta.

INDICADORES

-Nº sesiones impartidas al equipo sobre bienestar emocional, deshabituación tabáquica y sobre la actividad grupal paseos saludables. -Número de pacientes referidos a las consultas monográficas (bienestar emocional y deshabituación tabáquica) y el número de pacientes que realizan la actividad grupal paseos saludables de forma habitual (Acuden por lo menos a 2 sesiones mensuales).

DURACIÓN

Enero-Abril: Sesiones formativas. Enero-noviembre: derivación de pacientes e inicio de actividad paseos saludables.

Diciembre: evaluación de indicadores anteriormente citados

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 - 2018/1515

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA PREVENCION DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE NOELIA CONCEPCION MARCO RUIZ
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUIL TEJERO BEATRIZ
MILLAN FERNANDEZ YOLANDA
OBON NOGUES JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EDUCACIÓN EN TÉCNICAS DE HIGIENE ORAL ADECUADA Y EMPLEO DE MEDIOS ADICIONALES QUE PUEDEN AYUDAR A PREVENIR LA ENFERMEDAD (IRRIGADORES, USO DE COLUTORIOS, CEPILLOS INTERPROXIMALES..).

EDUCACIÓN DESDE LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL SOBRE LOS FACTORES MODIFICABLES EN ESTÍLO DE VIDA Y ALIMENTACIÓN QUE PUEDEN INFLUIR EN EL DESARROLLO DE LA PATOLOGÍA.

ELABORACIÓN DE DIPTICO INFORMATIVO PARA ENTREGAR A LOS PACIENTES SOBRE LA PATOLOGÍA QUE NOS OCUPA, SUS SÍNTOMAS, CAUSAS, COMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES A SEGUIR PARA PREVENIRLA.

ELABORACIÓN DE POSTER UBICADO EN CONSULTA SOBRE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN REALIZADO.

LAS ACTIVIDADES REALIZADAS SE HAN AJUSTADO AL CALENDARIO MARCADO:
PUESTA EN MARCHA EN MAYO DE 2018, COMENZANDO CON EDUCACIÓN EN CONSULTA (DESDE COMIENZO Y DE FORMA PERMANENTE).
ELABORACIÓN DE DIPTICO EN JUNIO DE 2018 Y ELABORACIÓN DE POSTER EN SEPTIEMBRE DE 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE UTILIZARON COMO INDICADORES: INDICE GINGIVAL (VALORACIÓN DE ESTADIO DE GINGIVITIS) E INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (MEDICIÓN DE SUPERFICIE DEL DIENTE CUBIERTA POR PLACA Y SARRO).
EL RESULTADO PROPUESTO SE HA ALCANZADO CON LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO PARA PREVENCIÓN DE GINGIVITIS APLICABLE EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
PROPORCIONAR AL PACIENTE INSTRUCCIONES SOBRE COMO REALIZAR UNA HIGIENE ORAL CORRECTA DESDE CONSULTA, CONTRIBUYE A PREVENIR LA GINGIVITIS, SIENDO UNA PATOLOGÍA DE CONSULTA HABITUAL EN LAS UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL. LA AUSENCIA DE UN PROTOCOLO HASTA EL MOMENTO HACÍA PERTINENTE SU ELABORACIÓN.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1515 ===== ***

Nº de registro: 1515

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION PARA PREVENCION DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL

Autores:
MARCO RUIZ NOELIA CONCEPCION, BUIL TEJERO BEATRIZ, MILLAN FERNANDEZ YOLANDA, OBON NOGUES JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1515

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA PREVENCION DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL

PROBLEMA

LA GINGIVITIS ES LA ALTERACIÓN INFLAMATORIA DE LA ENCÍA CARACTERIZADA POR NO EXISTIR MIGRACIÓN DEL EPITELIO DE INSERCIÓN, NI PERDIDA DEL SOPORTE OSEO QUE LA MANTIENEN FIRME EN LA CRESTA ALVEOLAR MAXILAR. MAYORITARIAMENTE SON ASINTOMÁTICAS, APRECIANDO EL PACIENTE UN SANGRADO GINGIVAL ESPONTÁNEO O CON EL CEPILLADO DENTAL Y UNA COLORACIÓN ROJIZA DE LAS ENCÍAS. LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN REFIERE QUE MÁS DE LA MITAD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR DE 35 AÑOS PADECE GINGIVITIS. ATENDIENDO A LA ALTA PREVALENCIA DE LA CITADA PATOLOGÍA EN LA POBLACIÓN, AUSENCIA DE PROTOCOLO PARA SU PREVENCION Y TRATANDOSE DE UNA CONSULTA MUY FRECUENTE EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL SE CONSIDERARÁ PERTINENTE REALIZAR ESTE PROYECTO.

RESULTADOS ESPERADOS

- ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO INFORMATIVO SOBRE PREVENCION DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL.
- PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO EN LAS UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL DEL C.S DE EJEA DE LOS CABALLEROS Y C.S UNIVERSITAS..
- EDUCACIÓN DESDE LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL SOBRE LOS FACTORES MODIFICABLES EN EL ESTILO DE VIDA Y ALIMENTACIÓN QUE PUEDEN INFLUIR EN EL DESARROLLO DE LA PATOLOGÍA.
- INSTRUIR AL PACIENTE SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD.
- PROPORCIONAR AL PACIENTE INSTRUCCIONES SOBRE TÉCNICA ADECUADA DE HIGIENE ORAL Y EMPLEO DE MEDIOS ADICIONALES QUE PUEDEN PREVENIR LA ENFERMEDAD(IRRIGADORES, USO DE COLUTORIOS, CEPILLOS INTERPROXIMALES..).

MÉTODO

- ELABORACIÓN DE DIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES.
- ELABORACIÓN DE POSTER QUE SE COLOCARÁ EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL.
- PREVENCION EN CONSULTA MEDIANTE EDUCACIÓN EN TÉCNICAS ADECUADAS DE HIGIENE.

INDICADORES

- REVELADOR DE PLACA.
- INDICE DE SANGRADO GINGIVAL.

DURACIÓN

- PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO (MAYO 2018)
- ELABORACIÓN DE DÍPTICO(ENTRE JUNIO- SEPTIEMBRE 2108)
- ELABORACIÓN DE POSTER (ENTRE SEPTIEMBRE 2018- NOVIEMBRE 2018)
- EDUCACIÓN EN CONSULTA DE FORMA PERMANENTE.

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 - 2016/1691

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1685

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 - 2018/0640

1. TÍTULO

PROA. PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ LOPEZ ALONSO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EPILA
· Localidad EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRERA LINARES FERNANDO
IRIGOYEN VON SIERAKOWSKI ALVARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA 13 abril

Dar a conocer los principios generales PROA mediante sesión clinica realizada el

Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones mas frecuentes y su tto en A.P.

Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo ISASPROA en Aragón Fijar un responsable/referente del uso de antibioticos en el equipo (abril)

Difusion de los principios generales PROA en AP (octubre)

Indicador: Difusion del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP (febrero)

Objetivo formacion sobre uso adecuado de antimicrobianos

Indicador: N° sesiones realizadas sobre PROA:3

presentacion del programa, principios generales, consumo de antimicrobianos/perfil resistencias. Porcentaje de profesionales asistentes, 3 sesiones anuales, en las sesiones de octubre 85% del personal de enfermería y 100% titulares de mañana, en la sesión de febrero 85% del personal de enfermería, 88% de los titulares de mañana

siendo el objetivo un porcentaje de profesionales asistentes del 80%

FI: informe del centro de actas firmadas

Envio del documento de adhesión a los principios del PROA firmado por el 100% del EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

concienciación sobre el uso racional de antibioticos en AP, conocimiento sobre el plan estrategico del PROA, sus actividades y sus indicadores
adhesión del 100% equipo al decalogo del uso racional de antibioticos
campañas de concienciación a la población tanto con los carteles colocados en las consultas y salas de espera, como individualmente en la consulta
conocimiento y uso tanto de la guía da Aljarafe como de la guía PROA como referente en nuestra consulta clínica
uso del streptotest en los casos de amigdalitis con 3 o más criterios de Centor
concienciación sobre el uso de antibioticos de bajo espectro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Reflexión individual sobre la praxis clinica realizada en la consulta, autocritica de los puntos donde podemos mejora en nuestras prescripciones, de cara a optimizar el uso de los antibioticos,
Aumento del uso del streptotest y otros procedimientos diagnosticos que tenemos a nuestro alcance. Aunque seguimos insistiendo en que no tenemos suficientes streptotest porque no nos llegan al hacer el pedido, ni tenemos frascos de recogida de parasitos en heces con conservante
Mejorar con más sesiones clinicas el conocimiento sobre las resistencias y el tratamiento de las infecciones
Uso de la guía PROA para el tratamiento de las infecciones en el 100% de los casos que tratemos
Enviar por correo electronico las sesiones sobre el PROA al equipo de MACS que por razones fisicas en muchas ocasiones no pueden acudir a las sesiones formativas realizadas en el CS
Mejorar el cronograma del proyecto, intentando ajustarlo en el tiempo

7. OBSERVACIONES.

Agradecimiento por la implementación de este programa y su difusión mediante el acuerdo de gestión. A titulo personal me parece muy necesario y la guía PROA una herramienta muy útil para la consulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0640

1. TÍTULO

PROA. PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

*** ===== Resumen del proyecto 2018/640 ===== ***

Nº de registro: 0640

Título
PROA. PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
LOPEZ ALONSO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos y a nivel de la comunidad Araón, con la resolución del 5 de febrero de 2018 se aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas para un mejor uso de los antibióticos

RESULTADOS ESPERADOS
optimizar el uso de antimicrobianos para evitar resistencias.
Adherirse a los principios generales PROA
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA 13 abril
Dar a conocer los principios generales PROA
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones mas frecuentes y su tto en A.P.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo ISASPROA en Aragón.

INDICADORES
Fijar un responsable/referente del uso de antibioticos en el equipo (abril)
Difusion de los principios generales PROA en AP (mayo)
Indicador: Difusion del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP (septiembre)
Objetivoformacion sobre uso adecuado de antimicrobianos
Indicador: Nº sesiones realizadas sobre PROA:
presentacion del programa, principios generales, consumo de antimicrobianos/perfil resistencias. Porcentaje de profesionales asistentes, 3 sesiones anuales
siendo el objetivo un porcentaje de profesionales asistentes del 80%
FI: informe del centro de actas firmadas

DURACIÓN
Abril a diciembre 2018. Con previsión de prolongar los proximos años.

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 - 2018/0917

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN PRIMEROS AUXILIOS PEDIATRICOS EN LOS CENTROS DE EDUCACION INFANTIL DE EPILA, LA MUELA Y LUMPIAQUE

Fecha de entrada: 14/03/2019

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.
GRACIA ANDRES MERCEDES
FUERTES PUEYO SERGIO
SANZA PILAS JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo del proyecto consiste en realizar una formación en primeros auxilios pediátricos en los centros de educación infantil y primaria de la zona de salud de Épila. Está dirigido a la población adulta en contacto con niños.

En junio de 2018 se informa del proyecto al resto de profesionales implicados, así como a las directoras de los centros de educación, para planificar posibles fechas y temas a tratar.

En octubre de 2018 se presenta la idea en el Consejo de Salud, junto al resto de actividades de atención comunitaria.

Durante los meses de septiembre a diciembre de 2018 se elabora el contenido del taller y se revisan los temas a tratar: anafilaxia, convulsiones, síncope, hipoglucemia en niño diabético, heridas, quemaduras, TCE, crisis de asma, RCP básica y atragantamiento. Se preparan casos clínicos simulando situaciones reales para realizar un taller dinámico y participativo. Se utilizan simuladores de adrenalina autoinyectable y midazolam bucal, glucagón, microenemas de diazepam, que permitan familiarizarse con los diferentes fármacos. Se solicitan los maniqués para poder realizar la parte práctica de RCP. Se realizan hojas para valorar el grado de satisfacción.

En diciembre de 2018 la dirección del colegio de Épila solicita nuestra participación para colaborar en la escuela de padres, realizando un taller sobre hábitos y alimentación saludables y de trastornos alimenticios, además de primeros auxilios, por lo que se decide incluir también en el proyecto, llevándose a cabo en febrero de 2019.

Por problemas de disponibilidad de maniqués, se modifica el calendario inicial, postponiendo los talleres de los centros de educación infantil de Lumpiaque y Épila a la primera semana de abril de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han proporcionado los conocimientos básicos en primeros auxilios pediátricos que permiten realizar una primera asistencia antes de recibir atención médica.

Se ha conseguido un elevado grado de satisfacción de los asistentes a los talleres ya realizados, que manifiestan estar más preparados para actuar con mayor seguridad ante situaciones de emergencia.

Se han resuelto y aclarado todas las dudas planteadas.

El proyecto no está concluido ya que queda pendiente la realización del taller en los centros de educación infantil de Épila y Lumpiaque los días 2 y 3 de abril de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que sería importante extrapolar este tipo de formación, principalmente las maniobras de RCP, a los alumnos del colegio. Los niños pueden salvar vidas, y una rápida intervención en caso de parada cardíaca aumenta las posibilidades de supervivencia.

Es muy gratificante trabajar y promover la educación para la salud fuera de las paredes de nuestra consulta. Esto permite crear un vínculo especial con la población de nuestra zona de salud y favorece el acercamiento.

Se propone crear la Agenda Comunitaria de nuestro centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/917 ===== ***

Nº de registro: 0917

Título
EDUCACION PARA LA SALUD EN PRIMEROS AUXILIOS PEDIATRICOS EN LOS CENTROS DE EDUCACION INFANTIL DE EPILA, LA MUELA Y LUMPIAQUE

Autores:
GRACIA CERVERO ETHEL, SANCHEZ NUÑEZ JAVIER, SANZA PILAS JESUS, IZQUIERDO RIOS CRISTINA, LOPEZ ALONSO BEATRIZ, GRACIA ANDRES MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0917

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN PRIMEROS AUXILIOS PEDIATRICOS EN LOS CENTROS DE EDUCACION INFANTIL DE EPILA, LA MUELA Y LUMPIAQUE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- El proyecto surge como respuesta a la petición de los centros de educación infantil de nuestra zona de salud, de recibir formación en primeros auxilios.
- Tener una formación básica en primeros auxilios es fundamental para poder hacerse cargo de la primera atención en situaciones de urgencia, en las que es necesario actuar antes de recibir la asistencia sanitaria especializada.
- Una rápida intervención es esencial para prevenir secuelas importantes que puedan derivarse del retraso en la atención a dichas situaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

- Dotar al personal docente de los centros de educación infantil, así como a los padres y madres, de las habilidades y conocimientos necesarios para una eficaz respuesta ante situaciones de emergencia hasta la llegada de los efectivos sanitarios.
- Capacitar a la población adulta en contacto con niños para prestar la asistencia inmediata ante una emergencia pediátrica, que pueda acontecer en el centro escolar o en el domicilio.
- Facilitar la relación entre personal sanitario y resto de la población, fomentando la participación comunitaria.
- Explicar el modo correcto de actuación en situaciones que requieran maniobras de primeros auxilios tales como: Convulsiones, anafilaxia, hipoglucemia, traumatismos, hemorragias, atragantamiento, síncope, crisis de asma.
- Disminuir el temor ante situaciones complicadas y resolver las dudas.

MÉTODO

- Presentación del proyecto al equipo de atención primaria.
- Contacto telefónico con las directoras de los centros de educación infantil de Épila, La Muela y Lumpiaque para elaborar un calendario conjunto.
- Reuniones de equipo para diseñar la actividad y preparar los recursos audiovisuales y el material necesario.
- Difusión a través del equipo docente y del centro de salud a padres y madres.
- Explorar las necesidades e inquietudes de la población mediante la solicitud previa de dudas y temas que susciten mayor interés.
- Realización de talleres teórico- prácticos, simulacros con casos clínicos y prácticas con maniqués.
- Evaluación del proyecto y presentación de resultados.

INDICADORES

- Participación: N° asistentes en cada sesión impartida/N° asistentes previsto.
- Dudas planteadas/dudas resueltas.
- Encuestas de satisfacción: > 90% satisfechos o muy satisfechos.
- Evaluación de conocimientos y destrezas alcanzados a través de casos prácticos.

DURACIÓN

El proyecto se desarrollará a lo largo del curso escolar 2018-19.
Las sesiones teórico-prácticas tendrán una duración de 2 horas.

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 - 2018/0924

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP DE EPILA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE JESUS SANZA PILAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EPILA
· Localidad EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA CERVERO ETHEL
LOPEZ ALONSO BEATRIZ
BARRERA LINARES FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación de al menos tres profesionales del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .

Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.

Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....)

Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).
Taller de Dermatoscopia clinica y uso de dermatoscópio con la asistencia del 100% del EAP de Epila.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realizada la 1ª sesión en el propio C.S. Epila
Realizada 2ª sesión en el HCU para consulta virtual de dermatología con imagenes.
Ambas en Diciembre de 2018
Pendiente resto de actividades a la recepción del dermatoscopio incluido en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Realización de 2 talleres practicos, pero sin dermatoscopio que permita continuar con la implementación del proyecto

7. OBSERVACIONES.

El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.

La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados. Esto unido a la interconsulta virtual con Dermatología, permitira agilizar las patologia urgentes y reducir las derivaciones.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/924 ===== ***

Nº de registro: 0924

Título
HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP DE EPILA

Autores:
SANZA PILAS JESUS, GRACIA CERVERO ETHEL, LOPEZ ALONSO BEATRIZ, BARRERA LINARES FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0924

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP DE EPILA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.

La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal:

Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas

Objetivos secundarios:

Formación en dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia.

MÉTODO

Formación de al menos tres profesionales del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .

Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.

Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....)

Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).

INDICADORES

Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 4). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.

Porcentaje de médicos que han acudido a al menos tres sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%) Fuente de información: Actas con firma de asistentes.

Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%). Fuente de información: audit historias.

DURACIÓN

Formación de los profesionales responsables: Mayo, Junio 2018

Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Junio 2018

Elaboración de sesión consenso patologías banales: tercer trimestre 2018

Sesión formativa tratamientos en AP: cuarto trimestre 2018

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 - 2018/1023

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EPILA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE JAVIER SANCHEZ NUÑEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS EPILA
· Localidad EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYO CHOPO YOLANDA
MARTINEZ IGUAZ SUSANA
AZNAR PEREZ INMACULADA
GALAN BURILLO NURIA
GRACIA CERVERO ETHEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Adecuación y mantenimiento de carro de paradas, maletines y material de sala de urgencias .Control y revisión de caducidades mensuales cumplimentando los debidos documentos de carro paradas, maletines y vitrinas sala de urgencias. Control de mórficos. Control de batería y mantenimiento preventivo de desfibriladores y aparato electrocardiografo. Realización de sesiones de formación sobre RCP para trabajadores del centro. Talleres con la población de RCP y OVACE. Colocación de algoritmos en sala de urgencias acerca de atención de diversas patologías urgentes, así como guías de atención urgente y de dosificación, así como protocolos de pediatría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cumplimentación y registro por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines. Asistencia de un elevado porcentaje de los profesionales a las sesiones de RCP basica y avanzada impartidas en el centro de salud. Existencia de un método de asignación para atención urgente dentro del centro de salud como en un aviso domiciliario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización del mantenimiento de la sala de urgencias es básico en un centro de salud, y ha de mantenerse en el tiempo para garantizar la calidad en la atención de la población de la zona basica de salud de Épila.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1023 ===== ***

Nº de registro: 1023

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EPILA

Autores:
SANCHEZ NUÑEZ JAVIER, ROYO CHOPO YOLANDA, MARTINEZ IGUAZ SUSANA, AZNAR PEREZ INMACULADA, GALAN BURILLO NURIA, 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: atencion urgente
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención urgente es un punto sensible en un equipo de EAP por:
variabilidad en criterios de atención urgente
excisivas diferencias profesionales en implicación y formación
Inadecuada organización y mantenimiento de las salas de urgencias y maletines, asi como de medios terapéuticos como el desfibrilador.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1023

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EPILA

RESULTADOS ESPERADOS

Definir un procedimiento con los contenidos basicos del carro de paradas y de e,ergencias con la propuesta organizativa estandarizada
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
evitar las demoras en atencion urgente mediante un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se le indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente tanto en el centro de salud como domiciliaria.
Mejorar la eficiencia del sistema mediante un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atencion para racionalizar la misma.
mantener las habilidades profesionales en atencion urgente y rcp
Mejorar la gestion de la sala de urgencias, del carro y maletines

MÉTODO

Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de paradas y maletin de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz que definan el procedimiento para la asignación de casos de atención urgente. Así mismo se contemplaran las situaciones excepcionales
Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud
Situar en lugares estrategicos documentos graficos con evidencia cientifica(algoritmos) sobre la atencion urgente
Diseñar material formativo para la población con las indicaciones de uso de la atención continuada.

INDICADORES

Creacion de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el creiterio para designar a los responsables de la atención urgente tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro(fuente de información (fi)) existencia de dicho documento
Indicador: existencia de dicho documento.
opbejtivo: existencia de dicho documento
indicador: porcentaje de profesionales conocedores del mismo
objetivo: superior al 80%
FI: informe del centro y/o vista al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han `participado en formacion en patología urgente y en RCP.
obejtivo: superior al 80%
FI: informe del centro con actas firmadas.
Numero total de profesionales del centro de salud que han asistido/participado en una sesion relativa a urgencias/numero total de profesionales del sector
Objetivo: 80%
fi: informe del centro con actas firmadas.
Que exista constancia por escrtio de los contenidos y revisiones de mantenimiento de carro de paradas, sala de urgencias y maletines
objetivo80%
FI: informe del cenrto o visita al EAP

DURACIÓN

De mayo a diciembre 2018. se preve la continuacion hasta el total desarrollo del proyecto

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 - 2018/1565

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE CURA Y MATERIAL INSTRUMENTAL DE LA SALA DE CURAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE NURIA GALAN BURILLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS EPILA
· Localidad EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ IGUAZ SUSANA
FAJARDO SOUTULLO SONIA
HERRERO MARTIN ELENA PILAR
SANCHEZ NUÑEZ JAVIER
FRANCO GARCIA SARAY
AZNAR PEREZ INMACULADA
ROYO CHOPO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un listado de material necesario en la sala de curas.
Se ha realizado una hoja de registro de revisiones donde se ha ido anotando la falta o no de material.
Se comprobó periódicamente la existencia de instrumental esterilizado, su fecha de esterilización y el correcto sellado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizaron todas las revisiones programadas.
Al comienzo del proyecto se reponía material en el 80% de las revisiones objetivándose que durante el transcurso de éste iban disminuyendo los días en los que faltaba material, de manera que al final del proyecto no ha sido necesario reponer material.
Se han cumplido las normas de correcto sellado de material instrumental.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los profesionales del centro se han responsabilizado de reponer material en cada guardia de forma que siempre hay material necesario para prestar una adecuada atención sanitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1565 ===== ***

Nº de registro: 1565

Título
GESTION DEL MATERIAL DE CURA Y MATERIAL INSTRUMENTAL DE LA SALA DE CURAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
GALAN BURILLO NURIA, MARTINEZ IGUAZ SUSANA, AZNAR PEREZ INMACULADA, ROYO CHOPO YOLANDA, SANCHEZ NUÑEZ JAVIER

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: NINGUNA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En muchas ocasiones, en el Servicio de urgencias nos encontramos que tenemos que realizar una cura o una sutura y no disponemos de material necesario o instrumental esterilizado, por lo que debemos realizar la cura o sutura con material inadecuado o ausentarnos de la sala para buscar el material necesario. Vemos necesario la puesta en marcha de este proyecto para mejorar la atención sanitaria y que ésta sea de mayor calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1565

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE CURA Y MATERIAL INSTRUMENTAL DE LA SALA DE CURAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Disponer en todo momento de material de curas y material instrumental correctamente esterilizado para poder prestar una atención sanitaria de calidad.

MÉTODO

- Elaboración de una hoja de registro de revisiones y falta de material.
- Establecer un listado de material necesario en la sala.
- Comprobar al inicio y fin de cada guardia la existencia de material de cura y material instrumental esterilizado reponiendo lo que falte.
- Verificar mensualmente la fecha de caducidad de la esterilización.
- Establecer unas normas de correcta esterilización (sellado del paquete, poner fecha de esterilización, procedencia del material)

INDICADORES

- Disponibilidad permanente de material de cura e instrumental para prestar la atención sanitaria.
- No de incidencias por falta de material.
- No de revisiones de material realizadas / No de revisiones programadas

DURACIÓN

Julio 2018: Elaboración de registros y puesta en marcha.
Enero 2019: Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0305

1. TÍTULO

GESTION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE NURIA GALAN BURILLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS EPILA
· Localidad EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ IGUAZ SUSANA
FRANCO GARCIA SARAY
FAJARDO SOUTULLO SONIA
HERRERO MARTIN ELENA PILAR
MARTIN GASPAR CARMEN
SANCHEZ NUÑEZ JAVIER
RUBIO PICO PEPA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se comunicó a todo el personal de enfermería del centro el nuevo método de derivación de avisos domiciliarios con todos los datos que deberían constar.
Se elaboró un registro de avisos donde se ha ido anotando por fecha si estaban completos o si por el contrario faltaba algún tipo de información.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según el registro realizado, el 70% de los avisos domiciliarios para atención continuada se han realizado correctamente. Al 30% restante, solo faltaba algún dato mínimo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El apoyo y la implicación del equipo en este proyecto ha sido muy importante. Partíamos de tener un bajo porcentaje de avisos completos al comienzo del proyecto y lo hemos finalizado con un 70%. Por todo esto, consideramos que ha habido una mejora muy importante en la comunicación entre la enfermera de EAP y la enfermera de atención continuada y por lo tanto, una mejora en la prestación de cuidados de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/305 ===== ***

Nº de registro: 0305

Título
GESTION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

Autores:
GALAN BURILLO NURIA, FAJARDO SOUTULLO SONIA, HERRERO MARTIN ELENA PILAR, MARTIN GASPAR CARMEN, SANCHEZ NUÑEZ JAVIER, RUBIO PICO JOSEFA

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: Pacientes que necesitan asistencia domiciliaria de la Enfermera de Atención Continuada
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En ocasiones nos ocurre que se derivan avisos a domicilio para Enfermería de Atención Continuada en los cuales falta información ya que no sabemos si hay que llevar material o éste se encuentra en el domicilio. También ocurre que cuando una cura se prolonga en el tiempo solamente consta en OMI "Consulta Sucesiva: cura de úlcera" de forma que no sabemos si se ha cambiado el tratamiento o sigue con el inicial.

RESULTADOS ESPERADOS

Garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes que necesitan asistencia domiciliaria de la enfermera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0305

1. TÍTULO

GESTION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

de atención continuada.
Mejora de la comunicación entre la enfermera del EAP y la enfermera de Atención Continuada.
Evitar la falta de material a la hora de realizar una cura a domicilio.

MÉTODO

Se realizará una reunión con las enfermeras del EAP y las enfermeras de Atención continuada para explicar el nuevo método de derivación de avisos domiciliarios donde deberá constar: tipo de cura o actividad a realizar, material con el que se realiza la cura actualmente, la existencia de material en el domicilio y material necesario que hay que llevar.

Se elaborará un registro de avisos donde se anotará si están todos los datos completos.

INDICADORES

Número de avisos completos/ Número de avisos total

DURACIÓN

Abril 2019 : Reunión enfermería y elaboración de registros.

Abril 2019: Puesta en marcha del proyecto

Enero 2020: 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 - 2019/0459

1. TÍTULO

APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE EPILA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE SARAY FRANCO GARCIA
· 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
SANCHEZ NUÑEZ JAVIER
GALAN BURILLO NURIA
FAJARDO SOUTULLO SONIA
VILARIÑO ROMERO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A través de un correo interno se comunicó al personal del centro que se iba a llevar a cabo sistema de control diario de la sala de urgencias. Se elaboró una planilla para rellenar cada día el personal que estaba de guardia y una serie de tareas, con el fin de mejorar la gestión de la sala de urgencias. Las tareas incluían la revisión del orden de la sala y la limpieza del instrumental, que el carro de paradas estuviera precintado (en el caso de no estarlo había que revisar que no faltase material y de así serlo reponerlo), el correcto funcionamiento de DEA y el ECG, que hubiera disponibles glucómetro, termómetro, pulsiómetro, tensiómetro, otoscopio, laringoscopio y streptotest, que el coche estuviera limpio por dentro y con gasolina, que hubiera bombonas de oxígeno, que los materiales y las vitrinas de medicación tuvieran el material necesario (para la gestión se emplean los procedimientos PO-01-02_Z3 y PO-02-02_Z3). Cada día incluía varias de estas tareas, de modo que cada semana se tenían que revisar todas y algunas en varias ocasiones. En un apartado de observaciones se indicaba si había alguna incidencia o incluso alguna otra cosa que no se hubiera contemplado en las tareas diarias pero que había surgido a lo largo de la guardia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el mes de abril hasta el mes de diciembre se ha procedido a rellenar la plantilla y se han recogido las incidencias de cada guardia. Casi todos los profesionales del centro conocían el proyecto, por lo que ha podido llevarse a cabo a diario porque alguno de los profesionales de los tres que estaban en la guardia conocían el procedimiento. El proyecto ha permitido un mayor control de la sala de urgencias, mantener revisado el material que puede hacer falta en una guardia, tanto en el centro como en los domicilios, y al mismo tiempo un control del personal de guardia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dado que las situaciones de urgencia requieren de una actuación rápida y eficiente, es necesario tener todo el material que podamos utilizar accesible y en buen estado. Además es necesario mantener la sala de urgencias limpia y ordenada para una mejor asistencia. Por todo esto la valoración del equipo ha sido positiva, poniendo de manifiesto el compromiso del equipo para mantener la sala de urgencias y el material en buenas condiciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/459 ===== ***

Nº de registro: 0459

Título
APLICACION DE UN SISTEMA DE CONTROL DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE EPILA

Autores:
FRANCO GARCIA SARAY, MARTINEZ IGUAZ SUSANA, SANCHEZ NUÑEZ JAVIER, GALAN BURILLO NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0459

1. TÍTULO

APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE EPILA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las situaciones de urgencia exigen tener preparado todo el material que podamos necesitar para una asistencia rápida y adecuada. Muchas veces nos encontramos con falta de fármacos o de material de cura entre otros, lo que ocasiona una atención deficitaria. En el peor de los casos esa falta de material puede ocurrir en un domicilio urgente, con consecuencias más graves.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la gestión de la sala de urgencias, incluyendo carro de paradas y maletín para asistencia domiciliaria. Implicar a todo el equipo en el mantenimiento de la sala de urgencias.

MÉTODO

Elaborar una plantilla para designar las tareas a realizar por cada profesional al entrar a la guardia, que serán diferentes cada día. En la plantilla habrá explicaciones sobre dichas tareas. Se dará a conocer al equipo mediante un correo interno.

INDICADORES

- ? Cumplimiento de la plantilla del reparto de tareas en el Centro de Salud (SI / NO)
- ? Incidencias detectadas en el documento de contenido y revisión de mantenimiento del carro de paradas y maletines de urgencias.
- ? Porcentaje de profesionales que conocen el documento (80%)

DURACIÓN

En el mes de Marzo elaborar el formulario y darlo a conocer al equipo.
Desarrollo del proyecto de Abril a Diciembre.
En Enero realizar la 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 - 2019/1066

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE EPILA

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ LOPEZ ALONSO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EPILA
· Localidad EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRERA LINARES FERNANDO
GRACIA CERVERO ETHEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Siguiendo en la línea de uso racional del medicamento desde AP iniciada en el 2018, se establecen una serie de actividades tanto a nivel enlace IRASPROA y responsable del CS, como de éste con el equipo de AP para formar y valorar los indicadores y la aplicación en nuestro día a día. Para ello se realizan varias sesiones con el Servicio de Farmacia de AP en los meses de marzo, junio y octubre del 2019, así como la Jornada de Trabajo de Dirección con todos los coordinadores de los centros de salud de mayo. Dichas sesiones son transmitidas posteriormente a los componentes del CS. También por parte de farmacia se diseñan unos indicadores para el control del uso de antibioticos, en nuestro caso el equipo decidió incorporar todos al acuerdo de gestión. Dichos inidcadores son :
Tasa de consumo de antibioticos de uso sistémico (J01)
Consumo relativo de antibioticos de espectro reducido respecto al total
Porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico
consumo de macrolidos respecto al total
consumo de fluoroquinolonas respecto al total
consumo de Cefalosporinas de 3ª generación respecto al total
Respecto a las actividades realizadas en el CS, se han impartido 4 sesiones de PROA, el 100% del personal sanitario ha asistido al menos a dos de las sesiones realizadas. La primera, con una asistencia del 70% se epiclicó las líneas de actuación para el 2019, así como se volvió a recordar la trayectoria del PROA y como acceder y navegar por su página. La segunda reunión en mayo fue para explicar los indicadores e integrarlos en los acuerdos de gestión, con una participación de mas del 80 % de todos los miembros del CS, en octubre y noviembre se realizaron las dos últimas reuniones una sobre las enfermedades respiratorias con una participación del 80% de los médicos y la otra de ITUs con una participación del 60%.
En todas las reuniones se insiste en la utilización de la guía antimicrobiana del PROA para tratar las diferentes infecciones en nuestros pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Asistencia al 100% de las reuniones convocadas para los responsables del PROA .
Realización de 4 sesiones formativas en las que el 100% de los médicos han asistido al menos a la mitad, y un 50% al 100%.
Respecto a los indicadores:
Tasa de consumo de antibioticos de uso sistémico (J01), disminución del 1%
Consumo relativo de antibioticos de espectro reducido respecto al total, aumento del 3%
Porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico, aumento del 4,6%
consumo de macrolidos respecto al total, descenso de un 2,2%
consumo de fluoroquinolonas respecto al total,descenso de un 0,8% (tuvimos un paciente con una prostatitis complicada al que hubo que administrarle cipro durante 3 meses)
consumo de Cefalosporinas de 3ª generación respecto al total, el único indicador que no hemos cumplido subiendo en un 0,5%, aun así estamos muy por debajo de la media del sector y de Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Concienciación del uso racional del antibiótico, mejora en el manejo, uso y no abuso de los antibioticos. Uso habitual en nuestra practica clinica de la guía PROA antimicrobiana.
Implicación del personal sanitario en la utilización de antibioticos de espectro reducido, en el uso de los streptotest en las faringoamigdalitis con al menos 3 criterios de Centor, disminución del uso de amoxicilina clavulanico.
Pero seguimos notando una falta de concienciación e implicación, en determinados miembros del Equipo que solo realizan guardias, y que son mas propensos al uso de antibioticos incluso en infecciones viricas y al uso de amoxiclavulanico.

7. OBSERVACIONES.

Implicación de los servicios hospitalarios, clinicas privadas, servicios de urgencias, odontologos y farmacias, en los que hemos llegado a ver incluso levofloxacino para flemones dentales o dispensaciones de antibioticos sin receta medica

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1066 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1066

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE EPILA

Nº de registro: 1066

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE EPILA

Autores:
LOPEZ ALONSO BEATRIZ, BARRERA LINARES FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES
% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 20,1 (reducción de 2% respecto a 2018)
Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

OBSERVACIONES
EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES Todos los profesionales de atención primaria: médicos, enfermeras, odontólogos ... que hacen uso de antibióticos del sector.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1066

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE EPILA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1401

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE EPILA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO MANUEL ADAN GIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS EPILA
· Localidad EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ SANZ ROSA
RUBIO PICO JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-SE HA IMPARTIDO UNA SESION CLINICA SOBRE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CENTRO DE SALUD DE EPILA
-SE HA REALIZADO UNA REUNION DE COORDINACION CON EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DE REFERENCIA (DRA. ANA FERREIRA)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
FRUTO DE LA SESION Y DE LA REUNION DE COORDINACION CON CARDIOLOGIA SE HA CREADO UNA RED ASISTENCIAL EN INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR TRES QUE INTEGRA A TRES PROFESIONALES MAS DE ATENCION PRIMARIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE HACE IMPRESCINDIBLE UNA BUENA COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA-CARDIOLOGIA PARA EL MANEJO OPTIMO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA, SIENDO DESEABLE LA CREACION DE UNA RUTA ASISTENCIAL ESPECIFICA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1401 ===== ***

Nº de registro: 1401

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE EPILA

Autores:
ADAN GIL FRANCISCO MANUEL, GONZALEZ SANZ ROSA, RUBIO PICO JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: INSUFICIENCIA CARDIACA
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La IC -definida como un síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas típicos y alguna anomalía cardiaca estructural o funcional que produzca reducción del gasto cardiaco o elevación de las presiones intracardiacas en reposo o estrés- supone la tercera causa de muerte en España, con una prevalencia estimada superior al 5% que crece exponencialmente con la edad.

Pese a los avances en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca, la morbimortalidad, el número de reingresos y los costes sanitarios asociados a ella son todavía muy elevados, suponiendo el 3,8% del gasto sanitario anual (y el 2,6% del gasto hospitalario con 476 M€).

Las hospitalizaciones por IC constituyen un marcador significativo de pronóstico adverso, independiente de la fracción de eyección. Por ello, la prevención de la hospitalización por IC, especialmente en pacientes de alto riesgo, representa un relevante objetivo en sí mismo.

En la IC son especialmente frecuentes las comorbilidades, debido a la avanzada edad de estos pacientes y a la propia idiosincrasia de la enfermedad, ya que a menudo la IC es un estadio final de otras enfermedades como la hipertensión arterial, la fibrilación auricular o la cardiopatía isquémica entre otras. Especialmente relevante es la asociación entre diabetes e IC. Por ello el abordaje de la IC debe realizarse en el marco de la cronicidad como paciente crónico complejo en su gran mayoría.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1401

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE EPILA

En una enfermedad crónica y compleja como ésta es fundamental disponer de un modelo que garantice la continuidad asistencial y el fomento de los autocuidados que incluya la adherencia a la medicación, dieta y ejercicio, la monitorización y manejo de síntoma o el control del peso y sus variaciones centinela en las descompensaciones. En este sentido, empoderar al paciente con IC debe ser un objetivo esencial. La existencia de una red familiar de apoyo consistente favorecerá enormemente el necesario autocuidado de estos pacientes. Cuando existan limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria se hará indispensable la figura del cuidador principal cualificado para detectar descompensaciones y asegurar el cumplimiento de los cuidados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar el grado de diagnóstico de la IC en nuestro medio elaborando un censo actualizado de estos pacientes.
- Clasificar adecuadamente a los pacientes con IC de cara a su manejo específico.
- Adecuar el tratamiento de estos pacientes a las actuales guías de práctica clínica.
- Empoderar a cuidadores y pacientes a fin de mejorar el cuidado de estos.
- Reducir las descompensaciones y posteriores ingresos hospitalarios en estos pacientes.

MÉTODO

- Impartir una sesión clínica sobre el diagnóstico y manejo de la IC de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica actuales y otra de evaluación anual del proyecto
- Elaborar un censo actualizado de los pacientes con IC del EAP
- Llevar a cabo al menos una reunión de coordinación con el Servicio de Cardiología
- Diseñar e implementar un protocolo de seguimiento de enfermería para el paciente con IC

INDICADORES

- Prevalencia de IC en la ZBS: N° pacientes diagnosticados de IC/Total de pacientes de la ZBS.
- N° sesiones clínicas sobre IC realizadas por Medicina o Enfermería sobre el tema.
- Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en tratamiento con betabloqueantes recomendados.
- Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en tratamiento con IECAs o ARA II.
- Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en tratamiento con ARM.
- Porcentaje de pacientes con IC en seguimiento por Consulta de Enfermería sobre el total de diagnósticos.
- Porcentaje de pacientes con IC que han ingresado por descompensación en el año.
- Porcentaje de pacientes diabéticos con diagnóstico de IC.
- Porcentaje de pacientes diabéticos con IC en tratamiento con iSGLT2.

DURACIÓN

- Mayo '19-Junio '19: Sesiones clínicas a médicos y enfermeras del EAP
- Julio '19-Septiembre '19: Elaboración del protocolo de seguimiento en consulta de enfermería
- Mayo '19-Mayo '20: Implementación del proyecto en los distintos Centros de la ZBS
- Abril '20: Recogida de datos para la elaboración de indicadores
- Mayo '20: Evaluación del proyecto y exposición en sesión de equipo

OBSERVACIONES

Al objeto de optimizar el tratamiento de estos pacientes es necesario establecer mecanismos de interconsulta con Cardiología para facilitar el acceso a la ecocardiografía al médico de familia.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1142

1. TÍTULO

REHABILITACION COMUNITARIA, MEJORANDO LA MOVILIDAD DE NUESTROS PACIENTES

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ALEJANDRO ASTARRIAGA CABANAS
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS EPILA
· Localidad EPILA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TEJERO SANCHEZ ARTURO
SERRANO CUBERO MIGUEL
ESTEBAN GIMENO ANA BELEN
LOPEZ ALONSO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesión formativa sobre el servicio de fisioterapia de nuestra Unidad, qué y cómo derivar, realizada en CS Épila el 9 de abril 2019

Sesión formativa sobre el proyecto y las actividades a realizar, también esa misma fecha.

Elaborar un dossier con ejercicios para patologías de columna cervical, columna lumbar y miembro superior para que todos los facultativos del CS Épila, sigamos las mismas directrices y hagamos una breve explicación de dichos ejercicios

Inicialmente se propusieron tres sesiones presenciales con población de Épila para ejercicios comunitarios sobre cervicalgia, lumbalgia y dolor extremidad superior, pero finalmente dado que la patología de hombro podía resultar muy compleja, ésta última se desestimó.

En la primera quincena de noviembre se procedió a seleccionar pacientes candidatos para dichas sesiones de espalda. Dentro del núcleo urbano de Épila se seleccionaron 12 pacientes con patología cervical y 12 con patología lumbar

Se elaboró también una pequeña encuesta de satisfacción entre los pacientes que acudieron a dichas sesiones durante la segunda quincena de noviembre y por último durante el mes de enero hemos realizado las dos sesiones grupales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Participación de la población en sesiones grupales,
mejorar la comunicación entre los profesionales del centro fisioterapia-médicos-ats
mejorar la comunicación entre profesionales y población
unificar criterios a la hora de abordar ciertas patologías

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El principal inconveniente de esta actividad es que disponemos de un fisioterapeuta dos días a la semana, para una población que ya describimos como "más envejecida, que por las condiciones socioculturales, laborales... presenta todavía más patología osea que la que podemos encontrar en núcleos urbanos. A esto hay que añadirle el aumento de la esperanza de vida, que entre otros factores afecta también al deterioro osteomuscular y articular de los pacientes y muchas veces las condiciones sociosanitarias y de vivienda que encontramos en medio rural".

Actualmente la demora es de 7 meses y las condiciones en las que trabaja el fisioterapeuta son entremas, atendiendo a tres pacientes en el mismo hueco. Lo cual no deja mucho tiempo para realizar actividades de este tipo Otro inconveniente es el espacio del gimnasio, que permite realizar estas actividades para grupos pequeños de no más de 10 pacientes.

7. OBSERVACIONES.

El cronograma tuvimos que adaptarlo un poco debido a los cambios de personal por los traslados y por la OPE, así como por la disponibilidad del fisioterapeuta

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1142 ===== ***

Nº de registro: 1142

Título
REHABILITACION COMUNITARIA, MEJORANDO LA MOVILIDAD DE NUESTROS PACIENTES

Autores:
ASTARRIAGA CABANAS ALEJANDRO, LOPEZ ALONSO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1142

1. TÍTULO

REHABILITACION COMUNITARIA, MEJORANDO LA MOVILIDAD DE NUESTROS PACIENTES

Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: agenda comunitaria

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La población que visitamos en medio rural, es en general una población más envejecida, que por las condiciones socioculturales, laborales... presenta todavía más patología osea que la que podemos encontrar en núcleos urbanos. A esto hay que añadirle el aumento de la esperanza de vida, que entre otros factores afecta también al deterioro osteomuscular y articular de los pacientes, por todo ello creemos necesario, reforzar los consejos y medidas que damos en la consulta con educación sanitaria y sesiones de rehabilitación comunitaria

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir que los pacientes adquieran un mayor conocimiento de su patología osteomuscular y articular
conseguir que los pacientes aprendan ejercicios de rehabilitación que les ayuden a mejorar esa patología crónica
conseguir que adquieran una autonomía para la realización de ejercicio físico o incluso formen grupos para realizarlo de forma comunitaria

MÉTODO
Sesión formativa sobre el servicio de fisioterapia de nuestra Unidad, qué y cómo derivar
Sesión formativa sobre el proyecto y las actividades a realizar
Elaborar un dossier con ejercicios según las diferentes patologías para que todos los facultativos del CS Épila, sigamos las mismas directrices
Una sesión de ejercicios comunitaria para dolencias de espalda en el CS con los pacientes seleccionados
Una sesión de ejercicios comunitaria para dolencias de miembros superiores en el CS con los pacientes seleccionados
Una sesión de ejercicios comunitaria para dolencias de miembros inferiores en el CS con los pacientes seleccionados

INDICADORES
Realización de todas las actividades propuestas
Encuesta de satisfacción por parte de los usuarios tras finalizar las sesiones comunitarias

DURACIÓN
Inicio abril a enero
Abril-junio sesiones de equipo y elaboración de los dossiers de ejercicios
Sesiones comunitarias: una por trimestre

OBSERVACIONES
Población diana de ambos sexos con patología osteoarticular

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 - 2015/0242

1. TÍTULO

PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2

Fecha de entrada: 20/07/2016

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ PEIRONA BARBARA
TARONGI SALINAS BEGOÑA
OTO NEGRE ANTONIO
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO
ZABALA GARCIA ANA ISABEL
BAILLO GAY ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El método constaba de tres fases, una denominada datos de partida, otra de formación sanitaria y la última de intervención.

-Datos de partida: Los miembros del grupo de trabajo ya han realizado la búsqueda de pacientes diabéticos de sus cupos y que estén actualmente con triple terapia de ADOs. Se utilizó un mes para esta fase.

-El apartado de formación sanitaria consistente en presentar el proyecto, formar al personal en la adecuada individualización de los objetivos de HbA1C y presentación de las actualizaciones de las guías ADA/EASD 2015, redGDPS y guía del SALUD ya ha sido realizado. Se reservó un mes para buscar una fecha que pudiera ser aceptada por todos los miembros del grupo para realizar la formación adecuada y establecer unas directrices comunes basadas en las guías actuales.

-Se han establecido los objetivos de HbA1c, invirtiéndose 2 meses para establecer el objetivo individual de cada paciente y adecuación del nuevo tratamiento de cada paciente.

-Durante 6 meses se han citado a las pacientes y llevar a cabo las actividades pertinentes para cada caso, obteniéndose el valor de RCV y realizado las intervenciones necesarias para lograr los objetivos establecidos en las guías. De igual forma se han completado los datos y protocolos pendientes de cada paciente.

-Se han utilizado otros 2 meses para evaluar los resultados obtenidos y presentarlos a los equipos participantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hubo 41 pacientes que cumplían el criterio de DM tipo 2 con triple terapia antidiabética oral, 17 mujeres y 24 hombres. La edad media de la muestra era de 66,25 años (68,65 años en mujeres y 64,48 en hombres).

Presentaban una media de años de evolución de la DM de 9,925 años (11,18 mujeres y 9 en hombres).

El objetivo principal del estudio era valorar la proporción de pacientes que logran el objetivo de HbA1c (objetivo individual o general <7,0 % si no se definió el objetivo individual) a las 24 semanas.

Se encontró que había 31 pacientes cuyo objetivo de glicada era <7%, 12 mujeres y 19 hombres:

- De ellos ya estaban en rango 14 (7 mujeres y 7 hombres) pero al final del estudio sólo permanecían bien controlados 6 (3 mujeres y 3 hombres). Los que salieron del rango objetivo, que inicialmente estaban bien controlados, fueron 5 (2 mujeres y 3 hombres). Los 3 pacientes de los que no disponemos datos eran porque 2 no quisieron más intervención en su patología y el tercero era controlado por endocrino y no se había realizado el control analítico en el momento de finalizar el estudio.

- Había 17 pacientes con glicada superior a 7%, 5 mujeres y 12 hombres. De ellos 5, 1 mujer y 4 hombres logran las cifras objetivo y 7 no son controlados, 3 mujeres y 4 hombres. De los 7 no controlados, hay 4 que no quieren o no acuden a las citas de intervención y 1 es controlado por endocrino y no aporta datos.

En el grupo de pacientes con objetivo de glicada >7% se encontraron 10 pacientes. Una paciente se consiguió una mejora de su control e incluso se bajo de 7% y 7 pacientes, 4 mujeres y 3 hombres, se mantuvieron en valores >7%. 2 pacientes no aceptaron participar en el estudio.

Objetivos secundarios:

De los 41 pacientes que cumplían los criterios de inclusión se pudo intervenir sobre 37. Sobre los 17 pacientes que debían tener una glicada <7% y no la tenían sólo se obtuvo el objetivo de reducción en 7 de ellos, lo cual supone que sólo un 41 % de los pacientes mejoraron su control glucémico. Otro dato es que de los 14 pacientes bien controlados con glicada <7% al inicio del estudio empeoraron su control 7 pacientes, un 50%.

En cuanto a la mejora en la recogida de datos y cumplimentación de protocolos asociados a la DM en los 41 pacientes:

- Electrocardiograma: Realizado en 31 pacientes, 75,61% (12 mujeres y 19 hombres). 3 de ellos eran patológicos y se derivaron al cardiólogo.

- Retinografías: Realizadas en 32 pacientes, 78,05% (13 mujeres y 19 hombres) y pendientes de resultado otras 3 más. 8 de ellas fueron derivadas al oftalmólogo por ser patológicas.

- Datos de IMC: Se obtuvieron datos de 35 pacientes, 85,37%. La media fue de 31,28; en las 15 mujeres fue de 33,295 y en los 20 hombres de 29,76.

- Perímetro abdominal: Se realizó en 32 pacientes, 78,05%, siendo la media de 106,36; en las 13 mujeres de 105,33 y en los 19 hombres de 107,14.

- El riesgo cardiovascular: Fue calculado en 39 pacientes, 95,12%, 16 mujeres y 23 hombres.

Tratamientos.

-Metformina: 38 pacientes.

-SGLT-2: 13 pacientes (11 dapagliflozina y 2 empagliflozina).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0242

1. TÍTULO

PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2

-Gliptinas: 39 pacientes (sitagliptina 26, vildagliptina 10 y linagliptina 3).

-Sulfonilureas: 10 pacientes.

-Glinidas (repaglinida): 16 pacientes.

-Glitazona (pioglitazona): 2 pacientes.

-GLP-1: 1 paciente (exenatida).

La combinación más habitual era metformina+sitagliptina+repaglinida.

Sólo se insulinizó en 3 pacientes con glargina pero no se obtuvo en ellos el objetivo de glicada establecido previamente.

En 6 pacientes se sustituyó la sulfonilurea por un SGLT-2 pero tampoco se logró el objetivo deseado.

1 paciente fue derivado a endocrino dada la complejidad de sus patologías y la mala respuesta terapéutica.

Durante los 6 meses de intervención no se notificó ninguna hipoglucemia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Los pacientes con triple terapia antidiabética son aquéllos que presentan o más años de evolución o un peor control metabólico y a la vista de este trabajo no se realiza la adecuada intervención para el control óptimo de sus valores de glicada.

-Existe un evidente retraso en el inicio de la insulinización, datos que confirman lo que ya está publicado en diversos artículos internacionales.

-Nuestra muestra poblacional presenta unos índices de IMC medio compatibles con el criterio de obesidad y un perímetro abdominal muy elevado, principales factores de riesgo para desarrollar diabetes y para su peor control metabólico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/242 ===== ***

Nº de Registro: 0242

Título
PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2

Autores:
ESTEBAN JIMENEZ OSCAR, ZABALA GARCIA ANA ISABEL, BAILO GAY ANA MARIA, VILAFRANCA ESCOSA ALFREDO, TARONGI SALINAS BEGOÑA, LOPEZ PEIRONA BARBARA, MAINER SANMARTIN PAZ, MALLOR BERNAD PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

PROBLEMA

•La prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en España se estima entorno al 13,8%. Siendo la principal enfermedad crónica y representando un 7% del coste sanitario total del SNS.

•Un paciente con diabetes consume entre 2 y 6 veces más recursos sanitarios directos que los pacientes con otras enfermedades crónicas. Además genera importantes costes indirectos como consecuencia de la morbimortalidad generada.

•Un control adecuado de la enfermedad es clave para reducir la mortalidad y el riesgo de sufrir complicaciones. Por tanto, el mejor control glucémico representa también una utilización mejor y menor de recursos económicos y en todos los niveles asistenciales.

Según muchos estudios, si se manejan con efectividad los niveles de glucemia, HbA1c, lípidos, tensión arterial y se propugnan cambios de estilo de vida, se consigue una mejora de la calidad de vida del paciente y una disminución del costo sanitario que suponen las complicaciones de la enfermedad.

Aun conociendo lo anterior, en un reciente estudio multicéntrico promovido por SEMERGEN, un alto porcentaje de pacientes diabéticos (16%) no tienen ningún dato de HbA1c en el último año, y el control glucémico es muy deficitario. En aquellos pacientes tratados con doble o triple solo el 39% y el 23% respectivamente están con HbA1c = 6 < 7%. Aún es más llamativo que de los pacientes tratados con insulina (31% del total tratados), solo el 21% alcanzan los niveles recomendados por los consensos nacionales e internacionales, debido en su mayor parte a un mal ajuste de las dosis.

Existen experiencias en AP, en las que la implantación de un programa de revisión y seguimiento a cargo del Médico y Enfermero consigue una mejora en todos los parámetros y una mayor adherencia al tratamiento.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

•Describir la proporción de pacientes que logran el objetivo de HbA1c (objetivo individual o general <7,0 % si no se definió el objetivo individual) a las 24 semanas.

Objetivos secundarios:

•Describir la proporción de pacientes que logran el objetivo general de HbA1c <7,0 % y la proporción de pacientes que logran el objetivo de HbA1c <7 % o <8-8,5 % conforme al nivel de riesgo.

•Describir la proporción de pacientes que logran una mejoría en la HbA1c de al menos el 0,5 % y 1,0 % con respecto al momento basal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0242

1. TÍTULO

PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2

- Evaluar el impacto de la hipoglucemia sintomática conforme a su frecuencia y severidad sobre el logro del objetivo de HbA1c a las 24 semanas.
- Describir la proporción de pacientes que logran el objetivo de HbA1c (objetivo individual o general <7,0 % si no se definió el objetivo individual) sin hipoglucemia sintomática.
- Identificar factores basales asociados al fracaso del tratamiento.

MÉTODO

A) DATOS DE PARTIDA (Cada profesional).

- 1.-Búsqueda activa de los pacientes diabéticos con triple terapia oral en nuestra área de salud.
- 2.-Revisión mediante corte transversal de su estado actual de control glucémico de HbA1c y análisis de su riesgo cardiovascular.
- 3.-Establecer el objetivo de HbA1c de forma individualizada según los criterios de la redGDPS.
- 4.-Selección del anterior grupo de pacientes, los que tienen un mal control glucémico.

B) INTERVENCIÓN SANITARIA.

B1) Intervención formativa-Óscar Esteban y Begoña Tarongi..

- Transmitir al equipo médico y enfermería la situación actual con los resultados obtenidos en "Datos de Partida".
- Presentar el proyecto de intervención.
- Formar al personal sanitario para la correcta individualización de los objetivos de HbA1c, así como en las guías terapéuticas siguiendo las guías internacionales de la ADA/EASD 2015, redGDPS y guía de tratamiento DM2 de SALUD.

B2) Intervención terapéutica.

Dentro de la práctica clínica diaria y respetando las fechas de control habituales.

- Como grupo control el de los pacientes con triple terapia y control glucémico adecuado, según los criterios de individualización.
 - Como grupo de intervención aquellos pacientes en triple terapia y mal control glucémico individualizado.
- En ambos grupos se incluirán paulatinamente en la historia datos de edad, duración de la DM, IMC, perímetro de cintura, signos/síntomas de complicaciones diabéticas, hipoglucemias previas o post-intervención, realización o no de ECG y retinografías

INDICADORES

Se evaluará el adecuado control de nuestros pacientes según los criterios ADA/EASD 2015 y redGDPS estableciendo comparación entre los valores obtenidos al inicio del estudio y a los 6 meses del inicio de la intervención.

Indicadores: HbA1c y mejora del registro de datos en OMI-AP.

DURACIÓN

- 1 mes para solicitar y recibir el corte poblacional.
- 1 mes para realizar reuniones con el personal de cada centro de salud para informar sobre los actuales criterios ADA/EASD 2015 y redGDPS.
- 2 meses para establecer el objetivo individual de cada paciente y adecuación del nuevo tratamiento de cada paciente.
- 6 meses para citar a las pacientes y llevar a cabo las actividades pertinentes para cada caso.
- 2 meses para evaluar los resultados obtenidos y presentarlos a los equipos participantes.

OBSERVACIONES

LOPEZ PEIRONA, BÁRBARA actuará como coordinadora del equipo de enfermería.

Otros cupos participarán aunque no exista espacio físico para incluirlos (médico+enfermera):

Dr.Manuel Botaya + ATS Pilar Mallor-->C.S.Torrero Este.

ATS María Jesús Gil-->C.S. Torre Ramona.

Dr.Javier Sangros González + ATS Ana Díez-->C.S. Torrero Este

Dr. José Manuel Millaruelo Trillo + ATS Teresa Gómez Royo-->CSTorrero Este.

Dr.Fco Aganzo+ATS Belen Corao RuiZ-->CS La Almunia De Doña Godina.

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 - 2016/0204

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 polimedificados 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 polimedificados mayores de 75 años.
- Disminución de efectos secundarios de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumento del porcentaje de pacientes polimedificados 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 polimedificados 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 polimedificados 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 2017 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 después 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 RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0642

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD DE GALLUR

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE DANIEL ENRIQUE HORENSTEIN DRUCAROFF

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLASCO MARTINEZ ANA CRISTINA
LOPEZ CUARTERO ELENA
ESPINACH LOSADA ALICIA
BERNAL GARCIA ALICIA
CANTIN BARRERA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas: Elaboracion de planilla de control de Sala de Urgencias que incluye control de caducidades de medicación, control de estado de DEA, control de material fungible, Maletines de Urgencia de Respiratorio, Urológico, Pediátrico y Maletín del Coche de Urgencias. El control se establece diario y rotatorio cada día de manera que durante la semana se repasa todo el material antes señalado. El control se realiza por medico y Enfermería de Urgencias al entrar a la guardia y se firma en la planilla reseñando todas las incidencias. Se ha realizado por Medicos del Servicio de Urgencias renovación y actualización del Protocolo de RCP y utilización de medicación Urgente (usos, diluciones etc)
Se ha elaborado y colgado en Urgencias (en tablón al efecto) los algoritmos de RCP, Anafilaxia, Tratamiento de Quemaduras, Intoxicaciones frecuentes, Utilización de medicación en Enfermo Terminal.
Se ha reunido material bibliográfico de utilización en Urgencias para consulta durante las guardias actualizado.
Se ha realizado una sesion clinica de utilización de antibiótico en Amigdalitis.
Se ha incluido en Urgencias la utilización de set de diagnóstico rápido de Estreptococo en Amigdalitis para optimizar el consumo de antibióticos en la edad Pediátrica.
Se ha establecido con Medicos de Atencion Continuada y dos de los Médicos de Atencion Primaria que realizan guardias una rotación semanal para cubrir situaciones excepcionales de ausencia forzosa del profesional designado.
Se han colgado en sala de espera de Urgencias carteles informativos sobre uso adecuado del Servicio de Urgencias como así también información sobre la agresión a personal sanitario.
Se ha programado para el 12/4/2019 curso de RCP en el centro de Salud de Gallur donde han comprometido su presencia todos los componentes de Medicina y Enfermería del Equipo. No se ha realizado durante el 2018 por problemas de Agenda de quienes impartirán el Curso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha logrado completar en un 98,5% las planillas de control de Sala de Urgencias, DEA, aparatos de utilización en Urgencias y maletines quedando constancia escrita y firmada de su realización y archivada en el Centro de Salud. Conocimiento de rotación para cobertura de situaciones excepcionales de personal de Urgencias 85%
Cumplimiento de actualización de Protocolos de Urgencias, Algoritmos de Urgencia y presencia accesible de material bibliográfico 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos valorado positivamente las condiciones de actualización de la sala de Urgencias no habiéndose registrado incidencias en la utilización de todo el material de Urgencias.
Deberíamos trabajar más la utilización por parte de la población de los servicios de Urgencias. En especial la demanda de visitas domiciliarias que generan que el servicio de Urgencias quede descubierto sin presencia de Médico y Enfermería durante la atención domiciliaria, a veces por períodos superiores a 90 minutos.
Valoración muy positiva de la cartelería informativa aportada por el equipo para mantener actualizados los protocolos de atención urgente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/642 ===== ***

Nº de registro: 0642

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD DE GALLUR

Autores:
HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL, BLASCO MARTINEZ ANA CRISTINA, LOPEZ CUARTERO ELENA, ESPINACH LOSADA ALICIA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0642

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD DE GALLUR

BERNAL GARCIA ALICIA, CANTIN BARRERA RAQUEL

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: patología urgente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-Ante las diversas deficiencias en cuanto a la organización y mantenimiento de la sala de urgencias y coche. se hace necesario protocolizar la gestión de la sala de urgencias maletín y carro.
-Inadecuado uso de la población en horario de atención continuada.
-Diferencias de criterios de uso de antibióticos entre profesionales.
-Falta de procedimiento para la asignación de los casos en la atención urgente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Definir un procedimiento estandarizado de revisiones de sala de urgencias, maletines y coche.
- Mantenimiento y continuidad del protocolo del carro de paradas realizado el año anterior.(actualizado en 2018)
- Establecer criterios en cada momento para designar a los profesionales ante una atención urgente tanto a domicilio como en centro.
- Racionalizar uso de atención continuada por parte de la población.
- Mantener habilidades profesionales en atención urgente y RCP.
- Unificar criterios de uso de antibióticos entre profesionales

MÉTODO

- Realizar curso de RCP promovido por la dirección de A primaria en el propio centro.
- Proporcionar a los profesionales una matriz donde se defina el procedimiento para asignación de casos en atención urgente, así mismo se contemplan las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles. Situar en lugar visible a los profesionales, la matriz.
- Exponer en la sala de urgencias documentos gráficos sobre la atención en patología urgente (algoritmos).
- Establecer una plantilla de revisión semanal de todo el material de sala de urgencias y coche

INDICADORES

- Existencia del documento en el que se indique el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (difusión y conocimiento del equipo): INDICADOR: EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO s/n.
INDICADOR. PORCENTAJE DE PROFESIONALES CONOCEDORES DEL MISMO. OBJETIVO: MAYOR DE 80%
INDICADOR: NUMERO DE PROFESIONALES QUE HAN ASISTIDO A FORMACION DE RCP. OBJETIVO 80%(FI ACTAS FIRMADAS)

INDICADOR: COSTANCIA DE LAS REVISIONES DE MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS COCHE Y MALETINES. OBJETIVO 80% (FI PLANTILLAS DE REGISTRO)

DURACIÓN

De abril a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto

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 - 2018/0874

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE IC EN C.S GALLUR

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ALICIA BERNAL GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS GALLUR
· Localidad GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CUARTERO ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para mejorar las actividades preventivas en pacientes con Insuficiencia cardiaca se pone en marcha una actividad comunitaria de paseos saludables en las localidades de Boquiñeni y Mallen, que se presenta como nuevo proyecto. Tanto en consulta programada de enfermería como medicina se insite sobre el reconocimiento de signos de descompensación cardiaca.
Se incide en la recomendación de vacunación antigripal y antineumocócica.
Se hace llegar a los profesionales listado de los pacientes con I. cardiaca para que se revise en los pacientes polimedicados la adecuación de los mismos y la adherencia al tratamiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados estan todos en OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha puesto en marcha el programa pero este programa debe de continuarse, este año se intentara hacer alguna sesion clinica.
El problema mas importante ha sido la complicacion que ha supuesto la vacunacion del neumococo, por problemas para que llegasen al centro

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/874 ===== ***

Nº de registro: 0874

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE GALLUR

Autores:
BERNAL GARCIA ALICIA, 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: INSUFICIENCIA CARDÍACA
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregan en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0874

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE IC EN C.S GALLUR

3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO

1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2. Modificación agendas OMI, incorporación plantilla autocuidados.
3. Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC. Actividad Comunitaria: "Paseos Saludables".
5. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP.

INDICADORES

1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria (Paseos saludables) con repercusión en el riesgo cardiovascular en el contexto de IC.
2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente N° Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócica respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: N° de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN

De Mayo a Diciembre 2108

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 - 2018/1022

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES POR MALLÉN Y BOQUIÑENI

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARINA SARASA OLANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS GALLUR
· Localidad GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAL GARCIA ALICIA
LOPEZ CUARTERO ELENA
BARREDO ALLOZA ARSENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La actividad realizada consiste en tres paseos semanales de 45 m. de duración, adaptando la marcha a las posibilidades de cada individuo. Se realiza un calentamiento previo y un estiramiento posterior a la actividad con el fin de evitar lesiones. Uno de estos tres paseos se realiza con el acompañamiento de los profesionales sanitarios.

Dicha actividad se realizó de forma simultánea en las localidades de Boquiñeni y Mallén durante los meses de junio a octubre de 2018.

Esta actividad se comunicó a los profesionales mediante reunión con el equipo, mientras que la comunicación a la población diana se realizó a través de la colocación de carteles informativos en los diferentes edificios públicos, así como la captación directa en el centro de salud durante la consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha utilizado como indicador el nº de personas que comienzan la actividad frente al nº de personas que la mantienen como rutina, siendo los resultados obtenidos más satisfactorios en Boquiñeni que en Mallén. En la primera localidad comenzaron la actividad un total de 30 personas, de las cuales finalizaron la actividad todas, mientras que en Mallén, tan sólo se sumaron a esta iniciativa 20 personas, de las cuales finalizaron 14, si bien es cierto, que el total de participantes, mantienen este hábito, sea en el horario y días propuestos al principio de la actividad, o bien en otros días y horarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La principal conclusión es que los hábitos saludables como los paseos semanales propuestos son una actividad con suficiente aceptación por parte de la población, que consigue convertir la realización de la actividad física en un hábito.

Además, al realizar la actividad en grupo, fomenta las relaciones interpersonales y es más fácil evitar los abandonos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1022 ===== ***

Nº de registro: 1022

Título
PASEOS SALUDABLES POR MALLÉN Y BOQUIÑENI

Autores:
SARASA OLANO MARINA, BERNAL GARCIA ALICIA, BARREDO ALLOZA ARSENIA, LOPEZ CUARTERO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1022

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES POR MALLEN Y BOQUIÑENI

Detectamos en la población general falta de hábito de ejercicio físico. Pensamos que desde nuestra posición de sanitarios podemos influir en la actitud de determinado grupo de pacientes, para empezar a pasear. Nos parece muy oportuno iniciar a la población de la ZBS al hábito del paseo (caminar 45 min.). El recurso va a ser los tiempos de los sanitarios comprometidos con el proyecto. Los beneficios hacia los individuos y hacia la comunidad creemos que van a ser muy importantes.

RESULTADOS ESPERADOS

Con esta actividad se pretende habituar a la población de mediana edad a realizar 3 paseos semanales de 45 minutos.

Así pensamos conseguir mejorar y/o prevenir a nivel individual:

- Problemas cardio-respiratorios.
- Circulatorios.
- Músculo-esqueléticos.(artrosis, osteoporosis...)
- Mejora salud mental (reducción del stress, mejorar el insomnio...)
- Ayuda a perder peso o a mantenerlo .

A nivel comunitario:

- Ayuda a socializar y dinamiza grupos activos en la comunidad.

MÉTODO

Realizar 3 paseos semanales de 45 minutos con calentamiento previo y estiramiento adecuado después de la actividad, evitando lesiones y adaptando la marcha a las posibilidades de cada individuo.Los paseos acompañados por los sanitarios serán semanales. Pero el grupo se reunirá 2 veces más por semana. Se convocará a una reunión previa al arranque de la actividad para proponer horarios. Los paseos se realizarán por las zonas aptas para paseos de cada municipio y se utilizarán para inicio y final de paseo las zonas verdes municipales.

INDICADORES

Número de personas que terminan la actividad / número de personas que comienzan. Pensamos que un grupo óptimo serían 20 personas.

DURACIÓN

De junio a octubre 2018. Apartir de en octubre a convenir con los grupos.

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 - 2018/1291

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 07/03/2019

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.
LOPEZ ECHEVARRIA MERCEDES
HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL ENRIQUE
BLASCO VALENTI PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELEGIR UN RESPONSABLE/REFERENTE DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EQUIPO (MARZO 2018).
ASISTENCIA A LA JORNADA DE PRESENTACIÓN DE IRASPROA (13/04/2018).
DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA JORNADA A LOS MIEMBROS DEL EAP (8/05/2018). ASISTENCIA 100%
ASISTENCIA A LA JORNADA PRINCIPIOS DEL PROGRAMA PROA-AP DE IRASPROA.MAPA DE RESISTENCIAS ANTIBIOTICAS DEL SECTOR III DE ZARAGOZA (5/07/2018).
SESION DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP. DIFUSION DE PRINCIPIOS GENERALES. (18/07/2018).ASISTENCIA 89%
TEST DE DETECCIÓN RÁPIDA DE STREPTOCOCO A EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDA. TÉCNICA Y APLICACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA (20/09/2018).ASISTENCIA 100%
ASISTENCIA JORNADA IRASPROA-AP (16/10/2018).
COLOCACIÓN DE LOS POSTERS SOBRE "ANTIBIÓTICOS, SÓLO CUANDO SEA NECESARIO" EN LAS CONSULTAS DEL CENTRO DE SALUD.
PRESENCIA DE SALVAPANTALLAS SOBRE USO ADECUADO DE ANTIBIÓTICOS EN LOS ORDENADORES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL EAP.
REALIZACIÓN POR PARTE DEL REPRESENTATE DE ANTIBIÓTICOS DEL EQUIPO DEL CURSO FORMACIÓN DE FORMADORES EN OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN AP (NOVIEMBRE 2018-ABRIL 2019).
PRESENTACIÓN Y ENTREGA A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE COPIA DEL DECÁLOGO DE PRINCIPIOS DEL BUEN USO DE ANTIBIÓTICOS (12/12/2018).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HAY UN REPRESENTANTE/REFERENTE DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE GALLUR.
SE HAN REALIZADO 3 SESIONES RELACIONADAS CON PROA-AP EN EL CENTRO PARA EL EAP (EXPUESTAS EN ACTIVIDADES REALIZADAS).
PUESTA EN MARCHA DEL USO DEL TEST RÁPIDO PARA DETECCIÓN DE STREPTOCOCO A EN FARINGOAMIGDAFALITIS AGUDA EN CONSULTAS DE MEDICINA DE FAMILIA, PEDIATRÍA Y ATENCIÓN CONTINUADA.
RECOGIDA Y ENVÍO DE FIRMAS DEL COMPROMISO DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DE GALLUR CON EL BUEN USO DE ANTIBIÓTICOS (27/02/2019).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE NUESTRO PAÍS Y EN CONCRETO DE ARAGÓN EN EL TEMA DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS.
SENSIBILIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO CON EL PROBLEMA DEL USO INADECUADO DE LOS ANTIBIÓTICOS.
CONOCIMIENTO DE LOS MAPAS DE RESISTENCIA ANTIBIÓTICA LOCALES Y DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL BUEN USO DE ANTIBIÓTICOS QUE SE ESTÁN ELABORANDO PARA ARAGÓN.
IMPORTANCIA DE LA UTILIZACIÓN DEL TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE STREPTOCOCO A PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL BUEN USO DE ANTIBIÓTICOS EN LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS.
EN CONCLUSIÓN: LA RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS ES UN PROBLEMA COMPLEJO QUE PRECISA DEL COMPROMISO DE TODOS LOS PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL USO Y LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA.
ES PRECISO FORMACIÓN Y ES IMPORTANTE DISPONER DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA QUE NOS PERMITA CONSERVAR EL BUEN USO DE LOS ANTIBIÓTICOS EN LAS DISTINTAS PATOLOGÍAS CLÍNICAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1291 ===== ***

Nº de registro: 1291

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA, LOPEZ ECHEVARRIA MERCEDES, HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL, BLASCO VALENTI PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1291

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología infecciosa
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: Formación

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril a diciembre 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 - 2019/1122

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE GALLUR

Fecha de entrada: 31/01/2020

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.

LOPEZ ECHEVARRIA MERCEDES
HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL
BLASCO VALENTI PILAR
SARASA OLANO MARINA
SAENZ SANTOLAYA OSCAR
PEREZ OTO ELENA
CANTIN RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Asistencia del responsable de antibióticos del CS de Gallur a las jornadas organizadas por el grupo de trabajo IRASPROA para el Sector III de Zaragoza durante el año 2019.

(14/03/19): Actividades propuestas por IRASPROA para 2019. Tratamiento de infecciones respiratorias en AP. Indicadores de antibióticos a monitorizar en 2019. Informes de utilización de antibióticos por profesional.
(28/05/19): Mejora del uso de antibióticos en pediatría. Sesión para pediatras
(13/06/19): Tratamiento de la infección de orina en AP. Mapa de resistencia a los antimicrobianos de las muestras de AP correspondientes al año 2018 elaboradas por el Servicio de Microbiología del HCU. Informes de utilización de antibióticos por CIAS.
(19/09/19): Infección de orina en pediatría. Reunión para pediatras del sector .
(1/10/19): Informes de utilización de antibióticos por CIAS. Seguimiento de indicadores de antibióticos.
La sesión programada de tratamiento en infección de piel y partes blandas se pospuso y se ha realizado en Enero de 2020.

Sesiones impartidas en el CS de Gallur por el responsable de antibióticos a su EAP:

(9/05/19): Indicadores de antibióticos para Médicos de Familia y Pediatras .Accesibilidad a través del cuadro de mandos de farmacia a indicadores específicos de utilización de antibióticos. Acceso desde OMI.
(18/09/19): Tratamiento de las infecciones respiratorias en AP.
(21/11/19): Tratamiento de la Infección urinaria en adultos.
(25/11/19): Tratamiento de la infección urinaria en pediatría.

Monitorización de 2 indicadores de utilización de antibióticos:

- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: reducción del 2% respecto a 2018.
- Porcentaje de envases de macrólidos. Objetivo 2019: reducción del 2% respecto a 2018.

Porcentaje de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos

Porcentaje de profesionales que han acudido a las sesiones clínicas de formación sobre antibióticos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- DHD antibióticos totales de enero a diciembre de 2019: 21,6%.
Se ha pasado de 24,7% en 2018 a 21,6% en 2019, superando el objetivo de reducción del 2%.

- Porcentaje de envases de macrólidos de enero a diciembre de 2019: 18,1%.
Se ha pasado del 23,8% de 2018 a 18,1% en 2019, superando el objetivo de reducción del 2%.

Se ha enviado a cada profesional y de forma trimestral informe sobre la utilización de antibióticos, conteniendo indicadores recomendados por el PRAN (Plan Nacional frente a la Resistencia a Antibióticos).
Para los Médicos de Familia los indicadores de cada CIAS se comparan con los datos de los CIAS de Médicos de Familia(MF) del EAP y con los datos de MF del Sector III de Zaragoza y de Aragón.
Para los Pediatras cada CIAS se compara con la media de los pediatras de todo el Sector III de Zaragoza y la media de todos los pediatras de Aragón.

El 100% de profesionales han recibido información sobre indicadores de utilización de antibióticos.

Porcentaje de profesionales que han acudido a las sesiones en el CS de Gallur impartidas en las siguientes fechas:

(9/05/19): indicadores de utilización de antibióticos para MF y pediatras: 86%
(18/09/19): tratamiento infecciones respiratorias: 86%.
(21/11/2019): tratamiento de infección urinaria en adultos : 71%.
(25/11/2019): tratamiento de la infección urinaria en pediatría: 71%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1122

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE GALLUR

El establecimiento de una serie de indicadores homogéneos destinados a medir el consumo de antibióticos contribuye a la monitorización de éste dato y mejora por tanto la vigilancia del uso de antibióticos.

El Equipo de Atención Primaria de Gallur se ha implicado y sensibilizado con el problema del uso inadecuado de antibióticos acudiendo a las sesiones formativas impartidas por el responsable de antibióticos del centro y poniendo en práctica las recomendaciones de la Guía de Tratamiento Antimicrobiano que se está desarrollando en Aragón, como se objetiva en la superación de los objetivos establecidos para el año 2019 (reducción superior al 2% de la DHD de antibióticos totales y en el porcentaje de envases de macrólidos prescritos).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1122 ===== ***

Nº de registro: 1122

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE GALLUR

Autores:
LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA, LOPEZ ECHEVARRIA MERCEDES, HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL ENRIQUE, BLASCO VALENTI PILAR, SARASA OLANO MARINA, SAENZ SANTOLAYA OSCAR, PEREZ OTO ELENA, CANTIN RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES
1. % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
2. Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 28,7 (reducción de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje de envases de macrólidos. Objetivo 2019: 23,0% (reducción de 2% respecto a 2018)
3. Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1122

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE GALLUR

DURACIÓN

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.

Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.

Abril: infecciones respiratorias

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2016/1357

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1359

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.
GORGOJO 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, GORGOJO 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, ALCÁINE 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 - 2018/0589

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCIÓN DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DE LA ESPALDA Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ELIAS VILLANUEVA
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
 · Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
 · Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 · Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 DUEÑAS ANGULO FRANCISCO JESUS
 ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO
 BELLOSO ABAD ANA MARIA
 BOIRA CUEVAS MARINA
 ALCÁINE ALEGRE BEATRIZ
 MARTIN GOMEZ SUSANA
 GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
 En el mes de junio se iniciaron las actividades del proyecto realizando un primer taller teórico con objetivos formativos, en el que se explicaron los principales factores de riesgo para la salud de la espalda, las normas de higiene postural y ergonómicas, así como las buenas prácticas posturales en la realización de las actividades tanto en el ámbito laboral como en la vida diaria.
 Comenzamos el taller con una encuesta de autoevaluación (de 22 ítem repartidos en 10 grupos de información) para conocer la situación de partida de las personas asistentes. Para que la actividad resultara más amena, se utilizó un vídeo de consejos y recomendaciones, se realizó una presentación con diapositivas y uno de los asistentes actuó de monitor para reproducir las posturas y movimientos correctos.
 En la segunda parte del proyecto, que se llevó a cabo en los meses de noviembre y diciembre, se desarrollaron 3 talleres prácticos en los que se enseñaron una selección de ejercicios con la ayuda de un vídeo, intentando aprenderlos todos los asistentes mientras los realizaban según las posibilidades de cada uno y sin forzar las limitaciones individuales. Finalmente se realizó otra encuesta de valoración global del proyecto.
 El material audiovisual utilizado en los talleres se ha puesto a disposición de la población en el Centro de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
 Tras realizar un análisis de la información recogida en las encuestas, se obtuvieron los siguientes resultados:
 Nivel de participación: El nivel de participación fue del 3,3 % de la población objetivo. Si consideramos únicamente la población de las localidades en las que se realizaron los talleres el nivel de participación sube al 5,69%.
 Características de los/as asistentes: El 55% de los asistentes fueron mujeres con una edad media de 42 años; y el 45 % fueron varones con una edad media de 45 años. El 90% había sufrido algún episodio de dolor de espalda, con mayor frecuencia (78%) en la zona lumbar; seguido de la columna cervical con un 66,6 % y en todas las zonas de la columna un 33,3 %. El 50% necesitó tratamiento farmacológico y solamente el 20% estuvo de baja laboral o incapacitado/a temporalmente para realizar sus tareas habituales.

Factores de riesgo identificados (diferenciados en 10 grupos de información)

AL DORMIR		
Adoptar posturas incorrectas		29,40 %
Colchón que no se adapta a la curvatura natural de la columna.....	58,82 %	
EN POSICIÓN DE PIE		
Mantener la postura largo tiempo sin apoyar un pie en algún objeto elevado intercambiando el pie de apoyo.....		64,90 %
Mantenerse largo tiempo de pie sin variar la postura o sin bascular el peso del cuerpo de una pierna a otra.....		17,65 %
Realizar giros con el tronco en vez de girar los pies.....	42,60 %	
AL ESTAR SENTADO		
No apoyar la zona lumbar en el respaldo o brazos en el reposabrazos...	32,60 %	
Mantener la misma postura durante una hora o más tiempo.....	47,06 %	
EN EL ASEO PERSONAL		
Doblar la espalda sin apoyo en el lavabo		53,43 %
AL RECOGER OBJETOS DEL SUELO		
Agacharse doblando la espalda sin flexionar las rodillas.....	68,30 %	
AL REALIZAR LABORES DE LIMPIEZA		
No mantener la espalda recta al pasar la fregona o el cepillo, así como para limpiar zonas bajas.....	64,71 %	
MANEJO DE CARGAS		
Doblar la espalda sin flexionar las rodillas al levantar cargas del suelo...	70,58%	
No manipular la carga cerca del cuerpo.....		29,40%
No utilizar artillos para coger objetos objetos o cargas situadas a una altura		

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0589

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCIÓN DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DE LA ESPALDA Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

por encima de los hombros.....	23,52 %
AL CONDUCIR VEHICULOS	
No regular la altura del asiento, el respaldo o el volante antes de iniciar la marcha	
.....	
28,60 %	
En viajes largos no descansar cada 2 horas para estirar las piernas.....	64,70 %
EJERCICIO FÍSICO	
No realizar ejercicio físico moderado de forma habitual	58,82 %
No realizar ejercicios de estiramiento antes y después del ejercicio.....	100 %
SOBREPESO	
Considerar que se tiene algo de sobrepeso.....	78,50%

Valoración de las actividades realizadas en el Proyecto

Todos los participantes valoraron la información recibida como muy útil. La gran mayoría (73%) pudo realizar todos los ejercicios y el 27 % sólo algunos.

También valoraron positivamente todos/as los/as asistentes las siguientes cuestiones:

1.- Tener a su disposición el material audiovisual utilizado para profundizar en los consejos y recomendaciones de higiene postural, así como para facilitar el aprendizaje y la práctica de ejercicios en su domicilio.

2.- Estar más concienciados para implicarse en el cuidado de la salud de su espalda.

3.- Poder realizar alguna actividad física (pilates, yoga, etc) o terapéutica para la salud de la espalda, impartida periódicamente por un profesional.

Del mismo modo el 100% de asistentes coincidieron en tener un alto grado de satisfacción tras participar en las actividades de este proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las persona que han participado en este proyecto han mostrado gran interés por los contenidos y desarrollo de las actividades realizadas. Al mismo tiempo, han manifestado quedar más comprometidas con el cuidado y salud de su espalda, así como la utilidad del material que se ha puesto a su disposición para poder reafirmar los conocimientos teóricos y la práctica de ejercicios en su domicilio. Podemos considerar, por tanto, que se han alcanzado los objetivos planteados en este proyecto.

No obstante, la dispersión geográfica de las localidades adscritas al Centro de Salud Herrera de los Navarros, así como la escasa población de muchas de estas localidades, ha influido negativamente en el nivel de participación que ha sido inferior al esperado. Esta circunstancia se comentó en una reunión del Consejo de Salud, planteándose la conveniencia de que se repita este proyecto en el próximo ejercicio para consolidar sus objetivos y poder llegar a todas las localidades y todas las personas interesadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/589 ===== ***

Nº de registro: 0589

Título
PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCIÓN DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

Autores:
ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO JESUS, ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO, BELLOSO ABAD ANA MARIA, BOIRA CUEVAS MARINA, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, MARTIN GOMEZ SUSANA, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0589

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCIÓN DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DE LA ESPALDA Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

En el C. S. de Herrera de los Navarros, se detectó un interés por realizar actividades de promoción de la salud fuera de las consultas. Teniendo en cuenta que el dolor de espalda es un motivo muy frecuente de consulta médica, dado que según determinados estudios cerca del 80% de la población sufrirá dolor de espalda o de cuello a lo largo de su vida, siendo además un motivo frecuente de baja laboral; creemos interesante plantearnos realizar actividades en pequeños grupos para fomentar hábitos de vida saludables, promoviendo pautas de higiene postural, así como ejercicios de estiramiento y potenciación muscular, con el objetivo de prevenir sobrecargas, mejorar la forma física y conseguir la disminución de prescripción de analgésicos en procesos banales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Incrementar la interacción de los profesionales sanitarios con su población objetivo fuera de las consultas, favoreciendo su proximidad y mejorando así su nivel de confianza.
- Dotar a nuestros pacientes de herramientas y conocimientos teórico-prácticos adecuados, desarrollando un programa educacional de la salud de la espalda para evitar trastornos musculoesqueléticos y lesiones cervicales y dorso-lumbares generadas, en muchas ocasiones, por malas posturas y hábitos de vida insanos.
- Facilitar la identificación de las situaciones de riesgo musculoesquelético tanto en la vida diaria como en el entorno laboral.
- Proporcionar estrategias y consejos útiles para la realización de actividades de la vida diaria, economizando esfuerzos y evitando tensiones innecesarias.
- Concienciar a la población sobre la importancia de tener hábitos saludables y de practicar, de forma regular en su domicilio, los ejercicios de estiramiento, fortalecimiento y corrección muscular aprendidos y adaptados a sus características individuales, para prevenir la aparición de episodios dolorosos o acelerar su recuperación.

MÉTODO

1.- Selección de temas

- Factores de riesgo para la columna vertebral.
- Normas de higiene postural y ergonomía. Buenas prácticas posturales en las actividades de la vida diaria.
- Ejercicios prácticos: Posturas básicas. Columna cervical. Columna dorso-lumbar.
- Salud integral de la espalda: Actividad física y deporte. Alimentación y sobrepeso. Tabaquismo. Estrés y sueño.

2.- Elaboración de la parte teórica y elección de los ejercicios.

Programa Educativo de la salud de la espalda: Utilizaremos material audiovisual, (PowerPoint y videos) para amenizar tanto la parte teórica como la práctica. En cuanto a los ejercicios físicos se realizarán estiramientos y fortalecimiento muscular utilizando la regla del "no dolor", evitando todos aquellos movimientos que produzcan dolor a cada paciente para adaptarlos de forma individual.

3.- Elaboración de las encuestas de satisfacción.

Se elaborará una encuesta de autoevaluación al inicio del programa, con el objeto de poder detectar los posibles hábitos perjudiciales y otra al finalizar el programa para valorar los conocimientos adquiridos, así como la satisfacción con la realización del programa educativo.

4.- Información a la población y carteles informativos.

Informaremos a la población de la realización del taller educativo en las consultas, tanto médicas como de enfermería. Además, se elaborarán carteles informativos que se colocarán en la zona de admisión del Centro de Salud de Herrera de los Navarros y en los consultorios.

5.- Recogida de datos y evaluación.

Los datos se reflejarán en una Tabla diseñada para este fin.

En las evaluaciones se medirán diferentes parámetros tales como: mejoría del dolor, práctica de ejercicios, adhesión y/o mantenimiento de hábitos saludables, etc..

Se realizará una evaluación parcial al término del primer ciclo y una evaluación final en diciembre. Una vez transcurridos seis meses se realizará otra evaluación de control para conocer el impacto del programa y mantenimiento del aprendizaje.

INDICADORES

Nº talleres programados / nº talleres realizados >80%

Los talleres se realizarán mensualmente. Durante el mes de mayo se hará difusión del programa y se captará a los pacientes interesados. Se desarrollará un primer ciclo con 2 talleres durante los meses de junio-julio y un segundo ciclo durante los meses de octubre-noviembre con otros 2 talleres.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0589

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCIÓN DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DE LA ESPALDA Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

Nº asistentes satisfechos con la utilidad del taller/nº asistentes >80%
Se evaluará el porcentaje de pacientes satisfechos respecto al número de asistentes con una encuesta de 10 items y una escala de valoración que irá del 1 al 10

DURACIÓN

Planificación del proyecto: Mayo 2018

La duración estimada de cada sesión será de unos 60 minutos, pero se podrá adaptar a las circunstancias que se produzcan.

Realización de los talleres: primer ciclo: junio-julio; segundo ciclo: octubre-noviembre

Evaluación parcial: septiembre 2018

Evaluación final: diciembre 2018

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 - 2018/1358

1. TÍTULO

PREPARACION Y MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS, CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARINA BOIRA CUEVAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

POLO PASCUAL MANUELA
GORDO BLANCO ISABEL
MARTIN GOMEZ SUSANA
GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA
BELLOSO ABAD ANA MARIA
ALCAINE ALEGRE BEATRIZ
ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos puesto en marcha la organización y las revisiones del carro de paradas, organización y revisiones de sala de urgencias, organización y revisiones de maletines de urgencias: respiratorio y circulatorio. Hemos hecho un calendario de revisiones mensuales de lo anteriormente expuesto, y se han distribuido las tareas mensuales a realizar, de forma rotatoria. Se han confeccionado listados de material, medicación, caducidades e incidencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las tareas han sido desarrolladas con éxito. Se han cumplido mensualmente en un porcentaje del 100%, desde junio de 2019 hasta la actualidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos implementado un método efectivo de calidad en el que participamos el 100% de los profesionales del Centro de Salud. Nos ha requerido mucho trabajo a todos los integrantes del Centro de Salud, pero la satisfacción es generalizada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1358 ===== ***

Nº de registro: 1358

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD HERRERA DE LOS NAVARROS

Autores:
BOIRA CUEVAS MARINA, POLO PASCUAL MANUELA, GORDO BLANCO ISABEL, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA, MARTIN GOMEZ SUSANA, ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, BELLOSO ABAD ANA MARIA

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: Atención Urgente
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las situaciones de urgencias vitales requieren rapidez de acción, entrenamiento previo y conocimiento de la localización del material y medicación de urgencias.

La variabilidad en los criterios de atención urgente y las excesivas diferencias profesionales, formación e implicación, junto a la indecuada organización y mantenimiento de la sala de urgencias y maletines, y la dificultad en el seguimiento de los procesos de mantenimiento explícito y controlado de gestión de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1358

1. TÍTULO

PREPARACION Y MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS, CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE URGENCIAS

recursos técnicos, hacen necesario este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Evitar las demoras en la Atención Urgente, mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales, en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional/profesionales responsables de la atención urgente (emergencia), tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
- 2-Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
- 3-Organización del Carro de Paradas y Emergencias.
- 4-Actualización de los Cajetines de Medicación y Maletines de Urgencias, y organización del control de los mismos.
- 5-Reorganización de la Sala de Urgencias y organización del control de las caducidades y esterilización del material.

MÉTODO

Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias. Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en Atención Urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles. Promover la autoformación en Atención Urgente en el Centro de Salud entre RCP y otros cuadros de Patología Urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de Atención Primaria como por el propio Centro. Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos), sobre la Atención de la Patología Urgente.

INDICADORES

- 1.Creación y difusión de un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro (fuente de información (FI) existencia del documento).
-Indicador: Existencia de dicho documento Sí/No
Objetivo: Existencia de dicho documento Sí/No
-Indicador: porcentaje de profesionales conocedores del mismo.
Objetivo: superior al 80%
FI: Informe del Centro y/o visita al Equipo de Atención Primaria.
2. Porcentaje de profesionales que han participado en formación en patología urgente y en RCP.
Objetivo: 80%
FI: Informe del Centro: actas firmadas o certificados de cursos realizados.
3. Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines.
Objetivo: 80%
FI: Informe del Centro y/o visita al Equipo de Atención Primaria.

DURACIÓN

De junio 2018 a diciembre 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto.

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 - 2018/1358

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE MARINA BOIRA CUEVAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

POLO PASCUAL MANUELA
GORDO BLANCO ISABEL
GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA
MARTIN GOMEZ SUSANA
ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR
ALCAINE ALEGRE BEATRIZ
BELLOSO ABAD ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos puesto en marcha el protocolo de contenido y mantenimiento de :

Carro de Paradas

Sala de Urgencias

Maletines de Urgencias

Calendario: la duración de la puesta en marcha fué de junio/2018 a diciembre/2018.

Se fueron comunicando el reparto de taréas y la evolución de su cumplimiento, en diferentes sesiones a lo largo del año.

RECURSOS:

Materiales: Carro de Paradas recibido en 2018, medicación y material de urgencias.

Realizamos Hojas de Registro: a) Mantenimiento y caducidades del material del carro, maletines y sala.

b) Rotación de responsables.

ACCIONES REALIZADAS: Primera sesión: exposición del Proyecto y reparto de taréas.

Sesiones posteriores de seguimiento del Proyecto.

Montaje del Carro de Paradas.

Actualización de los Maletines de Urgencias.

Actualización del Cajetín de Urgencias.

Actualización de la Sala de Urgencias.

ELABORACION:

Hoja de Registro de las actividades propuestas anteriormente.

Listado de caducidades del material y de sus revisiones.

Documento indicando el criterio para designar a los profesionales responsables de la atención urgente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador: Existencia de un documento de designación de profesionales responsables de la atención urgente.

Objetivo: Existencia de dicho documento. Cumplido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los Equipos de Atención Primaria y Atención Continuada se han implicado en el desarrollo de todas las actividades propuestas para llevar a cabo el proyecto.

Se ha consensuado la periodicidad de las actividades propuestas, para seguir realizándose de forma indefinida.

Aspectos pendientes: valorar la posibilidad de incluir protocolos de urgencia actualizados, de forma clara.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1358 ===== ***

Nº de registro: 1358

Título

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD HERRERA DE LOS NAVARROS

Autores:

BOIRA CUEVAS MARINA, POLO PASCUAL MANUELA, GORDO BLANCO ISABEL, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA, MARTIN GOMEZ SUSANA, ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, BELLOSO ABAD ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1358

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las situaciones de urgencias vitales requieren rapidez de acción, entrenamiento previo y conocimiento de la localización del material y medicación de urgencias.
La variabilidad en los criterios de atención urgente y las excesivas diferencias profesionales, formación e implicación, junto a la inadecuada organización y mantenimiento de la sala de urgencias y maletines, y la dificultad en el seguimiento de los procesos de mantenimiento explícito y controlado de gestión de los recursos técnicos, hacen necesario este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Evitar las demoras en la Atención Urgente, mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales, en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional/profesionales responsables de la atención urgente (emergencia), tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
- 2-Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
- 3-Organización del Carro de Paradas y Emergencias.
- 4-Actualización de los Cajetines de Medicación y Maletines de Urgencias, y organización del control de los mismos.
- 5-Reorganización de la Sala de Urgencias y organización del control de las caducidades y esterilización del material.

MÉTODO

Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en Atención Urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
Promover la autoformación en Atención Urgente en el Centro de Salud entre RCP y otros cuadros de Patología Urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de Atención Primaria como por el propio Centro.
Situación en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos), sobre la Atención de la Patología Urgente.

INDICADORES

- 1.Creación y difusión de un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro (fuente de información (FI) existencia del documento).
-Indicador: Existencia de dicho documento Sí/No
Objetivo: Existencia de dicho documento Sí/No
-Indicador: porcentaje de profesionales conocedores del mismo.
Objetivo: superior al 80%
FI: Informe del Centro y/o visita al Equipo de Atención Primaria.
2. Porcentaje de profesionales que han participado en formación en patología urgente y en RCP.
Objetivo: 80%
FI: Informe del Centro: actas firmadas o certificados de cursos realizados.
3. Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines.
Objetivo: 80%
FI: Informe del Centro y/o visita al Equipo de Atención Primaria.

DURACIÓN

De junio 2018 a diciembre 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto.

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 - 2018/1358

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0201

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARINA BOIRA CUEVAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

POLO PASCUAL MANUELA
GORDO BLANCO ISABEL
MARTIN GOMEZ SUSANA
GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA
ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR
DUEÑAS AGULLO FRANCISCO
ALCAINE ALEGRE BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha recordado los principios generales PROA. Hemos realizado tres sesiones clínicas: Infecciones Respiratorias. Infecciones Urinarias. Infecciones de piel y partes blandas. Hemos participado en las campañas sanitarias que ha promovido el grupo IRASPROA en Aragón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

* Porcentaje de utilización de antibióticos de espectro reducido: del 28% en 2018 hemos pasado al 36% en 2019.
* Porcentaje de utilización de amoxicilina respecto a amoxicilina-clavulánico: del 53% en 2018 hemos pasado al 63% en 2019.
* Porcentaje de utilización de fluorquinolonas. Del 13,9% hemos pasado al 10,9% en 2019.
Fuente y método de obtención: Farmacia de Atención Primaria Sector III
* Porcentaje de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos: 90%.
* Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos: 80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La respuesta del Equipo de Atención Primaria ha sido satisfactoria. Hemos mejorado nuestros indicadores de uso de Antibiótico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/201 ===== ***

Nº de registro: 0201

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
BOIRA CUEVAS MARINA, POLO PASCUAL MANUELA, GORDO BLANCO ISABEL, MARTIN GOMEZ SUSANA, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA, ELIAS VILLANUEVA PILAR, 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 ...: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública. Los antibióticos son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0201

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

El abordaje de la resistencia a los antibióticos es un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de los mismos.

A nivel de la Agencia Española del Medicamento, se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), y a nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón, el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibiótico en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA), para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar el uso de los antimicrobianos para evitar las resistencias a los antibióticos.
Recordar la adherencia a los Principios Generales Proa.
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO

Recordar los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas sobre uso adecuado de los antibióticos y perfiles de resistencias antibacterianas.
Participación en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES

Tener un responsable en el uso de antibióticos.
Difundir los principios generales PROA en Atención Primaria.

Indicador: difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector, a los Equipos de AP (septiembre 2019).

Objetivo: formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.

Indicador: número de sesiones realizadas sobre PROA.

Objetivo: porcentaje de profesionales asistentes. Al menos tres sesiones al año.

DURACIÓN

A lo largo del año en curso (2019).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0278

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESFIBRILADOR

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ ALCAINE 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.
BELLOSO ABAD ANA MARIA
ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO
DUÑAS AGULLO FRANCISCO
ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado dos talleres, uno teórico y otro práctico, en tres localidades distintas abordando cuáles son los primeros auxilios y el uso del desfibrilador.
En cuanto al calendario previsto, sí se ha cumplido los días de sesiones.
Como recursos hemos utilizado una presentación power point, un desfibrilador, unas vendas, material de cura.
Se comunicaron las sesiones hablando con los distintos ayuntamientos y en el consejo de salud de zona.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los usuarios conocen cuáles son las situaciones ante las que pueden proporcionar una primera asistencia dentro de sus posibilidades y cual es la cadena de supervivencia ante este tipo de situaciones. También conocen el uso del DEA.
INDICADORES:
* n° participantes/población susceptible de participar.
*n° participantes en una sola sesión/n° participantes en las dos sesiones.
*resultado en el primer test/ resultado en el segundo test.
Tanto al principio como al final de las sesiones los participantes completaron un test para valorar cuáles eran los conocimientos previos y cuáles eran después de las sesiones.
También completaron una encuesta de satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración en general es satisfactoria. Este año se podrían ampliar algunas de las situaciones de primeros auxilios y realizar las sesiones en otras localidades debido a la demanda que han expresado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/278 ===== ***

Nº de registro: 0278

Título
PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESFIBRILADOR

Autores:
ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, BELLOSO ABAD ANA MARIA, ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO, VILLANUEVA ELIAS, BOIRA CUEVAS MARINA, POLO PASCUAL MANUELA, GORDO BLANCO ISABEL

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: PARADA CARDIORESPIRATORIA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Que los pacientes sean capaces de afrontar una situación que requiera primeros auxilios.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención temprana ante una parada cardiaca es primordial para la supervivencia del paciente. Por este motivo, la administración pública (en este caso la comarca de Jiloca) ha decidido apostar por la dotación de DEA a los municipios de su comarca para su uso por personal no sanitario instalando los dispositivos en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0278

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESFIBRILADOR

lugares públicos.

Por nuestra parte queremos aportar nuestro conocimiento en primeros auxilios y manejo del DEA para que la población se sienta más respaldada en caso de que tengan que prestar unos primeros auxilios.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es conseguir que la población sea capaz de prestar primeros auxilios y puedan manejar el DEA.

MÉTODO

Sesión teórica sobre cuáles son esas primeras actuaciones a llevar a cabo.

Sesión práctica: hacer un simulacro sobre todas esas acciones vistas anteriormente.

INDICADORES

Encuesta de evaluación a los asistentes sobre la adecuación de los contenidos de cada sesión.

DURACIÓN

En verano de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0370

1. TÍTULO

"TU PUEDES SALVAR VIDAS". FORMACION EN RCP BASICA Y MANEJO DE LA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO DE LOS ALUMNOS DEL CEIP SAN JORGE (HERRERA DE LOS NAVARROS)

Fecha de entrada: 24/12/2019

2. RESPONSABLE SUSANA MARTIN GOMEZ
· 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 ISABEL
DUEÑAS AGULLO FRANCISCO
BOIRA CUEVAS MARINA
POLO PASCUAL MANUELA
GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA
BELLOSO ABAD ANA MARIA
ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el mes de Abril de 2019 se creó el grupo de trabajo del que formaron parte 8 miembros del EAP del CS Herrera de los Navarros. A lo largo de sucesivas reuniones de trabajo se fueron generando diferentes materiales didácticos (vídeos, presentación PPT, encuestas de evaluación, etc). Ese mismo mes se iniciaron los primeros contactos con la Dirección del CEIP San Jorge, explicándose la iniciativa, objetivos de la misma y el posible calendario de implementación de la intervención educativa. Siendo ya en el mes de Octubre cuando se cerró la fecha y horario de los talleres.

En el mes de Diciembre de 2019 se impartieron en las instalaciones del Colegio 2 talleres de 120 minutos de duración cada uno dirigidos a 24 alumnos de infantil y de primaria y a 4 docentes, respectivamente.

El taller dirigido a los docentes constó de:

1º. Prueba de evaluación de conocimientos inicial para los docentes.

2º. Cuerpo de la intervención, basado en la proyección de varios vídeos, la explicación con apoyo audiovisual de contenidos extraídos de las Guías de la European Resuscitation Council y demostración con entrenamiento ante situaciones de parada cardiorrespiratoria (PCR) y obstrucción de la vía aérea (OVACE).

3º. Situación simulada de PCR con actuación a cargo de los educandos, y posterior debriefing.

4º. Prueba de evaluación de conocimientos final (igual que la inicial) y encuesta de satisfacción con la experiencia.

El taller dirigido a los alumnos solo constó de la exposición educativa y de una parte práctica de entrenamiento de la respuesta ante una situación simulada de PCR (todo ello con la lógica y correspondiente adaptación de nivel).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los 4 docentes del CEIP San Jorge que asistieron al taller evidenciaron una mejora significativa de los conocimientos en el test final respecto al inicial ($p < 0,05$). Del mismo modo, todos ellos (100%) mostraron un buen desempeño en la situación simulada de PCR.

Respecto a los alumnos, un total de 21 de los 24 alumnos de infantil y primaria (87,5%) demostró un apropiada respuesta adecuada a una situación de PCR simulada en lo relativo a la secuencia de aproximación al escenario, la iniciativa de petición de ayuda y teléfono 112, el inicio de las maniobras de soporte vital básico o la colocación en posición lateral de seguridad.

La satisfacción de los docentes fue evaluada a través de una escala tipo Likert de 3 ítems confeccionada "ad hoc" (mínima satisfacción 1, máxima 5), obteniéndose un valor medio de satisfacción con la experiencia de 4,5 puntos. La satisfacción de los alumnos de infantil y primaria se realizó mediante un único ítem con 5 emoticonos como posible respuesta. Para la cuantificación de esta respuesta se identificó la cara más triste con un valor de 1 y la más alegre con un valor de 5. A partir de este criterio se calculó una satisfacción media de 4,08 puntos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La metodología educativa propuesta tanto a docentes como a alumnos de un Centro de Educación Infantil y Primaria ha sido bien aceptada y útil para la adquisición de los conocimientos y destrezas relacionados con una situación de emergencia. Con objeto de afianzar lo conseguido consideramos pertinente repetir la experiencia en cursos sucesivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/370 ===== ***

Nº de registro: 0370

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0370

1. TÍTULO

"TU PUEDES SALVAR VIDAS". FORMACION EN RCP BASICA Y MANEJO DE LA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO DE LOS ALUMNOS DEL CEIP SAN JORGE (HERRERA DE LOS NAVARROS)

Título

"TU PUEDES SALVAR VIDAS". FORMACION EN RCP BASICA Y MANEJO DE LA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO DE LOS ALUMNOS DEL CEIP SAN JORGE (HERRERA DE LOS NAVARROS)

Autores:

MARTIN GOMEZ SUSANA, GORDO BLANCO ISABEL, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO, BOIRA CUEVAS MARINA, POLO PASCUAL MANUELA, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA, BELLOSO ABAD ANA MARIA, ELIAS VILLANUEVA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El pronóstico de las personas que sufren una parada cardíaca extra-hospitalaria mejora exponencialmente con la atención y puesta en marcha precoz de la cadena de supervivencia. Asociaciones de reconocido prestigio como la European Resuscitation Council (ERC) o la American Heart Association, recomiendan que la formación en resucitación cardiopulmonar (RCP) y manejo de la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) se imparta en los centros educativos a niños y adolescentes. En base a esta realidad, este proyecto se dirige a todos los alumnos de primaria y trabajadores del CEIP San Jorge de Herrera de los Navarros. Este centro cuenta en esta etapa educativa con 17 alumnos educados por hasta 6 docentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Capacitar a los alumnos de primaria y trabajadores del CEIP San Jorge en:

- El reconocimiento de una situación de parada cardíaca u OVACE.
- La activación de la cadena de supervivencia.
- La realización de una correcta RCP y/o maniobras de desobstrucción de la vía aérea.
- La adecuada colocación en posición lateral de seguridad (PLS).

MÉTODO

- Contacto con la dirección del centro educativo, razonamiento de la iniciativa y concreción de objetivos y calendario de trabajo comunes.
- Formación de un grupo de trabajo en el EAP de Herrera de los Navarros, distribución de roles para la actividad educativa y preparación de materiales didácticos.
- Se realizará una sesión teórico-práctica de 120 minutos de duración dirigida a los alumnos y a profesores, donde se enseñaremos a reconocer una PCR y una OVACE, y cómo actuar ante ellas según los criterios y recomendaciones recogidos en las guías actualizadas de la ERC. Se asegurará una ratio educador/educando máxima de 1/4.

INDICADORES

- En la evaluación se valorará la adquisición de conocimientos y habilidades, así como el grado de satisfacción de los participantes (educadores y educandos).
- El aumento de conocimientos de los trabajadores del CEIP San Jorge se demostrará a través de la cumplimentación antes y después de la sesión educativa de un cuestionario confeccionado "ad hoc" compuesto por preguntas con múltiples opciones de respuesta siendo una única correcta.
Indicador: % de participantes con mejoría de al menos dos puntos en la puntuación del cuestionario antes y después de la sesión. Estándar: >90%.
 - El campo de las habilidades se evaluará a través de la observación del desempeño en una situación simulada. A través de una rúbrica se valorará la secuencia de aproximación al escenario, la iniciativa de petición de ayuda y teléfono 112, la calidad de la RCP y maniobras de desobstrucción de la vía aérea y la colocación en PLS.
Indicador: % de alumnos con observación del desempeño en una situación simulada con maniqués con valoración positiva. Estándar: >90%.
 - Satisfacción de los participantes: La satisfacción de los educadores y educandos se evaluará a través de un cuestionario tipo Likert (1-5) al finalizar la experiencia. En el caso de los niños este cuestionario se adaptará mediante el uso de pictogramas (emoticonos). Estándar: Puntuación media >4.

DURACIÓN

- ABRIL 2019.
- Contacto con la dirección del centro educativo.
 - Creación de grupo de trabajo, distribución de roles para la actividad y preparación de materiales.
- OCTUBRE-NOVIEMBRE 2019.
- Realización de sesiones educativas y análisis de los resultados obtenidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0370

1. TÍTULO

"TU PUEDES SALVAR VIDAS". FORMACION EN RCP BASICA Y MANEJO DE LA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO DE LOS ALUMNOS DEL CEIP SAN JORGE (HERRERA DE LOS NAVARROS)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1257

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Fecha de entrada: 07/02/2020

2. RESPONSABLE ISABEL GORDO BLANCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POLO PASCUAL MANUELA
BOIRA CUEVAS MARINA
MARTIN GOMEZ SUSANA
GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA
ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado dos sesiones clínicas en el Equipo de Atención Primaria:

1. Presentación del Proyecto de Mejora del Proceso de IC por parte del Dr. Francisco Dueñas en abril-2019.
2. Sesión clínica presentada por la responsable del Proyecto, Dra. Isabel Gordo, sobre actualización en Insuficiencia Cardíaca, en noviembre-2019.

Se han colocado carteles, en el centro de salud y en cada consultorio, con información relativa al autocuidado y prevención en IC.

En diciembre-2019 se dio una charla sobre FRCV en la Casa de Cultura de Herrera de los Navarros, previo aviso a todos los pueblos de la ZBS de dicha población, con participación activa por parte de los asistentes y valoración positiva.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La evaluación de las sesiones clínicas por parte de los compañeros del CS fue positiva.

Según el listado de pacientes con IC remitido por la Dirección del sector y tras revisar en OMI el número de pacientes en los que consta el registro del plan de cuidados y el número de vacunados, los resultados son los siguientes: en el 63,63% de pacientes con diagnóstico de IC consta plan de cuidados; se ha administrado vacuna antigripal en el 59% y vacuna antineumocócica en ninguno de ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Proyecto de Mejora ha fomentado la actualización en el diagnóstico y manejo de los pacientes con IC por parte de los profesionales médicos y de enfermería, mejorando así nuestra práctica clínica.
Es necesario incidir en la recomendación de la vacunación antigripal y antineumocócica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1257 ===== ***

Nº de registro: 1257

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Autores:
GORDO BLANCO MARIA ISABEL, POLO PASCUAL MANUELA, BOIRA CUEVAS MARINA, MARTIN GOMEZ SUSANA, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA, ELIAS VILLANUEVA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Insuficiencia Cardíaca constituye la fase terminal de numerosas enfermedades cardiovasculares, principalmente cardiopatía isquémica e HTA, y presenta una elevada mortalidad (50% a los 5 años).Actualmente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1257

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS

se considera la primera causa de ingreso hospitalario en personas mayores de 65 años. Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en la formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.

El tratamiento farmacológico y las medidas higiénico-dietéticas y de autocuidado son actividades fundamentales que contribuyen a mejorar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes, evitando las agudizaciones y hospitalizaciones de dichos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar los conocimientos en IC de los profesionales.
Mejorar las actividades preventivas en la IC.
Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica en toda la población de IC.
Informar y asesorar a los pacientes con IC y a sus cuidador.

MÉTODO

Formación: Sesiones clínicas en EAP para analizar las GPC en Insuficiencia Cardíaca.
Implementación de autocuidados en los pacientes con IC.
Recomendación de la vacunación antigripal y antineumocócica por parte de profesionales de medicina y enfermería.
Proporcionar documentación con información para autocuidado del paciente e información a cuidadores.
Realización de un Taller de información sobre la dieta hiposódica.

INDICADORES

Actas de las sesiones sobre Insuficiencia Cardíaca en el EAP y cuestionario de satisfacción.
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registro del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, tensión arterial). Fuentes de datos: OMI AP
Número de pacientes con IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento del 5% vacunación antigripal y antineumocócica respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP

DURACIÓN

Proyecto a desarrollar en el periodo Abril-Diciembre 2019.
Sesiones clínicas sobre Insuficiencia Cardíaca: Abril-Noviembre 2019
Implementación de autocuidados en pacientes con IC: Abril-Diciembre 2019
Vacunación antigripal y antineumocócica: campaña de vacunación 2019
Documentación autocuidado del paciente e información a cuidadores: Mayo-Diciembre 2019
Taller de información dieta hiposódica: Noviembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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 patologia 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 diciembre 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 paro 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 - 2018/0813

1. TÍTULO

CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON. GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA

Fecha de entrada: 11/03/2019

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
BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE
BUENO VALERO ALICIA
BLESA RAMIREZ MARIA
LABORDA CEBRIAN CARMEN
SAN MIGUEL HERNANDEZ CONSUELO
AGANZO LOPEZ FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Previamente al inicio de la Campaña del temporero se realizaron reuniones informativas en Centro de Salud dónde se Consensuaron Carteles informativos a la vista en la Zona de Urgencias, que es dónde acude principalmente el Temporero, así como en Admisión.

Dichos carteles informativos se realizaron en idiomas como inglés, árabe y rumano, a parte de castellano, con el fin de facilitar la comunicación con los pacientes.

Así mismo se hicieron fotocopias de las fichas de registro quedando a disposición de los sanitarios de Atención Continuada en cada consulta de urgencias, en unas carpetas específicas, con el fin de facilitarla al paciente si era atendido en horario de Atención Continuada. Así el paciente salía de la consulta con la información correspondiente que debería aportar al Servicio de Admisión, facilitando la conciliación con su jornada laboral. Reuniones con Consejo de Salud de Zona Básica 14/2/2018, 2/5/2018 y 14/9/2018, dónde se expone a sus alcaldes la estrategia a seguir así como a trabajadores sociales correspondientes.

Se expone en la Mesa de Campaña 22/6/2018, valorando positivamente los resultados del año anterior.

Se expone el Proyecto en la Dirección General de Igualdad y familia, en la Comisión de Educación, formación y Empleo del Foro de la Inmigración con Dolores Bernal, y se nos concede mención especial como Programa de Buena Práctica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se aprecia un número de altas ascendente desde inicio de la primera fase del Proyecto en 2017 (2.415 TiS) en comparación con años, contabilizando de marzo a septiembre.

Pero en año 2018 el número de altas descendió ligeramente a 1.366, evaluamos diferentes causas:

- llegada de menor número de temporeros
- algunos de ellos ya tenían su tarjeta solicitada de la temporada anterior

Sí que observamos que el conocimiento del protocolo era mayor, y que acudían a urgencias con su documentación correctamente cumplimentada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es muy positiva desde entidades sociales y usuarios, y los profesionales sanitarios también consideramos que este Proyecto a supuesto una mejora de calidad en las jornadas de atención Continuada.

Hemos conseguido una Enfermera/o de Refuerzo durante la Campaña 2018.

Pero seguimos solicitando un apoyo Administrativo para tarmitar todas esas Tarjetas Sanitarias durante la Campaña.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/813 ===== ***

Nº de registro: 0813

Título
CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON.GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA

Autores:
TIRADO AZNAR MARTA, LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, BUENO VALERO ALICIA, BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE, LOPEZ MONTEAGUDO GEMA, BLESA RAMIREZ MARIA, AGUARON CRESPO MARIA ANGELES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0813

1. TÍTULO

CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON. GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA

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 comunitaria, acceso sanitario al inmigrante
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Para entender esta iniciativa es obligado explicar que la llegada de 5.000 a 8.000 temporeros a nuestra Comarca, se hace de forma masiva a lo largo de cuatro o cinco meses, y que, desde hace años, las condiciones laborales y sociales no son siempre las adecuadas.
"La Mesa de Campaña" se reúne previamente y también al finalizar la campaña, para mejorar la coordinación entre los distintos sectores que participan en el desarrollo de la misma: servicios sociales, educación, salud, seguridad ciudadana, sindicatos, organizaciones empresariales, entidades sociales y representantes municipales e institucionales. aspectos variados de la organización sanitaria, policial, salarial, de mediación, de alojamiento, etc.
Desde el Centro de Salud objetivamos este aumento masivo de la población y nos dimos cuenta de que raramente acuden a las consultas a demanda, y no tienen médico de cabecera asignado, por lo que principalmente se les atiende de urgencia por cualquier motivo, sea urgente o no.
En ocasiones el entorno habitacional de estas personas no es el mas adecuado, y sus jornadas laborales les impiden acudir por la mañana a una consulta médica, pues su objetivo es trabajar y no ausentarse; es por ello que acuden al Servicio de Urgencias al finalizar la jornada para solicitar asistencia sanitaria.
El no haber regularizado su Tarjeta Sanitaria previamente conlleva problemas de registro y sanitarios importantes.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos de dicho Proyecto son los siguientes:
-Informar a la población que acude a trabajar de su derecho a asistencia sanitaria, pero solicitando su Tarjeta Sanitaria correspondiente de forma reglada y con sus documentos identificativos correspondientes.
-Solicitar la ayuda para la difusión de dicha información al Consejo de Salud, Entidades Sociales y Mesa de Campaña.
-Difundir información y solicitar colaboración a las organizaciones empresariales, asociaciones de empresarios y a empresas agrícolas que gestionan contratos laborales.
-Diseñar en colaboración con la Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios un Documento de Recogida de datos básicos y accesibles para el temporero, con el fin de que pueda darse de alta como "Desplazado Temporal" en nuestro Sistema Sanitario.
-Facilitar dicha gestión desde Unidad de Admisión del Centro de Salud de La Almunia.
-Atención Sanitaria de calidad con pacientes activos en el sistema informático del SALUD.
-Registro adecuado de las atenciones sanitarias con el objetivo de solicitar apoyo Médico, Enfermero y Administrativo a la Dirección de Atención Primaria, justificado por la sobrecarga de demanda asistencial.

MÉTODO

Reuniones del Consejo de Salud Trimestrales.
Reunión informativa inicial con Empresarios y Entidades colaboradoras el 14 de mayo 2018.
Reunión de "Mesa de Campaña" al comienzo de campaña y al final.
Reunión con Mediadores y Personal de Duchas y Trabajadoras Sociales.
Cartelería Informativa en español, inglés, rumano y árabe.
Comunicación desde el FORO DE LA INMIGRACIÓN.

INDICADORES

Indicadores a medir:
Tramitación de tarjeta sanitaria desde Servicio de Admisión del C.S. de La Almunia durante los meses de Campaña (mayo a octubre).

DURACIÓN

Fecha de inicio en Mayo 2018 hasta Octubre de 2018.
Reuniones previas informativas en Consejo de salud.
Reuniones con Entidades Sociales durante estos meses.
Reuniones de "Mesa de Campaña"
Reuniones evaluadoras del Proyecto tras finalizar Campaña durante los meses de octubre y noviembre

OBSERVACIONES

Somos conscientes de que el proceso es largo, y de la necesidad de la colaboración desde todos los ámbitos, ya que es un Proyecto Transversal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0813

1. TÍTULO

CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON. GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA

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 - 2018/0899

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA BLESAS RAMIREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BRAVO ANDRES RAQUEL
COMPES LORENTE ALBERTO
ESCRIBANO PARDO DANIEL
BADESA MONREAL MARIA JOSE
GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Presentación al EAP del Proyecto de Mejora en la Atención y Seguimiento del paciente con Insuficiencia Cardiaca.
- 2.- Reparto de los listados con los pacientes identificados con diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca a cada CIAS.
- 3.- Sesión Clínica : Insuficiencia Cardiaca. Abordaje en Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido al procedimiento de movilidad voluntaria de médicos de Atención Primaria no se ha llegado a cuantificar el impacto del proyecto, en cuanto a:

- 1.- Mejorar las actividades preventivas en la Insuficiencia Cardiaca.
- 2.- Reducción del uso de los Servicios de Urgencias hospitalarios y de los ingresos en pacientes con Insuficiencia Cardiaca descompensada.
- 3.- Aumentar la cobertura de Vacunación antigripal y antineumocócica, como 1ª medida de prevención primaria.
- 4.- Potenciar cuidados a todos los pacientes del programa.
- 5.- Adecuar el tratamiento farmacológico en Insuficiencia Cardiaca.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Proyecto de Mejora en su primera fase ha promovido una actualización en el diagnóstico y manejo de los pacientes con Insuficiencia Cardiaca, tanto por parte de los profesionales médicos, como de enfermería, para lograr una mejora en nuestra práctica clínica.

Se ha informado al equipo de los indicadores de seguimiento, por los que será evaluado su trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/899 ===== ***

Nº de registro: 0899

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Autores:
BLESAS RAMIREZ MARIA, BRAVO ANDRES RAQUEL, COMPES LORENTE ALBERTO, ESCRIBANO PARDO DANIEL, BADESA MONREAL MARIA JOSE, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0899

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es una patología crónica con una incidencia y prevalencia crecientes, que constituye un problema de salud pública, debido a:

- La IC es la 4º causa de muerte cardiovascular en España. Ocasiona el 10% de los fallecimientos por causa circulatoria en varones y el 16% en mujeres. En España mueren más de 17.000 personas al año por IC.
- Prevalencia global en España: 4,7 - 6,8%, que aumenta exponencialmente a partir de los 75 años, llegando a afectar al 16% de la población (estudio PRICE)
- Representa el 3 -5% de los ingresos hospitalarios y es la 1ª causa de hospitalización en mayores de 65 años. Aproximadamente un 2 - 3 % del total del gasto sanitario se destina a la IC, y el 75% del gasto sanitario que genera esta enfermedad, se debe a los ingresos hospitalarios.
- La IC es una enfermedad de mal pronóstico, con una tasa de supervivencia inferior a la de algunos cánceres (mama, próstata).
- Ocasiona una baja calidad de vida debido a la sintomatología, los frecuentes reingresos y los efectos secundarios de los fármacos.

La dificultad en el diagnóstico en fases muy iniciales de IC, cuando el paciente tiene síntomas muy poco específicos es un reto para Atención Primaria, y esto provoca que habitualmente se controle y trate sólo a los pacientes sintomáticos, para los que el pronóstico es malo.

El abordaje actual de esta enfermedad se centra en la prevención y el diagnóstico precoz, ya que sólo en fases preclínicas o iniciales podemos llegar a modificar la historia natural de la enfermedad.

La estrategia inicial se basa en : incidir en los factores de riesgo de la IC (HTA, Hipertrofia ventrículo izdo., Diabetes Mellitus, Cardiopatía isquémica), e identificar individuos que sufren la enfermedad en fases iniciales.

El tratamiento debe individualizarse y requiere una revisión periódica donde se ajusten los objetivos específicos, así como asesoramiento sobre el modo de vida (educación sanitaria)

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Mejorar las actividades preventivas en la IC.
- 2.- Reducción del uso de los Servicios de Urgencias hospitalarios y de los ingresos en pacientes con IC descompensada.
- 3.- Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como 1ª medida de prevención primaria.
- 4.- Potenciar cuidados a todos los pacientes del programa.
- 5.- Adecuar el tratamiento farmacológico en IC.

MÉTODO

- 1.- Cambios en la práctica clínica: implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC), vía clínica.
- 2.- Plan de formación en IC: sesiones EAP, sesiones de gestión de casos.
- 3.- Evaluación: diseño de plantilla cuidados IC, trabajo grupo IC: listados, indicadores de seguimiento.
- 4.- Comunicación del desarrollo del Proyecto: reunión EAP.

INDICADORES

- 1.- Mejora actividades preventivas en IC: Actividad comunitaria con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo...) en contexto de IC.
- 2.- Reducción uso urgente servicios sanitarios del hospital:
Nº ingresos urgentes por descompensación de IC / Nº ingresos urgentes por descompensación de IC en el año anterior. (objetivo: ?2%)
- 3.- Potenciación cuidados en IC:
Nº de pacientes con IC en los que consta vacunación antigripal y antineumocócica. (objetivo: ?10% en vacunación antigripal y ?5% en vacunación antineumocócica respecto al año anterior).
- 4.- % de pacientes con IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, TA) (objetivo: medición situación de partida)
- 5.- Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con IC a los que se ha hecho revisión del tratamiento. (objetivo > 50%)
- 6.- % pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. (objetivo: medición situación de partida)
- 7.- % de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. (objetivo: medición situación de partida)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0899

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

DURACIÓN

Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

- 1.- Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/ vía clínica.
- 2.- Elaboración plantilla autocuidados (mayo-noviembre 2.018)
- 3.- Formación: Sesiones EAP/ Sesiones Gestión de casos (mayo- diciembre 2.018)
- 4.- Evaluación: desarrollo del diseño plantilla, sesiones de trabajo, listados, indicadores (junio-diciembre2.018)
- 5.- Comunicación: reuniones de Equipo en todo el período del proyecto.

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 - 2018/0899

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE FELIX PELEGRIN INGLES
· 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.
BLESA RAMIREZ MARIA
BRAVO ANDRES RAQUEL
COMPES LORENTE ALBERTO
ESCRIBANO PARDO DANIEL
BADESA MONREAL MARIA JOSE
GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2019, el 23 de mayo tuvo lugar una reunión del EAP para comunicar la evolución del desarrollo del proyecto con sesión clínica de actualización de la Insuficiencia Cardíaca con especial referencia a las guías de abordaje y seguimiento de la misma recomendadas en el sector.
En el mes de junio se realizaron reuniones del grupo de trabajo para revisar datos en relación a los listados de pacientes de insuficiencia cardíaca y se planteó la creación de documentos de información y autocuidados para pacientes y cuidadores.
En octubre se elaboró un documento de valoración del paciente en relación a la Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca. Permite valorar inicialmente al paciente con insuficiencia cardíaca en relación a Anamnesis, incluyendo datos antropométricos y cardiovasculares, datos personales y la presencia de síntomas de descompensación y datos del estilo de vida, además de Evaluación de conocimientos, actitudes y habilidades del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La recepción por parte del equipo de información actualizada en cuanto a la Insuficiencia Cardíaca con especial atención a las tareas de prevención y detección de descompensaciones en el contexto de la insuficiencia cardíaca, así como potenciar los autocuidados en los pacientes, la adherencia a las vacunaciones de interés y adecuar el tratamiento farmacológico a las Guías de Práctica Clínica vigentes.
Elaboración de documento de autocuidados del paciente con Insuficiencia Cardíaca.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A causa de la movilidad durante este tiempo de los profesionales del equipo ha dificultado el trabajo en relación a los listados actualizados de los pacientes con insuficiencia cardíaca de cara al manejo con los principales indicadores de interés en insuficiencia cardíaca según las guías clínicas, como son los porcentajes de pacientes vistos por su MAP en el mes siguiente a un ingreso por IC, porcentaje de los tratados con IECA, ARA II o Sacubitrilo-Valsartan, porcentaje de polimedicados revisados, vacunados, etc. Esto hace considerar la necesidad de seguir trabajando con esta orientación en el equipo actual. Con todo, además de la actualización del equipo en relación a la atención a la Insuficiencia Cardíaca durante este tiempo, ha podido elaborarse documentación orientada a autocuidados del paciente que permiten trabajar la prevención de descompensaciones en la insuficiencia cardíaca.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/899 ===== ***

Nº de registro: 0899

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Autores:
BLESA RAMIREZ MARIA, BRAVO ANDRES RAQUEL, COMPES LORENTE ALBERTO, ESCRIBANO PARDO DANIEL, BADESA MONREAL MARIA JOSE, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0899

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Insuficiencia Cardiaca (IC) es una patología crónica con una incidencia y prevalencia crecientes, que constituye un problema de salud pública, debido a:

- La IC es la 4º causa de muerte cardiovascular en España. Ocasiona el 10% de los fallecimientos por causa circulatoria en varones y el 16% en mujeres. En España mueren más de 17.000 personas al año por IC.
- Prevalencia global en España: 4,7 - 6,8%, que aumenta exponencialmente a partir de los 75 años, llegando a afectar al 16% de la población (estudio PRICE)
- Representa el 3 -5% de los ingresos hospitalarios y es la 1ª causa de hospitalización en mayores de 65 años. Aproximadamente un 2 - 3 % del total del gasto sanitario se destina a la IC, y el 75% del gasto sanitario que genera esta enfermedad, se debe a los ingresos hospitalarios.
- La IC es una enfermedad de mal pronóstico, con una tasa de supervivencia inferior a la de algunos cánceres (mama, próstata).
- Ocasiona una baja calidad de vida debido a la sintomatología, los frecuentes reingresos y los efectos secundarios de los fármacos.

La dificultad en el diagnóstico en fases muy iniciales de IC, cuando el paciente tiene síntomas muy poco específicos es un reto para Atención Primaria, y esto provoca que habitualmente se controle y trate sólo a los pacientes sintomáticos, para los que el pronóstico es malo.

El abordaje actual de esta enfermedad se centra en la prevención y el diagnóstico precoz, ya que sólo en fases preclínicas o iniciales podemos llegar a modificar la historia natural de la enfermedad.

La estrategia inicial se basa en : incidir en los factores de riesgo de la IC (HTA, Hipertrofia ventrículo izdo., Diabetes Mellitus, Cardiopatía isquémica), e identificar individuos que sufren la enfermedad en fases iniciales. El tratamiento debe individualizarse y requiere una revisión periódica donde se ajusten los objetivos específicos, así como asesoramiento sobre el modo de vida (educación sanitaria)

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Mejorar las actividades preventivas en la IC.
- 2.- Reducción del uso de los Servicios de Urgencias hospitalarios y de los ingresos en pacientes con IC descompensada.
- 3.- Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como 1ª medida de prevención primaria.
- 4.- Potenciar cuidados a todos los pacientes del programa.
- 5.- Adecuar el tratamiento farmacológico en IC.

MÉTODO

- 1.- Cambios en la práctica clínica: implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC), vía clínica.
- 2.- Plan de formación en IC: sesiones EAP, sesiones de gestión de casos.
- 3.- Evaluación: diseño de plantilla cuidados IC, trabajo grupo IC: listados, indicadores de seguimiento.
- 4.- Comunicación del desarrollo del Proyecto: reunión EAP.

INDICADORES

- 1.- Mejora actividades preventivas en IC: Actividad comunitaria con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo...) en contexto de IC.
- 2.- Reducción uso urgente servicios sanitarios del hospital:
Nº ingresos urgentes por descompensación de IC / Nº ingresos urgentes por descompensación de IC en el año anterior. (objetivo: ?2%)
- 3.- Potenciación cuidados en IC:
Nº de pacientes con IC en los que consta vacunación antigripal y antineumocócica. (objetivo: ?10% en vacunación antigripal y ?5% en vacunación antineumocócica respecto al año anterior).
- 4.- % de pacientes con IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, TA) (objetivo: medición situación de partida)
- 5.- Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con IC a los que se ha hecho revisión del tratamiento. (objetivo > 50%)
- 6.- % pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. (objetivo: medición situación de partida)
- 7.- % de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. (objetivo: medición situación de partida)

DURACIÓN

- Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
- 1.- Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/ vía clínica.
 - 2.- Elaboración plantilla autocuidados (mayo-noviembre 2.018)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0899

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

- 3.- Formación: Sesiones EAP/ Sesiones Gestión de casos (mayo- diciembre 2.018)
- 4.- Evaluación: desarrollo del diseño plantilla, sesiones de trabajo, listados, indicadores (junio-diciembre2.018)
- 5.- Comunicación: reuniones de Equipo en todo el período del proyecto.

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 - 2018/0911

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD LA ALMUNIA DE DÑA GODINA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO LAFUENTE LAFUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA LISON SILVESTRE
GALLEL URGEL MARIA MERCEDES
PUERTAS ERAUSO PAULA
CONTE GALVEZ MARIA MARTA
SAN MIGUEL HERNANDEZ CONSUELO
MAGAÑA JULIAN ELENA
BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1.- Durante el año 2018 se ha consensuado un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y existe el registro documental de las revisiones mensuales realizadas, indicando las existencias y la fecha de caducidad de cada producto. Existe una plantilla de elaboración propia por el grupo de mejora para el registro.

5.2.- Existe un procedimiento para la asignación de casos en atención urgente en el centro de salud de La Almunia contemplando las soluciones que garanticen las asistencia en caso de que el paciente no esté asignado a nuestra zona básica de salud o que esté ausente su profesional asignado.

5.3.- Durante el año 2018 se han impulsado las actividades de autoformación, en forma de sesiones clínicas y talleres, en el EAP La Almunia en el área de la atención urgente extrahospitalaria.

5.4.- Hemos situado en lugares estratégicos del área de urgencias, documentos gráficos, algoritmos, sobre la atención de la patología urgente.

5.5.- Se han impulsado medidas organizativas del área de urgencias del Centro de Salud, orientadas a mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

6.1.- En relación con la actividad 5.1.- Existe registro documental de las revisiones mensuales realizadas, con indicación expresa de las existencias y fecha de caducidad de cada producto, durante los 12 meses del año. Se ha alcanzado el 100% del objetivo del indicador propuesto.

Los registros no se adjuntan en esta memoria pero están disponibles en el centro de salud para ulteriores auditorias.

6.2.- Existe un documento explícito en el área de Admisión del centro de salud con las indicaciones organizativas orientadas a garantizar la asistencia urgente a cualquier paciente que lo requiera en todas las condiciones ordinarias o extraordinarias contempladas. Igualmente el procedimiento de localización al profesional indicado en el caso de que la demanda urgente se solicite en cualquier población de la zona básica de salud, diferente de la localidad de La Almunia. Objetivo cumplido: Sí

6.3.- Actividades de autoformación en el área de la atención urgente extrahospitalaria, desarrolladas durante el año 2018. De todas estas actividades existe acta firmada por los asistentes y la mayor parte de las sesiones se encuentran a disposición de todos los profesionales en una plataforma on-line utilizada por los profesionales del EAP de La Almunia. Más del 90% % de los miembros del EAP ha participado en alguna de las sesiones y el 80% lo ha hecho de forma regular en todas ellas. Se enumeran a continuación

- 1.-13-02-2018:_ Control de síntomas en la agonía. Facilitar la continuidad asistencial. Mª Pilar Ruiz Bueno y Mª Luisa Aznar. (ESAD sector Zaragoza III)
 - 2.- 03-04-2018:_ Mutilación genital femenina. Protocolo de prevención y actuación. (Trabajadora social de Medicos del Mundo de Aragón)
 - 3.- 12-04-2018:_ Salud Mental: Agitación / Delirium en paciente anciano. Alberto Compes Lorente.
 - 4.- 17-04-2018:_ Tratamiento del dolor neuropático: Qutenza. Daniel Escribano Pardo.
 - 5.- 10-05-2018:_ Violencia de género. Belen Abengochea Cotaina y Gema López Monteagudo.
 - 6.- 20-09-18:_ Ictus agudo/ AIT. Diagnóstico y manejo en Atención Primaria. María Blesa Ramírez.
 - 7.- 27-09-18:_ Insuficiencia cardiaca. Abordaje en Atención Primaria. María Blesa Ramírez.
 - 8.- 18-10-18:_ Electrocardiografía práctica en Atención Primaria. Belen Abengochea Cotaina.
 - 9.- 15-11-18:_ Aspectos legales de la atención al paciente detenido. María José Lapuente.
 - 10.- 29-11-18:_ Atención al Detenido, Parte de Lesiones. Alfredo Cañizo. (Sargento Guardia Civil de La Almunia de Doña Godina.)
 - 11.- 7-2-19:_ Manejo del Sock anafiláctico en urgencias.
 - 12.- 7-2-19:_ Presentación Memoria del Programa de Mejora "Atención integral urgente extrahospitalaria en el Centro de Salud de La Almunia de Dña Godina", incluido en el Acuerdo de Gestión 2018.
- Se considera objetivo cumplido al 100%

6.4.- Hemos situado en lugares estratégicos del área de urgencias, documentos gráficos, algoritmos, sobre la atención de la patología urgente:

- Algoritmo de SVA adulto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0911

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD LA ALMUNIA DE DÑA GODINA

- Instrucciones de Desfibrilación Externa Automática
- Algoritmo SVB y SVA pediátrico
- Código Ictus
- Código Infarto

Objetivo cumplido 100%

La presencia de estos documentos se puede constatar presencialmente en la sala de urgencias o en la memoria con el resto de documentación, actas e imágenes que se ha elaborado y se conserva en el centro de salud para evaluaciones externas por parte de la Dirección de AP del Sector.

6.5.- Se han impulsado medidas organizativas del área de urgencias del Centro de Salud, orientadas a mejorar la gestión de la sala de urgencias. A lo largo del año 2018 la Dirección de Atención Primaria del Sector III ha podido atender la petición de años anteriores del EAP de La Almunia de disponer un carro de paro en el área de urgencias, circunstancia que ha permitido una óptima organización de todo el material y fármacos necesarios para la atención urgente vital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora considera satisfactorios los resultados obtenidos en este proyecto, destacando el impacto que la adecuada organización de la atención urgente puede tener en la salud de la población atendida. Retrasos en la asistencia, ausencia de disponibilidad del material necesario o inadecuada capacitación de los profesionales podrían ser nefastos en el resultado de la atención prestada.

Desde el equipo de mejora se ha trasladado al resto del EAP la importancia de mantener estas líneas de trabajo aunque no exista un proyecto específico de mejora, la necesidad de incluir las prácticas de este proyecto en la actividad habitual del Equipo y así se ha consensuado en todos sus aspectos. Es voluntad del Equipo continuar con la revisión periódica documentada del carro de paro y con las actividades de autoformación. Con objeto de facilitar la identificación de las necesidades que puedan ir surgiendo, se ha ubicado en el área de urgencias un espacio físico para que todos los profesionales puedan registrar cualquier incidencia que detecten y/o sugerencia de mejora. Los miembros de este proyecto que continúan en el EAP, junto con los responsables del EAP, continuarán trabajando en el mantenimiento de los logros obtenidos aunque no se incluyera en futuros ACGC, convencidos de la importancia que la atención urgente extrahospitalaria tiene en nuestro entorno.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/911 ===== ***

Nº de registro: 0911

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD LA ALMUNIA DE DÑA GODINA

Autores:
LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO, GARCIA LISON SILVESTRE, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES, PUERTAS ERAUSO PAULA, CONTE GALVEZ MARIA MARTA, SAN MIGUEL HERNANDEZ MARIA CONSUELO, MAGAÑA JULIAN ELENA, BAYONESTA BRUSEL 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: Patología Urgente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP.

Razones:
- Variabilidad en los criterios de atención urgente
- Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
- Dificultad para una adecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0911

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD LA ALMUNIA DE DÑA GODINA

- Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explícito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
- Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

RESULTADOS ESPERADOS

- Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
- Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
- Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
- Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
- Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO

- Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
- Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
- Promover la autoformación en atención urgente en el centro de salud de La Almunia mediante sesiones clínicas de aspectos clínicos y organizativos de la atención urgente.
- Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.
- Promover actividades dirigidas a la población para un uso adecuado del servicio de urgencias del Centro de Salud de La Almunia, informando a Consejo de Salud y Asociaciones de vecinos.

INDICADORES

- Creación y difusión de un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro.

Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no

Objetivo : Existencia de dicho documento

Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo

Objetivo: Superior al 80%

- Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..

Objetivo 80%

FI: informe del centro actas firmadas

Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del EAP La Almunia

Objetivo 80%

FI: informe del centro actas firmadas

- Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines

Objetivo 80%

FI: informe del centro y/o visita al EAP

DURACIÓN

Desde la presentación del presente proyecto, 27de mayo, hasta diciembre de 2018, no obstante por las características de este proyecto esta prevista su continuidad hasta el desarrollo total, requiriendo una actualización constante para ir adoptando las medidas que den respuesta a las necesidades que vayan surgiendo en el futuro.

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 - 2018/0960

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ABDELOUAHED AMAL AMANE
· 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.

GARCIA MALLA FRANCISCA
MELUS GUTIERREZ ANGEL
GARCIA SOLA JUAN LUIS
ASTARRIAGA CABANAS ALEJANDRO
LEGASA PEREZ ISABEL
BENITO LOPEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Iniciar y o continuar una rutina en la poblacion sedentaria del centro de salud de la almunia, para que realice una actividad fisica de intensidad acorde con cada persona y con su edad que se realice diariamente, o casi todos los días, con una duracion minima 30 mn.
Durante este año hemos incorporado para los participantes sesiones de estiramientos con el fisio del centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el centro de salud de la almunia hemos conseguido una media de participacion de 14 personas de 31 inscritos, y en el ambulatorio de Ricla 15 participantes.
No hemos podido realizar el impacto de dicha actividad sobre los participantes en este curso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha consolidado la actividad entre los participantes que la valoran positivamente.
La incorporacion del fisio del centro de salud al proyecto, nos permitio comenzar una actividad de estiramientos para los participantes del grupo interesados. Esta actividad ha causado interés en el grupo.
Queda pendiente, por falta de tiempo, haber hecho un toma de peso y tension arterial al principio, durante y al final del proyecto .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/960 ===== ***

Nº de registro: 0960

Título
ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

Autores:
LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, TIRADO AZNAR MARTA, MELUS GUTIERREZ ANGEL, SANMIGUEL HERNANDEZ CONSULELO, BADESA MONREAL MARIA JOSE, LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, RIVERO SANZ OLGA, GARCIA MALLO FRANCISCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes con factores de riesgo cardiovascular y sanos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: modificacion del estilo de vida

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La inactividad física es uno de los mayores condicionantes para la salud El sedentarismo se asocia con diversidad de indicadores negativos de salud: el aumento de la mortalidad y mayor riesgo de padecer diabetes y enfermedades cardiovasculares

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0960

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

El ejercicio cardiosaludable mas accesible y facil para todos es caminar. Caminar al menos 30 minutos diarios reduce el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares hasta en un 27% Lo más importante con la actividad física es la constancia, que perdure en el tiempo, así podremos visualizar a través del paso de los días el resultado de nuestro esfuerzo, y obtener a parte de un físico y peso deseado, una salud en estado óptimo

RESULTADOS ESPERADOS

iniciar y o continuar una rutina en la poblacion sedentaria del centro de salud de la almunia, para que realice una actividad fisica de intensidad acorde con cada persona y con su edad que se realice diariamente, o casi todos los días, con una duración mínima de 30 minutos.

MÉTODO

se han iniciado paseos en la almunia, alpartir, almonacid y ricla, con un dia y horario concreto semanales En esta etapa se trata de

- fortalecer los grupos existentes y animarlos en su continuidad
 - analizar la irregularidad de algunos grupos ver causas y soluciones
 - buscar apoyos externos para mantener continuidad (consejo salud, tecnicos deporte de la comarca...)
- participacion activa del personal sanitario para motivar a los pacientes

INDICADORES

- existencia de paseos en los 5 lugares previstos con perioricidad semanal
- numero de poarticpantes-

DURACIÓN

duracion anual, teniendo en cuenta que puede haber una pausa en el periodo estival, y comienzo en los lugares donde no existen dePerioricidad de septiembre a junio

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 - 2018/0960

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

Fecha de entrada: 04/03/2019

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
MELUS GUTIERREZ ANGEL
SANMIGUEL HERNANDEZ CONSUELO
BADESA MONREAL MARIA JOSE
LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA
RIVERO SANZ OLGA
GARCIA MALLO FRANCISCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

se ha mantenido y reforzado grupos establecidos con apoyo sanitario
se ha buscado apoyo en tecnicos deportivos en algunas localidades
se ha cambiado horario dependiendo de la climatologia
en grupos donde no habia apoyo sanitario, se ha incluido
se ha motivado por parte del personal sanitario en las consultas a la poblacion

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

hay grupos de paseo establecidos en als 5 localidades
el numero de apticipantes medio oscilo en 10 aproximadamente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

la irregularidad de algun grupo se basa en problemas tan sensillos como el cambio de hora o dia
el apoyo sanitario es importante a la hora de iniciar la actividad, y mantenerla
el consejo sanitario en las consultas es fundamental

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/960 ===== ***

Nº de registro: 0960

Título
ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

Autores:
LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, TIRADO AZNAR MARTA, MELUS GUTIERREZ ANGEL, SANMIGUEL HERNANDEZ CONSULELO, BADESA MONREAL MARIA JOSE, LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, RIVERO SANZ OLGA, GARCIA MALLO FRANCISCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes con factores de riesgo cardiovascular y sanos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: modificacion del estilo de vida

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La inactividad física es uno de los mayores condicionantes para la salud El sedentarismo se asocia con diversidad de indicadores negativos de salud: el aumento de la mortalidad y mayor riesgo de padecer diabetes y enfermedades cardiovasculares
El ejercicio cardiosaludable mas accesible y facil para todos es caminar.Caminar al menos 30 minutos diarios reduce el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares hasta en un 27% Lo más importante con la actividad física es la constancia, que perdure en el tiempo, así podremos visualizar a través del paso de los días el resultado de nuestro esfuerzo, y obtener a parte de un físico y peso deseado,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0960

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

una salud en estado óptimo

RESULTADOS ESPERADOS

iniciar y o continuar una rutina en la poblacion sedentaria del centro de salud de la almunia, para que realice una actividad fisica de intensidad acorde con cada persona y con su edad que se realice diariamente, o casi todos los días, con una duración mínima de 30 minutos.

MÉTODO

se han iniciado paseos en la almunia, alpartir, almonacid y ricla, con un dia y horario concretosemanales En esta etapa se trata de

- fortalecer los grupos existentes y animarlos en su continuidad
 - analizar la irregularidad de algunos grupos ver causas y soluciones
 - buscar apoyos externos para mantener continuidad (consejo salud, tecnicos deporte de la comarca...)
- participacion activa del personal sanitario para motivar a los pacientes

INDICADORES

- existencia de paseos en los 5 lugares previstos con perioricidad semanal
- numero de poarticipantes-

DURACIÓN

duracion anual, teniendo en cuenta que puede haber una pausa en el periodo estival, y comienzo en los lugares donde no existen dePerioricidad de septiembre a junio

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 - 2018/0999

1. TÍTULO

TALLERES EN EL INSTITUTO Y/O ESCUELA: ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ANA MARIA LORENTE HERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABENGOECHEA COTAINA BELEN
COMPES LORENTE ALBERTO
LOPEZ MONTEAGUDO GEMA
MANJON LLORENTE GENMA
BRAVO ANDRES RAQUEL
RUIZ GUTIERREZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Charla taller con practicas de Primeros Auxilios

Se realizo en Octubre (al comienzo del curso con intención de abarcar al mayor numero de profesores)
Lugar Colegio Publico Nertobriga de La Almunia de Doña Godina
Dirigida a profesorado
Ponentes: Cristina Vera (pediatra)
M José Lapuente (Medico de familia)
Se contó con la colaboración de un bombero

2 -Charla sesión " Reanimación Cardio Pulmonar"

Fecha 28/03/2018
Lugar Instituto Cabañas de La Almunia de Doña Godina
Dirigido a profesorado
Ponentes : Daniel Escribano (Medico de Familia)
Belen Abengoechea (Pediatra)

3- Charla /Taller con practicas de " Urgencias :Des obstrucción vía aérea, posición lateral de seguridad RCP y 112"

Fecha 21/03/2018
Lugar Colegio Publico Arzobispo Domenech de Almonacid de la Sierra
Dirigido :Alumnos de primaria divididos en dos grupos
de 6 a 8 años
de 9 a 11 años

Ponentes : Alberto Compes (Medico de Familia)
Ana Lorente (Enfermera de Atención Primaria)

El proyecto surge de la demanda de un taller de urgencias en el ámbito escolar por parte de una unidad educativa de la zona Se decidió intentar abarcar más unidades de diferentes poblaciones poniéndonos en contacto con los directores/as de los colegios/ institutos de las poblaciones abarcadas por los profesionales que van a impartir las sesiones (posteriormente se vera la posibilidad de llegar a otros centros)

En cuanto a los materiales utilizados en las diferentes sesiones fueron:
En las dirigidas a profesorado se utilizaron power point
En las dirigidas a población escolar se utilizaron muñecos de peluche en menores de 9 años
y muñeco de rcp en mayores de 9 años

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a los resultados, se pasaron encuestas cualitativas en las sesiones dirigidas a profesorado siendo su valoración bastante positiva
En las dirigidas a alumnos las valoro a los profesores que estuvieron presentes siendo también muy positiva
En ambos casos demandaron mas sesiones para posteriores cursos

Se mostraron interesados en formación/ información sobre :
Actuación ante ataques epilépticos
Mejora del uso de botiquín disponible
Manejo de herida y quemaduras
Picaduras
Actuación ante un síncope

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0999

1. TÍTULO

TALLERES EN EL INSTITUTO Y/O ESCUELA: ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA

Manejo de diabetes glucometros e hipoglucemias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo considera muy positiva mente la implantación de estos talleres a los que se va a dar continuidad durante este curso
Teniendo previstos diferentes talleres durante los meses de abril y mayo en distintos colegios de la zona basica de salud y dirigidos tanto a profesorado como alumnos
Alguno de estos talleres van a ir dirigidos:
Higiene en edad escolar, salud buco dental y alimentación saludable
Primeros auxilios RCP posicion lateral de seguridad, convulsiones etc

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/999 ===== ***

Nº de registro: 0999

Título
TALLERES EN EL INSTITUTO Y / O ESCUELA : ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA

Autores:
LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, ABENGOCHEA COTAINA BELEN, ESCRIBANO PARDO DANIEL, COMPES LORENTE ALBERTO, LOPEZ MONTEAGUDO GEMA, MANJON LLORENTE GEMA, BRAVO ANDRES RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación para la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejorar conocimiento de la poblacion

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La iniciativa surge ante la inquietud manifestada por medio de los Consejos de Salud y del profesorado de algunos centros educativos de la ZBS, en los que se nos solicita la posibilidad de dar algún tipo de formación o de pautas de actuación ante situaciones de emergencia o de urgencia que puedan surgir en los mismos centros
Consideramos que es factible y necesario que se adquiriera ese conocimiento se decide que se darán charlas/talleres prácticos diferenciando Educadores y Alumnos (estos últimos también en grupos dependiendo de la edad)

RESULTADOS ESPERADOS

-Los educadores saldrán de la charla/taller/ sesión Conociendo :
* Teléfono de emergencias 112
* Posición lateral de seguridad
* RCP básica
* Como actuar ante un atraganta miento Maniobra de Heimlich
-Los alumnos dependiendo de la edad el taller se impartirá de forma distinta(no es lo mismo 5 años que 11) pero todos saldrán conociendo:
*Teléfono de Emergencias 112 y la dirección de su domicilio (cuando se esta nervioso se olvidan cosas)Usaremos en caso de niños dibujo o triptico que colocaran en un lugar visible (puerta de casa, al lado del teléfono o nevera)
*Que hacer y que no hacer ante un atraganta miento
* Posición Lateral de Seguridad

MÉTODO

- Charlas y talleres en la escuela / instituto dirigidos a educadores (precisaremos muñeco para realizar practica de RCP, Hemlich y PLS
-Charlas y talleres en la escuela para alumnos diferenciando por edades en los mayores sera muy similar a los adultos En niños pequeños :
* harán un dibujo con plantilla para recortar y colorear en el que pondrán su dirección y teléfono de emergencias y lo colocaran en un lugar accesible y visible (teléfono, nevera, puerta de casa)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0999

1. TÍTULO

TALLERES EN EL INSTITUTO Y/O ESCUELA: ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA

INDICADORES

- Encuesta cualitativa al finalizar la sesión a los educadores y alumnos mayores la encuesta tendrá un apartado para que nos escriban otros posibles temas de su interés
- En los niños valoraremos después del taller su actitud y respuesta ante los temas tratados

DURACIÓN

Durante el curso escolar, que se podrá repetir ciclicamente

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 - 2018/0999

1. TÍTULO

TALLERES EN EL INSTITUTO Y/O ESCUELA: ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ANA MARIA LORENTE HERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABENGOCHEA COTAINA BELEN
ESCRIBANO PARDO DANIEL
COMPES LORENTE ALBERTO
LOPEZ MONTEAGUDO GEMA
MANJON LLORENTE GEMMA
BRAVO ANDRES RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS 2018

LUGAR
Colegio Publico Arzobispo Domenech de Almonacid de la Sierra
Fecha 26 de Abril 2019
Dirigido :Alumnos de infantil 3, 4 y 5 años
Urgencias :Desobstrucción vía aérea, posición lateral de seguridad RCP y 112"
Material utilizado muñecos de peluche y musica Impartido por Alberto Compes y Ana Lorente
Fecha 25 de mayo Dirigida a profesorado Taller /Sesion primeros auxilios, Convulsiones,RCP,
Posicion lateral de seguridad Desobstruccion via aerea Hemlich

Colegio publico Ramon y Cajal de Alpartir
Fecha 2 de Abril
Dirigido a alumnos de 6,7 y8 años impartido por Ana Lorente Hernandez
alumnos de 9, 10 y 11 años impartido por Marta Ruiz Gutierrez
Colegio Publico Domingo Jimenez Beltran de Calatorao
Fecha 15 de mayo
Dirigido a alumnos de 6 curso
Urgencias :Desobstrucción vía aérea, posición lateral de seguridad RCP y 112"
Material utilizado torso cedido por la unidad docente
Impartido por Genma Manjon pediatra

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS
Los resultados han sido altamente satisfactorios Las encuestas que se pasaron a los adultos fueron altamente positivas
En cuanto a los alumnos menores salieron del aula muy contentos y con ganas de repetir

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todos los alumnos han salido del taller sabiendo el telefono de emergencias como responder a las preguntas realizadas por el 112
saben PLS y maniobras basicas de RCP
Tambien saben lo que hay que hacer y lo que no ante un atragantamiento
En cuanto a profesores han salido sabiendo realizar una Rcp basica Maniobra de Hemlich y como actuar ante un atragantamiento
Y se han resuelto dudas
El equipo considera que hay un alto grado de satisfaccion y una buena respuesta tanto de educadores, alumnos y padres

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/999 ===== ***

Nº de registro: 0999

Título
TALLERES EN EL INSTITUTO Y / O ESCUELA : ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0999

1. TÍTULO

TALLERES EN EL INSTITUTO Y/O ESCUELA: ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA

Autores:
LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, ABENGOCHEA COTAINA BELEN, ESCRIBANO PARDO DANIEL, COMPES LORENTE ALBERTO, LOPEZ MONTEAGUDO GEMA, MANJON LLORENTE GEMA, BRAVO ANDRES RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación para la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejorar conocimiento de la poblacion

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La iniciativa surge ante la inquietud manifestada por medio de los Consejos de Salud y del profesorado de algunos centros educativos de la ZBS, en los que se nos solicita la posibilidad de dar algún tipo de formación o de pautas de actuación ante situaciones de emergencia o de urgencia que puedan surgir en los mismos centros. Consideramos que es factible y necesario que se adquiriera ese conocimiento se decide que se darán charlas/talleres prácticos diferenciando Educadores y Alumnos (estos últimos también en grupos dependiendo de la edad)

RESULTADOS ESPERADOS

-Los educadores saldrán de la charla/taller/ sesión Conociendo :
* Teléfono de emergencias 112
* Posición lateral de seguridad
* RCP básica
* Como actuar ante un atraganta miento Maniobra de Heimlich
-Los alumnos dependiendo de la edad el taller se impartirá de forma distinta(no es lo mismo 5 años que 11) pero todos saldrán conociendo:
*Teléfono de Emergencias 112 y la dirección de su domicilio (cuando se esta nervioso se olvidan cosas)Usaremos en caso de niños dibujo o triptico que colocaran en un lugar visible (puerta de casa, al lado del teléfono o nevera)
*Que hacer y que no hacer ante un atraganta miento
* Posición Lateral de Seguridad

MÉTODO

- Charlas y talleres en la escuela / instituto dirigidos a educadores (precisaremos muñeco para realizar practica de RCP, Hemlich y PLS
-Charlas y talleres en la escuela para alumnos diferenciando por edades en los mayores sera muy similar a los adultos En niños pequeños :
* harán un dibujo con plantilla para recortar y colorear en el que pondrán su dirección y teléfono de emergencias y lo colocaran en un lugar accesible y visible (teléfono, nevera, puerta de casa)

INDICADORES

-Encuesta cualitativa al finalizar la sesión a los educadores y alumnos mayores la encuesta tendrá un apartado para que nos escriban otros posibles temas de su interés
- En los niños valoraremos después del taller su actitud y respuesta ante los temas tratados

DURACIÓN

Durante el curso escolar, que se podra repetir ciclicamente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1444

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Fecha de entrada: 11/03/2019

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS

La comunidad de Aragón ha acogido a 709 refugiados desde el 2015 hasta el 31 de diciembre del 2017

En las instalaciones de Accem en la Almunia de Doña Godina se atiende a un grupo de 35 refugiados que llegaron en diciembre del 2017 y proceden de Siria, el Salvador, Ucrania y Venezuela .

Desde la consulta de Pediatría surge la necesidad de unificar las acciones sanitarias llevadas a cabo con estos niños refugiados, siguiendo el protocolo de Atención a los niños y niñas inmigrantes .

PANNI . Revisión del 2016 . Realizado por el Grupo de Inmigración y Adopción de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria .

Descripción de nuestros niños refugiados .

Agrupados por familias : dos Venezolanos, dos de Salvador y once Sirios agrupados en 4 familias .

A todos ellos se les realizó una entrevista con interprete donde se les acoge, se realiza una anamnesis detallada y se escucha de forma activa sus inquietudes o problemas familiares .

Posteriormente se realiza una exploración física completa siguiendo el Programa de OMI de AP del niño sano .

Se realiza el protocolo y se solicita analítica complementaria .que incluye un hemograma, metabolismo del hierro, Vit D 3, Ac Fólico, Vit B 12, estudio tiroideo, serologías si fueran

precisas para conocer su estado vacunal que incluye Hepatitis B, Sarampion, Rubeola ,Parotiditis, Varicela Zoster, estas se han ampliado a Hepatitis A, Hepatitis C, Lues, VIH y Hepatitis C . También se ha realizado P de Tuberculina .

Coprocultivo de parásitos y sedimento de orina .

Se realizan actividades Preventivas : actualización de sus calendarios vacunales, profilaxis de ferropenia, profilaxis de raquitismo por déficit de vit D 3, profilaxis de déficits nutricionales, profilaxis de mutilación genital femenina según país de origen

Si es necesario se deriva a especialistas

Se supervisa posteriormente su integración en la comunidad de acogida .

Recursos empleados humanos : interpretes, trabajadores sociales, personal sanitario

Recursos materiales para realizar analíticas, P de tuberculina, vacunas, tallímetro, peso, aparato de T arterial, optotipos, podoscopio, audiometría, radiodiagnóstico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS

Necesidad de interpretes en 74%

Aclaración ; los Sudamericanos no necesitaban interpretes

, Indicador % de niños que han necesitado calendario acelerado de vacunas : 66 %

Indicador % de niños con algún déficit analítico tratado, : 66,66%, a los cuales se les puso tratamiento .Se

buscaba más de un 50 % como indicador de calidad

Déficits encontrados : Anemia microcítica 1,

Déficit de Vit B 12 con factor intrínseco normal, : 7

Déficit de Vit D 3; 9

Indicador % de niños con P Tuberculínica Positiva y tratamiento adecuado : 100%

No se realizó la PP D a los niños Sudamericanos : 4

El resto de niños se realizó la PPD : 11 niños

Uno tuvo PPD positivo con RX torax ; informado de tuberculosis pulmonar con afectación adenopática. .Se instauró tratamiento administrado desde el C de Salud para mayor seguimiento del mismo y fue dado de alta . El seguimiento

posterior localizo a sujeto índice su padre al cual también se pudo tratar de Tuberculosis Pulmonar . Creemos

importante realizar PPD en la acogida de niños refugiados .

% de niños donde se realiza una interconsulta médica y se dió respuesta a esta interconsulta : 88%.

De los 15 niños en 4 de ellos no se realizó ninguna interconsulta

Del resto, el total de interconsultas realizadas fueron 18 y se respondieron a 16 es decir un 88 %.

Se buscaba un 40 % como indicador de calidad .

De ellas por subespecialidades se realizaron:

Ic a Oftalmología : 5, se detectaron estrabismo, miopía, hipermetropía y astigmatismo

Ic a Dentista : 3 se realizó sellado de molares y obturación caries

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1444

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Ic a Endocrino : 2 por Hipertrofia de clítoris y Pubertad adelantada
Ic a Trauma : 1 Escoliosis y dismetría de EEII
Ic a Infecciosos: 1 Sospecha y tratamiento de Tuberculosis pulmonar
Ic a Digestivo :1 por bajo peso
Ic a Dermatología :1 Verrugas y dermatitis
Ic a Psiquiatra, Neuropediatra, A . Temprana y Otorrinolaringologo : por sospecha de espectro autista

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos ha gustado mucho trabajar con los niños refugiados en colaboración con los interpretes cuando ha sido necesario y con el resto de compañeros de medicina de familia . El cronograma lo tuvimos que modificar para ordenar a los niños, se realizaba un estudio inicial, si se precisaba se solicitaba entonces la analítica, posteriormente se ponía el tratamiento y posteriormente pasados 3-4 meses nueva analítica de control si fuera preciso .
las familias se han sentido acogidas y cuidadas .Los cuatro niños sudamericanos se marcharon a vivir a otra zona donde encontraron trabajo

7. OBSERVACIONES.

Es mucho mas ordenado realizar esto desde la consulta de pediatria, si se detecta algun problema se comenta con sus padres y con sus respectivos Médicos de Familia .Los resultados han sido realmente buenos gracias a la colaboración de todos incluyendo a los diferentes especialistas hospitalarios .

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1444 ===== ***

Nº de registro: 1444

Título
PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Autores:
ABENGOCHEA COTAINA BELEN, LOPEZ MONTEAGUDO GEMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Aragón ha acogido a 709 refugiados desde el 2015 hasta 31 de diciembre del 2017 .
El Gobierno de Aragón coordina este programa puesto en marcha por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, gestionado por diferentes entidades colaboradoras subvencionadas por el Gobierno Central : Cruz Roja, Cepaim, Accem, Apip, Acam y Diaconia .
En las instalaciones que Accem tiene en la Almunia de Doña Godina se atiende a un grupo de 35 refugiados que llegaron en Diciembre 2017 y proceden de Siria, El Salvador, Ucrania y Venezuela .
Se trata de un primer grupo recién llegado, que ha sido acogido en el medio rural .
El Gobierno de Aragón pone a su disposición todos los servicios que requieran ya sean educativos, sociales, sanitarios ...
Desde la consulta de Pediatría, hemos visto la necesidad de unificar las acciones sanitarias llevadas a cabo en estos niños refugiados siguiendo el Protocolo de Actualización de la Atención de niños y niñas inmigrantes .
PANNI, realizado por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria .Revisión 2016
Esto nos ayudará a conocer mejor a nuestros niños refugiados, saber cuales son sus necesidades reales y qué puntos de mejora pueden tener dentro de nuestro Sistema Sanitario

RESULTADOS ESPERADOS

Población de niños refugiados atendidos en nuestro Centro de Salud de la Almunia desde 1 Enero del 2018 a 31 de Diciembre del 2018 .

- Acogida y anamnesis individual .
- Aplicación del Protocolo PANNI

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1444

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

- Actualización del Calendario Vacunal.
- Mejora de su situación actual

MÉTODO

- Actualización teórica del Programa PANNI.
- Realización de una anamnesis con ayuda de interpretación telefónica o un acompañante intérprete de la propia ONG.
- Exploración física completa .
- Registro de vacunas
- Solicitud de analíticas precisas .
- Realización de P de Mantoux si fuera necesario
- Interpretación de resultados .
- Mejora de su estado de salud

INDICADORES

- % de niños a los cuales se les ha realizado una anamnesis completa siendo necesaria un mediador o una interpretación telefónica del total de niños refugiados .Buscar el 95%
- % de niños que han necesitado un calendario vacunal acelerado sobre el total de niños refugiados atendidos .
- % de niños con algún deficit analítico tratado del total de niños refugiados .Buscar mas de un 50% como indicador de calidad
- % de niños con P Tuberculinica positiva y tratamiento adecuado.
- % de niños que hemos realizado una interconsulta médica y se ha dado respuesta a esta interconsulta Buscar un 40 % como indicador de calidad

DURACIÓN

De enero del 2018 a diciembre del 2018 se recogerá el listado de todos los niños refugiados en C S de la Almunia y se realizará:

- 1- Anamnesis, Protocolo Panni, actualización de Calendario vacunal .
- 2- Control a los 6 meses, evaluación de indicadores
- 3- Control a los 12 m, resultados finales

OBSERVACIONES

- En función de país de origen del niño refugiado el estudio inicial podría variar .
- Dispondríamos de un mapa de necesidades de estos niños refugiados según su país de origen, intentando solventarlas adaptandolos progresivamente a nuestro sistema sanitario .
- Algún niño podría perder algún control si es derivado a otra zona de acogimiento .

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0938

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN EL AMBITO ESCOLAR: HABITOS DE VIDA SALUDABLES, ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA LORENTE HERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABENGOECHEA COTAINA BELEN
COMPES LORENTE ALBERTO
MANJON LLORENTE GEMA
LOPEZ MONTEAGUDO GEMA
RUIZ GUTIERREZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

LUGAR
Colegio Publico Arzobispo Domenech de Almonacid de la Sierra
Con fecha 24 de mayo sesion dirigida a los Alumnos de
1º, 2º y 3º Impartida por Ana Lorente
4º, 5º y 6º impartida por Alberto Compes
Higiene y salud bucodental Nociones basicas de alimentacion saludable
Colegio publico Ramon y Cajal de Alpartir
Con fecha 2 de abril Alumnos de primaria
primeros auxilios PLS 112 Desobstruccion via aerea y Rcp
Con fecha 4 de abril
Dirigida a alumnos de infantil
primeros auxilios rcp desobstruccion via aerea
Ambas impartidas por Ana Lorente y Marta Ruiz
Colegio Publico Domingo Jimenez Beltran de Calatorao
Dirigida a alumnos de 6º curso
taller sobre RCP y PLS...
Impartido por Genma Manjon
Colegio publico Maestro Monreal de Ricla
Dirigida a alumnos de 6º curso
taller sobre RCP y PLS...
Impartido por Genma Manjon
CEIP Florian Rey de la Almunia
taller sobre vacunas y alimentacion saludable e higiene a los alumnos e 4 y 5 años dias 8 y 15 de mayo
impartido por Belen Abengoechea y Gema Lopez
CEIP Nertobriga
taller sobre vacunas y alimentacion saludable e higiene a los alumnos e 4 y 5 años
dia 25 de mayo
impartido por Belen Abengoechea y Gema Lopez

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados han sido altamente satisfactorios Las encuestas que se pasaron a los adultos fueron altamente positivas

En cuanto a los alumnos menores salieron del aula muy contentos y con ganas de repetir
Se comprobo que conceptos que se habian impartido el curso anterior aun se recordaban
con lo cual se considera que los talleres son altamente positivos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los alumnos han salido del taller sabiendo el telefono de emergencias
como responder a las preguntas realizadas por el 112 saben PLS y maniobras basicas de RCP
Tambien saben lo que hay que hacer y lo que no ante un atragantamiento
En cuanto a profesores han salido sabiendo realizar una Rcp basica Maniobra de Hemlich y como actuar ante un atragantamiento
Saben como realizar un correcto lavado de dientes, como realizar y cuando la higiene de ducha, manos etc
Saben reconocer alimentos saludables y los que se pueden tomar a diario y los que esporadicamente
Y se han resuelto dudas
El equipo considera que hay un alto grado de satisfaccion y una buena respuesta tanto de educadores, alumnos y padres

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0938

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN EL AMBITO ESCOLAR: HABITOS DE VIDA SALUDABLES, ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/938 ===== ***

Nº de registro: 0938

Título
EDUCACION PARA LA SALUD EN EL AMBITO ESCOLAR : HABITOS DE VIDA SALUDABLES, ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA

Autores:
LORENTE HERNANDEZ ANA, COMPES LORENTE ALBERTO, RUIZ GUTIERREZ MARTA, MANJON LLORENTE GENMA, ABENGOCHEA COTAINA BELEN, LOPEZ MONTEAGUDO GENMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educacion para la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La mayoría de las situaciones que requieren una actuación de urgencia se producen fuera del ámbito sanitario y son presenciadas y atendidas por personal no sanitario
Estando demostrado que el tiempo en ser atendido es directamente proporcional a la supervivencia y a la disminución de secuelas Se vio la pertinencia de desarrollar unos talleres de primeros auxilios y RCP en las aulas dirigidos tanto a alumnos de infantil, primaria como a profesorado
Cuando se propone la actividad a los colegios se muestran muy interesados por la actividad
A la vez nos demandan alguna charla encaminada a higiene personal alimentación y salud buco-dental por lo que decidimos intentar integrarlo en el proyecto

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana serán los alumnos y profesores de los diferentes colegios de la zona básica de salud
Esperamos que adquieran las habilidades necesarias para actuar y reconocer diferentes situaciones de urgencia
Así como en caso de los niños de infantil y primaria sepan solicitar la ayuda necesaria llamando al 112 y sean capaces de describir la situación contestar las preguntas que se les haga desde el 112 y dar la dirección correcta a la que tiene que acudir la ayuda
Saber actuar en el orden adecuado
En el apartado de vida saludable saldrán de las charlas/ taller :
- Sabiendo lavarse los dientes correctamente
Conociendo los principales alimentos saludables y los que no lo son tanto
Sabiendo que es lo que pueden llevar de almuerzo y lo que no
Sabiendo la importancia de la higiene (ducha, lavado de manos et)

MÉTODO

Durante los meses de Abril Y Mayo

Colegio publico de Alpartir

Se van a impartir talleres teórico/ prácticos de pautas de actuación ante un atraganta miento, posición lateral de seguridad y RCP básica
En los alumnos de primaria se van a hacer dos grupos uno para alumnos de 6,7 y 8 años
En los alumnos de infantil se realizara con todos los alumnos juntos y sera impartido y otro grupo alumnos de 9, 10 y 11 años

Colegio publico Almonacid de la Sierra

Taller teórico practico en urgencias posición lateral de seguridad atragantamiento y RCP para alumnos de infantil
Charla taller para alumnos de primaria de hábitos de vida saludables higiene y alimentación divididos en dos grupos de 5 a 8 años uno y otro de 9 a 11 años
Taller teórico practico de urgencias, atragantamiento RCP y actuación en caso de convulsiones
Colegios públicos de Ricla y Calatorao
Se impartirán talleres teórico prácticos de urgencias atragantamiento, RCP y posición lateral de seguridad Se harán diferentes grupos
Colegio publico de la Almunia de Doña Godina

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0938

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN EL AMBITO ESCOLAR: HABITOS DE VIDA SALUDABLES, ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA

Se impartirá charla de hábitos de vida saludables, higiene salud buco dental y alimentación dirigida a a alumnos de primaria

Un taller teórico practico de urgencias atragantamiento posición lateral de seguridad y RCP

INDICADORES

A los adultos y alumnos mayores se les pasara una encuesta con un apartado para sugerencia

Y en los menores valoraran los profesores atendiendo al grado de satisfacción e implicación de los alumnos

DURACIÓN

Las charlas y talleres se realizaran durante el periodo lectivo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1037

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA A NIÑOS DE HIJOS DE TRABAJADORES TEMPOREROS

Fecha de entrada: 22/01/2020

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
CONTE GALVEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En relación con la campaña de la fruta en la zona de Valdejalón, el número de temporeros atendidos en el C.S de la Almunia asciende a más de 5000 personas, .
Estas personas se desplazan con sus hijos, muchos de ellos viven una situación de máxima vulnerabilidad.
Es importante ofrecerles un punto de anclaje y de referencia, donde siempre puedan volver en la siguiente temporada de recogida de la fruta .
Por ello se centralizó el estudio en la consulta de Pediatría de Atención Primaria.
Nuestro calendario fue de de Mayo a Octubre del 2019.

Recursos empleados :

Humanos . Pediatra y Enfermera de Pediatría del C.S de la Almunia de Doña Godina .

Materiales : peso, tallímetro, peso para bebés, cinta métrica, aparato de tensión, otoscopio, fonendoscopio, podoscopio, optotipos, audiometría, nevera, vacunas, extracciones de sangre .

Acciones realizadas : Acogida del niño temporero, conocer su entorno, quién les cuida, dónde han estado, exploración física completa, valoración de su desarrollo psicomotor, conocer si va al colegio, revisión de su libro de salud, revisión de sus vacunas, actualizar su calendario vacunal, observar si existe alguna deficiencia nutricional, revisión de su boca y de su vista, dar consejos de alimentación, higiene y prevención de accidentes .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Total de niños evaluados son 14 : 6 niñas y 8 niños

Edades : de 0 a 2 años :10, de 3 a 6 años : 4

Indicadores :

Numero de niños a los que actualizamos su calendario vacunal / numero de niños con revisión de su calendario vacunal : 14/14, el 100 % ,
Buscábamos mínimo 80%.

Numero de niños que presentan deficit visual y han sido derivados a óptica /del total de niños con deficit visual . Buscábamos un 30 %

No se han registrado niños con deficit visual .En la muestra la mayoría son niños menores de 3 años por lo que se valora el Hisberg y se descarta estrabismos, no se pueden utilizar en estos niños los optotipos .

Número de niños con caries que conocen que alimentos deben evitar y cómo limpiar sus dientes /del total de niños que tengan caries : 4/4 total un 100 % .
Buscábamos mínimo 50 % .

Otras actividades realizadas :

Analíticas realizadas por observación de posible déficit nutricional en 4 niños, a todos ellos se les suplementó con hierro 3 meses y a uno de ellos se le instauró la vit D 3 que le habían suprimido por no tener otra receta sus padres .

En 2 niños se realizó estudio renal por patología previa: en uno de ellos por presentar Ectasia pielica dcha, control eco Renal normal y se le dió el alta y en otro niño se solicitó por tener antecedente la madre de nefropatía congénita y pérdida de un riñón, en dos ocasiones se solicitó la Eco renal pero los padres no acudieron.

En una niña se solicitó estudio de columna vertebral por presentar un disrafismo espinal, donde consta resonancia magnética nuclear normal y se le pudo dar de alta .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestro primer objetivo se ha cumplido, los padres conocen la importancia de traer a sus hijos al Centro de Salud y aportar su libro de salud infantil donde se complementan las revisiones del niño sano y se actualizan sus vacunas.

Nuestro segundo objetivo en principio como todos ellos tenían buena visión no necesitó derivarse a la óptica . En cada revisión se dan consejos de prevención de accidentes, higiene personal e higiene dental y se le dan consejos de alimentación y se observa desarrollo ponderal del niño y desarrollo psicomotor del niño, así como si asiste a la escuela .

Destaca que ya 10 niños de los evaluados no tienen caries y conocen normas de higiene y prevención de la caries, lo cual se valora como algo muy positivo, dado que estos niños muchas veces repiten en la nueva temporada de recogida de la fruta de la Almunia .

Destaca que muchos de ellos no acuden a la escuela y son cuidados por un hermano mayor, dado que los padres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1037

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA A NIÑOS DE HIJOS DE TRABAJADORES TEMPOREROS

trabajan en el campo muchas horas seguidas .
Muchas veces, el seguimiento de las derivaciones deberá ser continuado en la temporada proxima, si durante su ausencia en otra comunidad o pueblo no se ha podido solventar, de ahí la importancia de la continuidad y seguimiento de estos niños .
Es importante dar un punto de anclaje a estas familias, para que conozcan cómo poder cuidar mejor a sus niños y como llevar un buen libro de salud infantil a pesar de sus trabajos tan itinerantes .

7. OBSERVACIONES.

Lo mas revelante de este trabajo es saber que cuando vuelven la próxima temporada, los padres sienten confianza y nos traen a sus niños para reevaluarles y suplementar sus posibles carencias, generalmente coincidirá dias de lluvia, cuando ellos no pueden ir al campo a trabajar, a veces es al medio dia en su rato de descanso y nos intentamos amoldar a su tiempo disponible. Es importante el trabajo en Equipo

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1037 ===== ***

Nº de registro: 1037

Título
PROGRAMA DE ACOGIDA A NIÑOS HIJOS DE TRABAJADORES TEMPOREROS

Autores:
ABENGOCHEA COTAINA BELEN, LOPEZ MONTEAGUDO GEMMA, CONTE GALVEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Dar continuidad y bienestar a una población de niños vulnerables por las características del trabajo de sus padres.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Con la llegada de la Campaña de la fruta a la Zona de Valdejalón, el número de personas atendidas como Temporeros asciende a más de 5000 personas .
Estas personas temporeras, vienen en muchas ocasiones desplazándose con sus hijos .
Estos niños son muy vulnerables, dado que continuamente van recorriendo diferentes pueblos de la geografía Española en función de dónde tienen trabajo sus padres .
Nos gustaría poder ofrecer a estas familias una continuidad en la asistencia sanitaria de sus hijos, utilizando los recursos que tenemos en el Centro de Salud de la Almunia de Doña Godina .
Esto mejoraría el bienestar de estas familias y le daría un punto de continuidad dado que la mayoría de ellos repite en la misma zona su trabajo al año siguiente .

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana : Hijos de niños Temporeros en la Zona de la Almunia de Doña Godina
Duración del proyecto : Mientras tenga lugar la Campaña de recogida de la fruta : de Mayo a Octubre
Objetivos : Revisión y actualización de su libro de Salud Infantil .
Actualización de Calendario Vacunal
Aplicación de medidas preventivas y de promoción de la salud según su edad

MÉTODO

Primera visita : toma de contacto, de donde vienen, conocer entorno del niño, quien le cuida, donde viven y si va al colegio .
Revisar su calendario vacunal
Exploración física completa incluido valoración visual e higiene dental .
P complementarias : sólo si fuera necesario según su desarrollo pondoestatural o desconocimiento de vacunas aportadas por la familia

INDICADORES

Conocer número de niños incluidos en el programa .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1037

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA A NIÑOS DE HIJOS DE TRABAJADORES TEMPOREROS

Número de niños a los cuales les hemos revisado y actualizado su calendario vacunal .Buscamos un 80% dado la dificultad de que los niños sean traídos a la consulta .
Número de niños que presentan deficit visual y han sido derivados a óptica / del total de niños con deficit visual . Buscamos un 30 % dadas las dificultades de seguimiento en este colectivo
Número de niños con caries que conocen como limpiar sus dientes y que alimentos deben evitar / del total de niños con caries. Buscamos un 50 %

DURACIÓN

Nuestro calendario de recogida de datos es durante la temporada de Mayo a Octubre del 2019 .
Posteriormente analizaremos estos datos
Los niños acudirán desde administración previa cita y algunos de ellos desde el Servicio de Atencion Continuada .
Una vez captado un niño acogeremos al resto de hermanos .
El Programa tendra un caracter anual .
Si la revisión se ha realizado en su lugar de origen solo se supervisará .

OBSERVACIONES

Hemos puesto indicadores bajos porque es una población difícil, muchos viven en regimen de semiexplotación, queremos dar fidelidad al proyecto y que estos padres sepan que a sus niños se les completará aquello que quedó pendiente en otra area geográfica de España o de su lugar de origen : Rumania, Marruecos, keniaetc

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1068

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA CRIANZA Y SALUD EN EL LACTANTE

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE GEMA MANJON LLORENTE
· 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.
CALAVIA CONTRERAS MERCEDES
GALLEL URGEL MARIA MERCEDES
BENITO LOPEZ ANA MILAGROS
PUERTAS ERAUSO PAULA
BRAVO ANDRES RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este año se ha puesto en marcha esta actividad grupal con periodicidad semanal y un total de 7 sesiones, apoyadas con presentaciones de power point .
Se han hecho dos ediciones, la primera en los meses de mayo-junio, y la segunda en los meses de octubre-noviembre. Se realizaron carteles para difundir la actividad colocados en la zonas de consulta de pediatría, de la matrona y de admisión tanto del centro de salud como de los consultorios locales. Se explicó también el proyecto en el consejo de salud de la zona.
Se diseñaron encuestas para la valoración de la adquisición de conocimientos y de satisfacción. En las encuesta se evaluó la organización, la actividad formativa y el profesorado, en una escala del 1 al 4.
Los resultados se ha expuesto en sesión clínica ante todo en equipo el 19 de diciembre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la primera edición hubo un total de 9 participantes, de los cuales 3 de ellos acudieron al 50% de las sesiones respecto al total (33,3%).
Hay que tener en cuenta que es una actividad nueva y que aunque se había dado difusión mediante carteles y también de manera verbal, algunos cuidadores tuvieron conocimiento de ella una vez que la actividad hubo comenzado y fueron incorporándose progresivamente.
Al finalizar la actividad se pasaron las encuestas para la valoración de la adquisición de conocimientos y de satisfacción. En esta primera edición se recogieron 5 encuestas rellenas.
En la segunda edición hubo un total de 6 participantes, de los cuales los 6 acudieron al menos al 50 % de las sesiones respecto del total(100%).
En esta segunda edición hubo menos participantes pero con un mayor porcentaje de asistencia y se recogieron 5 encuestas rellenas.
Evaluación final.
Como conclusión podemos decir que en total hubo 15 cuidadores que han participado en la actividad, de los cuales 9 de ellos acudieron al 50% de las sesiones (60%).
En las encuesta se evaluó la organización, la actividad formativa y el profesorado, siendo la evaluación global, en una escala del 1 al 4, un 4 en todos los items y en todas las encuestas, salvo en 3 ítems de día de las encuestas (1 en una y 2 en otra), que fue de 3.
En general los resultado son bastantes buenos, tanto en el nivel de asistencia como en el de adquisición de conocimientos y de satisfacción, de lo que se deduce que si que se alcanzaron los objetivos del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se decide continuar con el proyecto durante el proximo año. Para las próximas ediciones se va a intentar mejorar la difusión elaborando trípticos que entregar a los padres en las revisiones del niño sano en las consultas de pediatría y en la clases de educación maternal de la matrona.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1068 ===== ***

Nº de registro: 1068

Título
EDUCACION PARA LA CRIANZA Y SALUD EN EL LACTANTE

Autores:
MANJON LLORENTE GENMA, CALAVIA CONTRERAS MERCEDES, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES, BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, PUERTAS ERAUSO PAULA, BRAVO ANDRES RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1068

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA CRIANZA Y SALUD EN EL LACTANTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Lactancia y primeros años de vida
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la salud.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se observa en los últimos años una tendencia al aumento, tanto en las consultas de pediatría como en las urgencias del centro de salud, de las consultas por aspectos propios de la crianza y el desarrollo de los lactantes que no suponen necesariamente una patología ni enfermedad como tal, por ejemplo: los cólicos, el lactante que no duerme, dudas sobre la alimentación complementaria, etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que los padres de los lactantes se sientan mas seguros en la crianza de sus hijos, en los diferentes aspectos de esta etapa.
Obtengan conocimientos que les permitan mejorar en la prevención de accidentes y solucionar pequeños problemas que puedan surgir con nociones básicas de primeros auxilios sin necesitar acudir a urgencias.
Crear un ambiente en el que los padres y sobre todo las madres puedan exponer sus preocupaciones y compartirlas con otras mujeres que están en su misma situación.

MÉTODO

Se va a iniciar una actividad grupal, con periodicidad semanal, en ciclos de sesiones con periodicidad cuatrimestral, en el que se expondrá brevemente un tema y se dejará tiempo para preguntas y dudas.
Temas a desarrollar: Cuidados básicos e higiene en el lactante. Lactancia y alimentación complementaria.
Prevención de accidentes y primeros auxilios. Cólicos y problemas digestivos.
Fiebre e infecciones respiratorias. Taller de masaje infantil. Desarrollo del sueño.

INDICADORES

Número de cuidadores que acuden al 50 % de las sesiones respecto al total
Encuesta de valoración de adquisición de conocimientos y satisfacción.

DURACIÓN

Se va a implantar durante el año 2019 a partir del 8 de mayo y según la acogida que tenga entre la población se continuará en los años sucesivos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1178

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Fecha de entrada: 31/01/2020

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.
COMPES LORENTE ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Marzo: presentacione informes, monitorizacion de antimicrobianos a los equipos
Abril-Dicembre : formacion blandas.Publicacion guia Proa-Ap. Sesion en el centro noviembre: infecciones respiratorias y urinarias A partir de junio monitorización trimestral de uso de antib. con envío de informes a cada profesional

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores utilizados fueron los de farmacia sector III y registros sesiones centro Los profesionales acudieron el 100%.Resultados alcanzados: mejoría dentro de estrategia que recoge IRASPROA. Los objetivos: disminucion del uso de amox/clav. respecto a amoxicilina ha pasad de 57,8% a 54,3% y la disminucion de macrolidos que ha pasado del16,5% a 12,5% en 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Utilizar antib. del menor espectro posible según el tipo de infeccion, circunstancias del paciene y resistencia a los antib.Amox/Clav. estaria indicado en infecciones comunitarias por Haemophilus o E.coli o anaerobios.Utilizar macrolidos en alergicos a betalactamicos, o infecciones respiratorias por microorganismos atipicos o B.pertussi

7. OBSERVACIONES.

Interesaría mantener la guia del Pro-ap actualizada en cuanto a indicaciones y resistencias para optimizar uso de antib. Y darla a conocer

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1178 ===== ***

Nº de registro: 1178

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Autores:
COMPES LORENTE ALBERTO, NAVARRO JULI BEGOÑA, HERRERO HERRERO MARIA PILAR, BRAVO ANDRES RAQUEL, PUERTAS ERAUSO PAULA, OULD-HAMOUDO CHEIKH MOHAMDY MOULAYE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: estrategicos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los objetivos estrategicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge IRASPROA. Hemos comenzado a trabajar en el uso adecuado de antibioticos, Se nos proporciona desde servicios centrales las herramientas para la monitorizacion del uso de antibioticos a partir de indicadores extridos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a antibioticos

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el uso adecuado de antibioticos entre los profesionales de atencion primaria, mejorando la adecuacion de su prescripcion

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1178

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Monitorizar la utilizacion de antibioticos de los profesionales a traves de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas

MÉTODO

Monitorizacion del uso de amoxicilina en infecciones respiratorias respecto al uso de amoxicilina clavulanico
monitorizar el uso de macrolidos en infecciones respiratorias
Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones mas prevalentes respiratorias

INDICADORES

% de profesionales que recibe informacion sobre indicadores de utilizacion de antibioticos
Monitorizacion de amoxicilina y macrolidos en infecciones respiratorias (objetivo 2019 . inferior a la media del sector en ambos items)

DURACIÓN

Abril: monitorizacion del uso de estos antibioticos para ver cual es nuestro punto de partida
abril- diciembre : sesiones de fromacion sobre el uso adecuado de antibioticos : abril. infecciones respiratorias,
septiembre :urinarias y noviembre: de piel
junio-sept-diciembre: monitorizacion trimestral de indicadores con analisis individual de cada profesional

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1241

1. TÍTULO

PROYECTO IMPLANTACION ECOGRAFIA CLINICA EN C.S. LA ALMUNIA. CRITERIOS DE DERIVACION, AGENDA DE ECOGRAFIA Y ANALISIS DE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE ECOGRAFIAS REALIZADAS EN AP Y AH

Fecha de entrada: 31/01/2020

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.

ANGOSO BERROCAL FELIX
BENITO LOPEZ ANA MILAGROS
AGANZO LOPEZ FRANCISCO JOSE
BRAVO ANDRES RAQUEL
BUENO VALERO ALICIA
DEZA ANDREU CRISTINA
BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Desde enero de 2019 se ha puesto en marcha de la realización de ecografía clínica en CS La Almunia.
2. Se ha establecido una agenda de citaciones de ecografías en el centro de salud.
2. Hemos definido qué situaciones clínicas son subsidiarias de realización de ecografía clínica en nuestro Centro de Salud, valorando de forma responsable las habilidades, experiencia y formación de los profesionales que participamos, no creando nunca expectativas por encima de nuestras posibilidades actuales.
4. Se ha establecido un procedimiento de derivación por parte de los médicos del EAP y la gestión de las citas desde la Unidad de Admisión.
5. El resultado de la prueba de informa en OMI en la petición de la exploración y los casos que requieran notificación urgente por los hallazgos encontrados se notifican personalmente al facultativo responsable del paciente.
6. Los profesionales que realizamos ecografía clínica hemos participado en las actividades formativas en ecografía impartidas por el Salud y en todos los casos en cursos de formación de este área de entidades externas.
7. Coincidiendo con la acreditación docente del Centro hemos ofertado la participación en esta actividad a los residentes de medicina familiar y comunitaria.

Todas estas actividades se han presentado en sesión clínica a los miembros del equipo a lo largo del años 2019. En el primer trimestre se presentaron los aspectos relacionados con la puesta en marcha del proyecto, la agenda de citaciones. En el segundo semestre definimos y presentamos los aspectos relacionados con las patologías y sospechas clínicas subsidiarias de realización de ecografía en nuestro centro de salud. Del proyecto queda pendiente ahora la segunda fase, el estudio de concordancia diagnóstica entre las ecografías hechas por nosotros en atención primaria y las realizadas a los mismos pacientes en atención hospitalaria cuando ha sido preciso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- A lo largo del año 2019 hemos realizado 148 ecografías en el Centro de Salud, existe demanda por encima de estas cifras y creemos que podemos llegar hasta las 200 ecografías anuales una vez establecidos los circuitos de derivación. El dato consta en el histórico de las agendas de citación de OMI y en el registro de exploraciones guardadas en el propio ecógrafo.

2.- Uno de los objetivos principales era la DEFINICIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE REALIZAR ECOGRAFÍAS CLÍNICAS, valorando nuestra capacitación actual, se presentó al Equipo las siguientes áreas de exploración ecográfica:

- a).- Dolor abdominal: Investigar dilatación de sistemas colectores (biliar y urinario), Lesiones focales en órganos abdominales y pélvicos (quistes, hematomas, abscesos, tumores), trastornos vasculares (trombosis, aneurisma), Cambios difusos en la ecogenicidad de los órganos (cirrosis, insuficiencia renal), Anomalías en el tamaño de los órganos, Sospecha de hepatopatía/patología de páncreas y vía biliar: ictericia, ascitis, otras alteraciones clínicas y analíticas.
- b.- Sospecha de nefropatía/patología de la vía urinaria
- c.-Seguimiento de patologías ya conocidas Ejemplo: hepatopatía crónica, quistes y otras lesiones benignas
- d.- Prostatismo: Calcular el tamaño prostático, la presencia de cálculos y el residuo vesical postmiccional.
- e.- Grandes vasos: Valoración inicial ante palpación de masa pulsátil, dolor abdominal con soplo o compromiso de sistema arterial inferior. El cribado de aneurisma de aorta abdominal en varones de 65 a 75 años se postula actualmente la utilidad de la ecografía en AP.
- f.-Tiroides: sospecha diagnóstica de la patología tiroidea(ej: crecimiento tiroideo asimétrico, duda de posible masa en el lóbulo de mayor tamaño, palpación de nódulos tiroideos (localización y características).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos satisfechos con la implantación de este proyecto en el EAP, su consolidación es cierto que depende de que en el EAP haya siempre miembros con formación y voluntad de seguir realizando ecografía en AP. A lo largo del año 2019 alguno de los profesionales que participaban en la realización de ecografías se han trasladado a otros centros pero hemos tenido la fortuna de que alguna de las incorporaciones se han sumado al proyecto y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1241

1. TÍTULO

PROYECTO IMPLANTACION ECOGRAFIA CLINICA EN C.S. LA ALMUNIA. CRITERIOS DE DERIVACION, AGENDA DE ECOGRAFIA Y ANALISIS DE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE ECOGRAFIAS REALIZADAS EN AP Y AH

ya habían iniciado su formación. El SALUD incorporó ecógrafos en 2018 hasta en 35 centros de salud y a medida que se extiende la formación en ecografía clínica a más profesionales se garantizará la sostenibilidad de este proyecto en todos los Equipos.

Una vez puesto en marcha creemos que el proyecto debe de tener continuidad, como proyecto de mejora, durante un año más y pediremos que siga incluido en nuestro Contrato de Gestión durante el año 2020, debemos consolidar el proyecto implantado y tenemos voluntad de realizar el estudio de concordancia diagnóstica entre las ecografías realizadas por nosotros y la valoración de los radiólogos en los casos remitidos.

Durante todo el año 2019 hemos tenido especial consideración al informar a los pacientes de nuestra condición de médicos de familia, no médicos especialistas en radiología, y los objetivos de la exploración ecográfica realizada por nosotros. No se ha presentado ni una sola queja o reclamación por los resultados informados y hemos tenido la percepción de agradecimiento y reconocimiento por parte de los pacientes.

Es muy importante insistir en la formación continua en las habilidades de ecografía clínica para el mantenimiento del proyecto en este u otros Equipos. Herramientas puestas en marcha como el POCUS (Espacio de Ecografía en Atención Primaria) por parte del SALUD y el IACS son de gran ayuda para compartir experiencias y formación tutorizada por profesionales expertos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1241 ===== ***

Nº de registro: 1241

Título
PROYECTO IMPLANTACION ECOGRAFIA CLINICA EN C.S. LA ALMUNIA. ANALISIS DE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE ECOGRAFIAS REALIZADAS EN AP Y AH

Autores:
LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO, LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, AGANZO LOPEZ FRANCISCO JOSE, BRAVO ANDRES RAQUEL, BUENO VALERO ALICIA, DEZA ANDREU CRISTINA, BAYONESTA BRUSEL 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: Varios códigos CIE
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio Aragonés de Salud impulsó en el año 2018 la realización de ecografía clínica en centros de salud por parte de médicos de atención primaria. Los profesionales del EAP La Almunia que participaron en el programa de formación impulsan este proyecto de mejora orientado a la puesta en marcha de la ecografía clínica en el CS de La Almunia.

RESULTADOS ESPERADOS
Puesta en marcha de la realización de ecografía clínica en CS La Almunia, ofertándola a toda la población de la zona básica. Establecer escenarios clínicos de derivación y un estudio de concordancia diagnóstica entre AP y AH.

MÉTODO
1.- Establecer una agenda de citas de ecografías en el centro de salud con huecos suficientes para que esta exploración se realice con un breve tiempo de espera entre su solicitud y la realización de la prueba.

2.- Definir qué situaciones clínicas son subsidiarias de realización de ecografía clínica en nuestro Centro de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1241

1. TÍTULO

PROYECTO IMPLANTACION ECOGRAFIA CLINICA EN C.S. LA ALMUNIA. CRITERIOS DE DERIVACION, AGENDA DE ECOGRAFIA Y ANALISIS DE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE ECOGRAFIAS REALIZADAS EN AP Y AH

El objetivo ha de ser definir qué situaciones clínicas pueden ser objeto de realización de ecografía en el centro desalud. Inicialmente la oferta incluirá:

- Ecografía de cuello y tiroides
- Ecografía hepática
- Ecografía renal y prostática

3.- Establecer el procedimiento de derivación por parte de los médicos del EAP y la gestión de las citas desde la Unidad de Admisión.

4- Modelo de informe y procedimiento de notificación urgente de los resultados al profesional responsable del paciente en caso de hallazgos clínicos que así lo requieran.

5.- Realizar un estudio descriptivo, longitudinal de concordancia diagnóstica en condiciones de práctica clínica, entre las ecografías realizadas en AP, en el CS de La Almunia y A Hospitalaria.

En aquellos casos en los que a largo del año se haya realizado una ecografía en AP y posteriormente en AH, tres médicos del EAP, diferentes de los dos médicos que realizan la prueba en el centro de salud, analizarán la concordancia de los resultados informados.

Se definirá para ello tres niveles diagnósticos en cada una de las pruebas realizada:

- Sin alteraciones (ecografía normal sin hallazgos)
- Alteraciones no significativas clínicamente: en este caso se describirán los hallazgos y se analizará la concordancia con los informes emitidos por el servicio de radiología del hospital.
- Alteraciones patológicas que serán igualmente confrontadas con los hallazgos de la ecografía de AH.

INDICADORES

1. Establecer una agenda de citaciones de ecografías en el centro de salud.

El indicador de existencia de agenda: si/no. Fuente agendas OMI

El indicador nº de ecografías realizadas: recuento de citas e informes emitidos. Objetivo 100% de las realizadas

Fecha implantación: 30/06/2019

2. Definir qué situaciones clínicas son subsidiarias de realización de ecografía clínica en nuestro Centro de Salud.

Documento consensado y difundido a todos los médicos del EAP de La Almunia de las situaciones clínicas que en este momento de implantación de esta técnica diagnóstica en el Equipo, son asumibles por los profesionales que van a realizarlas.

El indicador: presencia del documento escrito: si/no

Fecha implantación: 30/06/2019

3. Establecer el procedimiento de derivación por parte de los médicos del EAP y la gestión de las citas desde la Unidad de Admisión.

Indicador: Existencia del documento de gestión del proceso: si/no

Fecha implantación: 30/06/2019

4. Modelo de informe y procedimiento de notificación urgente de los resultados al profesional responsable del paciente en caso de hallazgos clínicos que así lo requieran.

Indicador: existencia del informe en el 100% de las ecografías realizadas

Fecha implantación: 30/06/2019

Análisis de resultados: 31/12/19

5. Diseñar un estudio observacional, descriptivo, longitudinal de concordancia diagnóstica en condiciones de práctica clínica, entre las ecografías realizadas en AP, en el CS de La Almunia y A Hospitalaria, en aquellos casos

en los que exista una exploración realizada en los dos niveles asistenciales.

DURACIÓN

Ya indicado en apartado indicadores.

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 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 - 2016/0673

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

ATENCIÓN PLENA: MINDFULNESS Y RELAJACION EN ATENCIÓN PRIMARIA

Promoción de la salud en ambiente laboral
El esfuerzo, la sobrecarga y la monotonía en trabajo, genera tensiones, e induce estrés 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 María de Huerva
-Dotar de herramientas para aprender a relajarse, respirar bien y -Focalizar la atención al momento presente
-Disminuir ansiedades.
-Fomentar relaciones saludables y nutritivas.

MÉTODO

Reunión informativa al Equipo
Sesión quincenal los martes de 14 a 15h

INDICADORES

Satisfacción de los participantes : Mediante encuesta
standard: 80%de satisfacción
Medir BCSQ-36 al inicio y finalización .
Medir Compasión al inicio y finalización mediante el FFMQ o similar

DURACIÓN

Información al Equipo : Mayo de 2017
Duración 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 RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1671

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 - 2018/1317

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ISABEL MINGUEZA MOZAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MARIA DE HUERVA
· Localidad MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL DOMINGO ANDRESA
PEREZ VICENTE REBECA
MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dar a conocer al equipo la existencia y los principios generales de PROA.
Compromiso del equipo en trabajar para mejorar la utilizacion de los antibioticos en atencion primaria.
Sesiones clinicas para dar a conocer el antibiotico mas adecuado dependiendo de la clinica del paciente y las resistencias de nuestro medio, priorizando siempre el de espectro mas reducido.
Colocacion de carteles en el centro de salud y consultorios locales para concienciar e implicar a la poblacion.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados generales que esperabamos se han alcanzado, quedando pendiente la valoracion mediante indicadores cuantitativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo ha estado muy receptivo quedando pendiente el trabajo de campo y la formacion continua para seguir mejorando progresivamente en la consecución de nuestro objetivo de contribuir a la disminucion de las resistencias a los antibioticos mediante el buen uso de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1317 ===== ***

Nº de registro: 1317

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE MARIA DE HUERVA

Autores:
CASAÑAL QUINTANA GONZALO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1317

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE MARIA DE HUERVA

febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.

Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).

Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO

Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.

Dar a conocer los principios generales PROA.

Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.

Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES

Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. Si/no

Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. Si/no

Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. Si/no

Nº Sesiones realizadas sobre PROA-AP: 3 sesiones al año.

Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 75%

DURACIÓN

Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Mayo)

Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)

Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)

Sesiones realizadas sobre PROA Junio-Diciembre

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 - 2018/1324

1. TÍTULO

PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE MONICA MARCO OLLOQUI
· 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.
VIDAL CIRAC ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Información teórica que permita a las familias elegir como alimentar a los bebes.
- Información actualizada, personalizada y anticipatoria sobre lactancia, sus posibles problemas y la prevención de dichos problemas los primeros días de vida
- Pautas clínicas para el manejo de los problemas de lactancia materna los primeros días
- Información práctica sobre técnica de amamantamiento
- Información sobre técnica de extracción, almacenamiento y conservación de leche materna
- Educación para la salud materno-infantil
- Control del estado nutricional de los lactantes de alto riesgo (prematuros, gemelares,...) y de niños sanos
- Captación de madres donantes de leche
- Ofrecer pautas de manejo para continuar con la lactancia tras la incorporación materna al mundo laboral
- Información sobre crecimiento y desarrollo del lactante y niño pequeño, sobre la alimentación complementaria y consejos para el destete gradual
- Recomendaciones a la madres con respecto a su dieta y hábitos saludables

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Satisfacción percibida en las madres que participan en la actividad.
Captación de una forma precoz al recién nacido por parte de la enfermera de pediatría.
Crear un espacio donde las madres se sienten protagonistas con confianza para mostrar sus dudas, inquietudes compartiendo información y apoyo emocional y profesional para conseguir una lactancia materna feliz y exitosa.
Participación y apoyo entre las distintas madres para afianzar su confianza.
Con la información recibida por parte de las madres, reducir en cierta manera las visitas al pediatra.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Intentar captar a todas la madres primerizas desde la consulta de la matrona y/o primera visita del recién nacido.
Reflejar en el OMI del niño, la asistencia de la madre al grupo de lactancia

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1324 ===== ***

Nº de registro: 1324

Título
PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
MARCO OLLOQUI MONICA, VIDAL CIRAC ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejoría y satisfacción en la lactancia y crianza

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La lactancia materna es considerada el método óptimo de alimentación infantil por sus ventajas nutricionales,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1324

1. TÍTULO

PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

emocionales e inmunológicas, además de ser la forma natural de alimentar a los bebés. Por lo que, trabajar para aumentar las tasas de lactancia contribuirá a mejorar la salud materno-infantil. Por todo esto, es por lo que desde hace 4 años nos reunimos semanalmente los miércoles, una hora y media, un grupo de lactancia y crianza.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el número de niños alimentados con lactancia materna y prolongar la duración de la misma, mejorando la satisfacción de las madres
Ayudar a madres y familias a tomar una decisión, correctamente informada, de la mejor forma de alimentar a sus hijos
Estimular el apego entre padres y niños haciendo que la crianza los primeros meses de vida sea más gratificante
Realizar precozmente por parte de enfermería la primera visita del recién nacido
Revisiones del programa de salud infantil del niño menor a 2 años
Captación de madres donantes de leche

MÉTODO

Información teórica que permita a las familias elegir como alimentar a los bebés.
Información actualizada, personalizada y anticipatoria sobre lactancia, sus posibles problemas y la prevención de dichos problemas los primeros días de vida
Pautas clínicas para el manejo de los problemas de lactancia materna los primeros días
Información práctica sobre técnica de amamantamiento
Información sobre técnica de extracción, almacenamiento y conservación de leche materna
Educación para la salud materno-infantil
Control del estado nutricional de los lactantes de alto riesgo (prematuros, gemelares,...) y de niños sanos
Captación de madres donantes de leche
Ofrecer pautas de manejo para continuar con la lactancia tras la incorporación materna al mundo laboral
Información sobre crecimiento y desarrollo del lactante y niño pequeño, sobre la alimentación complementaria y consejos para el destete gradual
Recomendaciones a la madres con respecto a su dieta y hábitos saludables

INDICADORES

Satisfacción materna de las asistentes al grupo

DURACIÓN

Reuniones semanales todos los miércoles de 16 a 17:30h de enero a diciembre
Evaluación de resultados 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 - 2018/1324

1. TÍTULO

PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE MONICA MARCO OLLOQUI
· 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.
VIDAL CIRAC ISABEL
LAHUERTA ROYO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunion semanal de dos horas en el gimnasio del Auditorio de Cuarte, en un ambiente cómodo de acogida para las madres y sus bebés (acompañados de sus parejas y/o familiares si quieren), donde ellas son las protagonistas junto con sus bebés. Nuestro objetivo es promocionar la lactancia materna y ayudar en la crianza, proporcionando los conocimientos y el apoyo emocional suficiente para conseguir que las madres amamenten de forma satisfactoria todo el tiempo que deseen.

- Información teórica que permita a las familias elegir como alimentar a los bebés.
- Pautas para el manejo de los problemas de lactancia materna los primeros días(grietas, problemas de agarre, hipogalactia..)
- Información práctica sobre técnica de amamantamiento
- Información sobre técnica de extracción, almacenamiento y conservación de leche materna
- Control del estado nutricional de los lactantes de alto riesgo (prematuros, gemelares,...) y de niños sanos
- Captación de madres donantes de leche
- Ofrecer pautas de manejo para continuar con la lactancia tras la incorporación materna al mundo laboral
- Información sobre crecimiento y desarrollo del lactante y niño pequeño, sobre la alimentación complementaria, desarrollo psicomotor del bebe...
- Recomendaciones a la madres con respecto a su dieta y hábitos saludables

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Es una actividad satisfactoria para las madres y los profesionales, las madres acuden de forma continua, (muchas de ellas hasta su incorporación al trabajo), encuentran apoyo entre ellas de forma que se van haciendo mas seguras de si mismas y con confianza para tomar decisiones.

Captación de una forma precoz al recién nacido por parte de la enfermera de pediatría.
Crear un espacio donde las madres se sienten protagonistas con confianza para mostrar sus dudas, inquietudes compartiendo información, apoyo emocional y profesional para conseguir una lactancia materna feliz y exitosa.
Con la información recibida por parte de las madres, reducir en cierta manera las visitas al pediatra.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Intentar captar a más madres desde las consultas de enfermería/pediatría, o desde la consulta de la matrona, captar a la embarazada en sus ultimas semanas antes de dar a luz.

En estos grupos de apoyo, la madre inexperta, se convierte en una madre experta capaz de dar lo que ella recibió en el grupo: apoyo emocional, experiencia, consejos, calma y cariño

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1324 ===== ***

Nº de registro: 1324

Título
PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
MARCO OLLOQUI MONICA, VIDAL CIRAC ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1324

1. TÍTULO

PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Otro tipo Objetivos: mejoría y satisfacción en la lactancia y crianza

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La lactancia materna es considerada el método óptimo de alimentación infantil por sus ventajas nutricionales, emocionales e inmunológicas, además de ser la forma natural de alimentar a los bebés. Por lo que, trabajar para aumentar las tasas de lactancia contribuirá a mejorar la salud materno-infantil.
Por todo esto, es por lo que desde hace 4 años nos reunimos semanalmente los miércoles, una hora y media, un grupo de lactancia y crianza.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el número de niños alimentados con lactancia materna y prolongar la duración de la misma, mejorando la satisfacción de las madres
Ayudar a madres y familias a tomar una decisión, correctamente informada, de la mejor forma de alimentar a sus hijos
Estimular el apego entre padres y niños haciendo que la crianza los primeros meses de vida sea más gratificante
Realizar precozmente por parte de enfermería la primera visita del recién nacido
Revisiones del programa de salud infantil del niño menor a 2 años
Captación de madres donantes de leche

MÉTODO

Información teórica que permita a las familias elegir como alimentar a los bebés.
Información actualizada, personalizada y anticipatoria sobre lactancia, sus posibles problemas y la prevención de dichos problemas los primeros días de vida
Pautas clínicas para el manejo de los problemas de lactancia materna los primeros días
Información práctica sobre técnica de amamantamiento
Información sobre técnica de extracción, almacenamiento y conservación de leche materna
Educación para la salud materno-infantil
Control del estado nutricional de los lactantes de alto riesgo (prematuros, gemelares,...) y de niños sanos
Captación de madres donantes de leche
Ofrecer pautas de manejo para continuar con la lactancia tras la incorporación materna al mundo laboral
Información sobre crecimiento y desarrollo del lactante y niño pequeño, sobre la alimentación complementaria y consejos para el destete gradual
Recomendaciones a la madres con respecto a su dieta y hábitos saludables

INDICADORES

Satisfacción materna de las asistentes al grupo

DURACIÓN

Reuniones semanales todos los miércoles de 16 a 17:30h de enero a diciembre
Evaluación de resultados 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 - 2018/1435

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. DE MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS MODREGO JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MARIA DE HUERVA
· Localidad MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TORCAL POTENTE ANA
SANCHEZ LOPEZ MODESTA
ALIAGA MARTIN MARTA
CARA GRANADOS MARIA YOLANDA
CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN
MAGALLON TORRES PILAR
RUIZ FELIPE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente se citó a los pacientes incluidos en la lista remitida por Dirección, desde el servicio de admisión en consulta no presencial de medicina o enfermería, para valorar situación de partida y confirmar que cumplían criterios de IC

En consulta presencial desarrollada a lo largo de todo el proceso :

Se planteo registrar en plantilla de OMI, peso, perimetro abdominal, presión arterial, grado de disnea y FE en situación estable.

Plan de autocuidados :recomendaciones de dieta, ejercicio e informar de síntomas de alarma (aumento de peso, disnea o presencia de edemas)

Vacunación antigripal y antineumococica .

Revisión de medicación

Formación :Sesión de formación en I C realizada el 1309 2018

Sesión impartida por MI sobre diagnostico de IC 26 09 2018

Sesión informativa al Equipo sobre el contenido del proyecto 13 09 2018

Se informo al Consejo de Salud de Zona en noviembre de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado las actividades programadas,

Se ha mejorado el diagnostico de IC

Ha aumentado el nº de personas que han recibido vacuna antineumococica y antigripal

En cuanto a los indicadores, estamos pendientes del corte del contrato de gestión en este momento no disponemos de los resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades realizadas, se ha visto entorpecidas por el cambio de profesionales, y la ampliación de consultorios de Cuarte y Cadrete .

El diagnostico de IC,no siempre estaba confirmado

El no disponer de una plantilla específica en OMI para IC, dificulta el seguimiento de estos pacientes y no permite diferenciar entre IC con FE disminuida y FE conservada con sus implicaciones en la indicación o no de antagonistas del calcio

En cuanto a la vacunación antineumococica, tuvimos problemas por no entrar en cartera de servicios, excepto para pacientes institucionalizados .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1435 ===== ***

Nº de registro: 1435

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE MARIA DE HUERVA

Autores:
MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS, TORCAL POTENTE ANA, SANCHEZ LOPEZ MODESTA, ALIAGA MARTIN MARTA, CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN, CARA GRANADOS MARIA YOLANDA, MAGALLON TORRES PILAR, RUIZ FELIPE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1435

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. DE MARIA DE HUERVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

LA PREVALENCIA DE IC SE SITUA APROXIMADAMENTE EN 2% DE LA POBLACIÓN GENERAL Y EN EL 10% EN MAYORES DE 70 AÑOS .según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP. CON UN alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de lo profesionales e implicación en el proceso de IC.

La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso.

Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente.

Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutiveidad de la AP en la atención de la IC.

Actividad: somos capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso.

En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar las actividades preventivas en IC en la totalidad de los pacientes

2. Reducción del uso urgente de servicios sanitarios:

3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC

4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa mediante

5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO

1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica

Actividades preventiva

Autocuidados . Recomendaciones de dieta, ejercicio, informar de síntomas de alarma (aumento de peso, disnea, presencia de edemas)

Registro en plantilla de OMI a todos los pacientes con IC: peso, perímetro de cintura, presión arterial., grado de disnea y f,e en situación estable

Adherencia al tratamiento

Control de comorbilidad

Control de factores desencadenantes

2. Cambios en la oferta de servicios:

Modificación de agendas de OMI

desde servicio de admisión se citaran a los pacientes incluidos en los listados

remitidos desde dirección de atención primaria, en consulta de médico o

enfermera, no presencial para valorar situación de partida y priorizar actuaciones

Incorporación plantilla autocuidados.

3. Formación: Plan de formación IC: Se realizara una sesión clínica de I C y en reuniones con MI se plantearan casos de pacientes con IC

4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.

5. Comunicación del desarrollo del proyecto: se Comunicara el contenido del proyecto al EAP a Medicina Interna como colaborador y se informara al consejo de salud de zona.

INDICADORES

1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria o consulta monográfica con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo...) en el contexto de IC.

2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente N° Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD

3. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócica respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP

4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP

5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: N° de pacientes polimedcados con diagnóstico de IC a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1435

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. DE MARIA DE HUERVA

que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN

Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados /Comunitaria: mayo-noviembre 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

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 - 2018/1435

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JESUS MODREGO JIMENEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TORCAL POTENTE ANA
PASCUAL BRUMOS ISABEL
SANCHEZ LOPEZ MODESTA
CARA GRANADOS MARIA YOLANDA
CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN
MATEO SEGURA ZORAIDA
RUIZ FELIPE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente se citó a los pacientes incluidos en la lista remitida desde Dirección, desde el servicio de admisión en consulta no presencial de medicina o enfermería, para valorar situación de partida y confirmar que cumplían criterios de IC

En consulta presencial desarrollada a lo largo de todo el proceso :

Se planteo registrar en plantilla de OMI, peso, perímetro abdominal, presión arterial, grado de disnea y FE en situación estable

Se planteo registrar en plantilla de OMI, peso, perímetro abdominal, presión arterial, grado de disnea y FE en situación estable

Plan de autocuidados :recomendaciones de dieta, ejercicio e informar de sintomas de alarma

(aumento de peso, disnea o presencia de edemas)

Vacunación antigripal y antineumococica .

Revisión de medicación

Formación

Sesión informativa al Equipo sobre el contenido del proyecto 13 09 2018

Sesión de formación en I C realizada el 1309 2018

Sesión impartida por MI sobre diagnostico de IC 26 09 2018 (Dr Perez)

Se informo al Consejo de Salud de Zona en noviembre de 2018

Durante 2019 se modificaron los componentes del Equipo de Mejora por incorporando a Isabel Pascual y Zoraida Mateo, que sustituyen a Marta Aliaga y Pilar Magallon .

Se realizó una sesión clínica externa, impartida por Dr Rodrigo de Cordoba donde se informo al Equipo de la continuidad del proyecto

Se enviaron correos electrónicos al Equipo informando de los objetivos del proyecto y se recordaron en reuniones e Equipo.

Se revisaron por parte de los componentes del Equipo de Mejora, los pacientes incluidos en el listado un total de 145

de ellos se excluyeron 39 por no tener historia y 21 por no tener IC

En los 85 pacientes restantes, se revisó si constaba en historia clínica : vacunación antigripal y antineumococica, registro de tensión arterial y peso, ingreso y revisión posterior, revisión del tratamiento .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos se han obtenido de los registros en OMI, revisando las historias de los pacientes incluidos en listado de IC remitido desde farmacia.

El periodo revisado es de noviembre de 2018 a noviembre de 2019.

Total pacientes revisados 145

De ellos 39 no se encuentra HCE en OMI

En otros 21 no se encuentra confirmación de IC en HCE

Total de pacientes con IC confirmada entre los revisados 85

INDICADORES:

1- porcentaje de pacientes con IC a los que se ha administrado vacuna antigripal

Resultado: 80 % Standar 90%

2-porcentaje de pacientes con IC a los que se ha administrado vacuna antineumococica :Resultado: 40%

Standar 50%

3-Porcentaje de pacientes con IC los que consta toma de TA durante último año :Resultado: 94%

Standar 90%

4- Porcentaje de pacientes con IC en los que consta peso durante último año

Resultado: 73% Standar 70%

5- Porcentaje de pacientes con IC que, han precisado ingreso durante el último año

Resultado 30% Standar reducción en N° de ingresos con

respecto al año anterior (no disponemos de datos previos)

6-Porcentaje de pacientes de pacientes ingresados, revisados tras tras ingreso Resultado: 82% Standar 90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1435

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE MARIA DE HUERVA

7- Porcentaje de pacientes con IC en los que se ha revisado el tratamiento durante el último año
Resultado 67% Standar 50%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No hemos conseguido todos los objetivos marcados, esperamos mejorar en el próximo año los porcentajes de vacunación antigripal y antineumococica, la revisión del tratamiento y el seguimiento de los pacientes con IC para poder reducir el nº de ingresos y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

El proyecto ha servido para actualizar conocimientos en IC y mejorar el tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

Hemos encontrado dificultades para identificar a pacientes con IC, ya que los listados recibidos no estaban actualizados y había errores en la codificación del diagnóstico en OMI

El no disponer de una plantilla específica en OMI para IC, dificulta el seguimiento y no permite diferenciar entre IC con FE disminuida y FE conservada, con la implicación en el tratamiento
Las actividades realizadas, se ha visto entorpecidas con el cambio de profesionales,

En cuanto a la vacunación antineumococica, tuvimos problemas en 2018 por no entrar en cartera de servicios, excepto para pacientes institucionalizados

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1435 ===== ***

Nº de registro: 1435

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE MARIA DE HUERVA

Autores:
MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS, TORCAL POTENTE ANA, SANCHEZ LOPEZ MODESTA, ALIAGA MARTIN MARTA, CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN, CARA GRANADOS MARIA YOLANDA, MAGALLON TORRES PILAR, RUIZ FELIPE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA PREVALENCIA DE IC SE SITUA APROXIMADAMENTE EN 2% DE LA POBLACIÓN GENERAL Y EN EL 10% EN MAYORES DE 70AÑOS .según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP. CON UN alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de lo profesionales e implicación en el proceso de IC.

La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente.
Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutiveidad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: somos capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso.
En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar las actividades preventivas en IC en la totalidad de los pacientes
2. Reducción del uso urgente de servicios sanitarios:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1435

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE MARIA DE HUERVA

- .3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
- 4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa mediante
- 5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO

- 1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
- Actividades preventiva
- Autocuidados . Recomendaciones de dieta, ejercicio, informar de síntomas de alarma (aumento de peso, disnea, presencia de edemas)
- Registro en plantilla de OMI a todos los pacientes con IC: peso, perímetro de cintura, presión arterial., grado de disnea y f,e en situación estable
- Adherencia al tratamiento
- Control de comorbilidad
- Control de factores desencadenantes
- 2. Cambios en la oferta de servicios:
- Modificación de agendas de OMI
desde servicio de admisión se citaran a los pacientes incluidos en los listados remitidos desde dirección de atención primaria, en consulta de médico o enfermera, no presencial para valorar situación de partida y priorizar actuaciones
- Incorporación plantilla autocuidados.
- 3. Formación: Plan de formación IC: Se realizara una sesión clínica de I C y en reuniones con MI se plantearan casos de pacientes con IC
- 4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.
- 5. Comunicación del desarrollo del proyecto: se Comunicara el contenido del proyecto al EAP a Medicina Interna como colaborador y se informara al consejo de salud de zona.

INDICADORES

- 1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria o consulta monográfica con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo...) en el contexto de IC.
- 2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente N° Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
- 3. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócica respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
- 4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
- 5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: N° de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
- 6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
- 7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN

- Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
- 1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
 - 2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados /Comunitaria: mayo-noviembre 2018
 - 3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
 - 4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018
 - 5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018
 - 6. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

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 - 2018/1453

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018

Fecha de entrada: 01/03/2019

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.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (acenocumarol y warfarina), mal controlados (que tienen menos del 60% de determinaciones en rango los últimos seis meses)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (acenocumarol y warfarina), mal controlados que cumplen criterios según el IPT para cambiar a ACOD
3. Modificaciones de tratamiento si se precisan por el médico del paciente
4. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (dabigatran, rivaroxaba, apixaban o edoxaban)
5. Implementación del protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO por médicos y enfermeros con visitas de seguimiento y entrega de la tarjeta de seguimiento, así como el registro en Tao net cuando se implante.
6. Sesiones clínicas en el EAP de formación en el manejo de los anticoagulantes, seguimiento de los pacientes tratados con ACOD, actitud ante situaciones especiales etc. Presentación del protocolo de seguimiento a médicos y enfermeros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se diseñó por el grupo de trabajo un registro informático consistente en una hoja de cálculo de Open Office para capturar y analizar los datos, que fue enviada a los miembros del EAP por correo electrónico y devuelta por ellos una vez cumplimentada.

Nº total de pacientes en tratamiento anticoagulante oral en 2018 : 211; en 2019 276

% de pacientes en tratamiento con Anti vitamina K del total de los tratados con anticoagulantes orales:

- 2015..... 74%
- 2016..... 68%
- 2017..... 54%
- 2018..... 44%

% de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales:

- 2015.....26%
- 2016.....32%
- 2017.....46%
- 2018.....56%

% de pacientes con AVK, mal controlados con situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ACOD

- 2015.....56%
- 2016.....48%
- 2017.....39%
- 2018.....79%

% de pacientes tratados con ACOD, en los que se ha realizado por médicos y enfermeros visitas de seguimiento y entrega de la tarjeta diseñada a tal efecto en 2018 : 43%.

En cuanto a los eventos registrados se notifican 3 hemorragias mayores lo que representa un 1.08% (2 por acenocumarol y 1 por apixaban) y 3 trombosis, también un 1.08% (2 con apixaban y 1 con edoxaban).

Se han realizado dos sesiones clínicas (26-04-2018 y 12-07-2018) y se presentó y debatió con el EAP el Protocolo de seguimiento de los ACOD, estableciendo que:

- En la primera visita (prescripción) se entrega la tarjeta de seguimiento y registra en la historia del paciente (en el episodio de anticoagulación o en el de ACXFA)
- Derivación a la consulta de enfermería para seguimiento al mes del inicio y posteriormente cada tres meses.
- Seguimiento analítico con la frecuencia indicada en la tarjeta en función del filtrado renal y la situación clínica del paciente
- Registro de los resultados en la tarjeta siempre que se realice analítica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha aumentado el número total de pacientes con tratamientos anticoagulantes en nuestro Centro de Salud. Continúa aumentando el número de pacientes con ACOD versus AVK, situándonos en la media europea de prescripción de estos fármacos.

El número de eventos adversos registrados ha sido discretamente inferior a los resultados descritos en la bibliografía.

Todavía hay pacientes mal controlados que pese a cumplir criterios de IPT para beneficiarse de un cambio de tratamiento, este no se ha realizado, aunque su número ha disminuido ostensiblemente desde el inicio de este proyecto en 2014.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1453

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018

Hemos comenzado a hacer un seguimiento protocolizado de los pacientes con ACOD, encontrándose ya dicho registro en casi el 50% de los pacientes
En conjunto hemos mejorado la seguridad de los pacientes anticoagulados y resultados obtenidos nos animan a seguir trabajando en esta línea.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1453 ===== ***

Nº de registro: 1453

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018

Autores:
FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA, LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA, DIAZ LOBERA NIEVES, PEREZ VICENTE REBECA, SANTAMARIA PEREZ DE BURGOS MARIA EUGENIA, RUIZ FELIPE MARIA

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: ANTICOAGULACION.
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DURANTE LOS ULTIMOS AÑOS, SE HAN INCORPORADO AL CAMPO DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES NUEVOS FARMACOS CON UN VALOR AÑADIDO, EN DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS, RECOGIDAS EN UN INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPEUTICO (IPT) DEL MINISTERIO DE SANIDAD UT/V4/23122013, QUE MEJORAN LA SEGURIDAD, LOS CIRCUITOS ASISTENCIALES, LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES Y EN DEFINITIVA LOS RESULTADOS DE SALUD. ESTE CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ANTICOAGULACIÓN NECESITA UN ABORDAJE CENTRADO EN EL PACIENTE, QUE IDENTIFIQUE A AQUELLOS QUE PODRIAN BENEFICIARSE DE LOS NUEVOS FARMACOS Y ASEGURE, QUE CUANDO SE UTILIZAN LOS ACOD: (ANTICOAGULANTE ORAL DE ACCION DIRECTA), AUNQUE NO PRECISAN MONITORIZACION, NO SE RELAJE SU SEGUIMIENTO, QUE DEBE SEGUIR SIENDO ESTRECHO Y REALIZARSE DE FORMA COORDINADA CON LAS UNIDADES DE COAGULACION Y EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LOS CENTROS; CONTANDO EN TODO MOMENTO CON LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL PACIENTE Y ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.
2.- CONOCER COMO HA MEJORADO LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES.

MÉTODO
1.- IDENTIFICACION DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIVITAMINA K (ACENOCUMAROL Y WARFARINA), MAL CONTROLADOS (QUE TIENEN < 60% DE DETERMINACIONES EN RANGO LOS ULTIMOS 6MESES).
2.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIVITAMINA K (ACENOCUMAROL Y WARFARINA), MAL CONTROLADOS QUE CUMPLEN CRITERIOS SEGUN EL IPT PARA CAMBIAR A ACOD.
3.- MODIFICACIONES DE TRATAMIENTO SI SE PRECISAN POR EL MEDICO DEL PACIENTE.
4.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD (DABIGATRAN, RIVAROXABAN, APIXABAN Ó EDOXABAN).
5.- IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO CONJUNTO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ACO POR MEDICOS Y ENFERMEROS CON VISITAS DE SEGUIMIENTO Y ENTREGA DE LA TARJETA DE SEGUIMIENTO, ASI COMO REGISTRO EN TAO-NET CUANDO SE IMPLANTE.
6.- SESIONES CLINICAS EN E.A.P. DE FORMACION EN EL MANEJO DE ANTICOAGULANTES, SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ACOD, ACTITUD EN SITUACIONES ESPECIALES...PRESENTACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO A MEDICOS Y ENFERMEROS.
7.- ACTIVIDAD FORMATIVA CON LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS Y/O CUIDADORES, INTEGRADO EN LAS ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD.
8.- ENCUESTA SOBRE LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA PRODUCIDA POR ACOD Y GRADO DE SATISFACCION DE USUARIOS.
9.- DISEÑO DE UN REGISTRO INFORMATIZADO PARA LA RECOGIDA DE RESULTADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1453

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018

INDICADORES

- 1.- % PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTIVITAMINA K, QUE EN LOS ULTIMOS 6 MESES TIENEN <60% DE DETERMINACIONES INR EN RANGO.
- 2.- % PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTIVITAMINA K Y SITUACIONES CLINICAS EN LAS QUE EL IPT, RECOMIENDA SU PASO A ACOD.
- 3.-% PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD DEL TOTAL DE TRATADOS CON ANTICOAGULANTES ORALES.
- 4.- Nº DE SESIONES CLINICAS DE ACO REALIZADAS EN C.S.
- 5.- % DE PERSONAS QUE ASISTIERON A SESIONES.
- 6.- Nº PACIENTES/CUIDADORES QUE ASISTEN A REUNIÓN FORMATIVA.
- 7.-Nº DE TROMBOSIS REGISTRADAS EN PACIENTES TRATADOS.
- 8.- Nº SANGRADOS MAYORES:(QUE HAN REQUERIDO INGRESO HOSPITALARIO).
- 9.- % PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD, A QUE SE HA ENTREGADO TARJETA DE SEGUIMIENTO.
- 10.- % PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD INCLUIDOS EN TAO-NET (SI SE IMPLANTA).
- 11.- VALORACIÓN RESULTADOS ENCUESTA MEJORA CALIDAD DE VIDA ACOS Y GRADO DE SATISFACCIÓN PACIENTES.

DURACIÓN

- 1.- CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO Y DISEÑO DEL PROYECTO.(JUNIO).
- 2.- ENVÍO DEL PROYECTO.(22/06/2018).
- 3.- PRESENTACIÓN AL EAP DEL DISEÑO Y REGISTRO INFORMATIZADO.(JULIO).
- 4.- ENTREGA DE LISTADOS DE PACIENTES CON TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES.(A CADA PROFESIONAL LOS DE SU CUPO).(JULIO).
- 5.- TRABAJO DE CAMPO CON PACIENTES: VALORACIÓN DEL CONTROL ACTUAL, CAMBIOS DE TRATAMIENTO SI PROCEDE, SEGUIMIENTO SEGUN PROTOCOLO ESTABLECIDO Y VOLCADO DE DATOS EN EL REGISTRO CREADO. (JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, Y NOVIEMBRE).
- 6.- SESION CLINICA DE ACTUALIZACION EN ANTICOAGULACION Y RESOLUCION DE DUDAS EN LA RECOGIDA DE DATOS.(OCTUBRE).
- 7.- ACTIVIDAD FORMATIVA CON LOS PACIENTES Y/O CUIDADORES. (NOVIEMBRE).
- 8.- REALIZACIÓN ENCUESTAS DE MEJORA CALIDAD DE VIDA Y GRADO DE SATISFACCIÓN A PACIENTES.(NOVIEMBRE, DICIEMBRE).
- 9.- PROCESADO DE DATOS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS.(DICIEMBRE).
- 10.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS A EQUIPO Y A DIRECCION.(DICIEMBRE).

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 - 2018/1453

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2015-2019

Fecha de entrada: 31/01/2020

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.
DIAZ LOBERA NIEVES
RUIZ TAPIA MARIA
SANTAMARIA PEREZ DE BURGOS MARIA EUGENIA
CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN
SANCHEZ SANCHEZ LEOCADIO
PEREZ VICENTE REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (acenocumarol y warfarina), mal controlados (que tienen menos del 60% de determinaciones en rango los últimos seis meses)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (acenocumarol y warfarina), mal controlados que cumplen criterios según el IPT para cambiar a ACOD
3. Modificaciones de tratamiento si se precisan por el médico del paciente
4. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (dabigatran, rivaroxaba, apixaban o edoxaban)
5. Implementación del protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACOD por médicos y enfermeros con visitas de seguimiento y entrega de la tarjeta de seguimiento.
6. 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.
7. Presentación del protocolo de seguimiento a médicos y enfermeros.
8. Diseño de un registro informatizado para la recogida de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se diseñó por el grupo de trabajo un registro informático consistente en una hoja de cálculo de Open Office para capturar y analizar los datos, que fue enviada a los miembros del EAP por correo electrónico y devuelta por ellos una vez cumplimentada.

Nº total de pacientes en tratamiento anticoagulante oral en 2015: 189; en 2020: 275

% de pacientes en tratamiento con Anti vitamina K del total de los tratados con anticoagulantes orales:

- 2015..... 74%
- 2016..... 68%
- 2017..... 54%
- 2018..... 44%
- 2019..... 38.5%

% de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales:

- 2015.....26%
- 2016.....32%
- 2017.....46%
- 2018.....56%
- 2019..... 61.5%

Los pacientes en tratamiento con AVK, están mal controlados en un 16%

% de pacientes anticoagulados con AVK, mal controlados con situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ACOD

- 2015.....56%
- 2016.....48%
- 2017.....39%
- 2018..... 79%
- 2019..... 32%

% de pacientes tratados con ACOD, en los que se ha realizado por médicos y enfermeros visitas de seguimiento y entrega de la tarjeta diseñada a tal efecto en 2018 : 43% y en 2019:57%

En cuanto a los eventos registrados se notifican en 2018:3 hemorragias mayores lo que representa un 1.08% (2 por acenocumarol y 1 por apixaban) y 3 trombosis, también un 1.08% (2 con apixaban y 1 con edoxaban) y en 2019: 0.5% hemorroisica mayores (1 con acenocumarol y ninguna trombosis).

Se han realizado dos sesiones clínicas cada año lo que suma 10 sesiones y 2 charlas para pacientes y familiares, también se presentó y debatió con el EAP el Protocolo de seguimiento de los ACOD, estableciendo que:

- En la primera visita (prescripción) se entrega la tarjeta de seguimiento y registra en la historia del paciente (en el episodio de anticoagulación o en el de ACXFA)
- Derivación a la consulta de enfermería para seguimiento al mes del inicio y posteriormente cada tres meses.
- Seguimiento analítico con la frecuencia indicada en la tarjeta en función del filtrado renal y la situación clínica del paciente
- Registro de los resultados en la tarjeta siempre que se realice analítica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1453

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2015-2019

- En el caso de los pacientes que ya estaban con estos fármacos la captación se hará en consulta médica o de enfermería coincidiendo con una visita o renovación de tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

.

7. OBSERVACIONES.

Conclusiones:

Ha aumentado el número total de pacientes con tratamientos anticoagulantes en nuestro Centro de Salud. Ha disminuido el número de pacientes en tratamiento anticoagulante con AVK mal controlados un 30% desde el inicio del proyecto. Continúa aumentando el número de pacientes con ACOD versus AVK, situándonos por encima de la media europea de prescripción de estos fármacos. Hemos comenzado a hacer un seguimiento protocolizado de los pacientes con ACOD, encontrándose ya dicho registro en casi el 60% de los pacientes. En conjunto, hemos mejorado la seguridad de los pacientes anticoagulados adecuando sus tratamientos a las indicaciones de las guías de práctica clínica, queda pendiente recoger en una encuesta la opinión de dichos pacientes, pero tras 5 años de seguimiento y dado el escaso margen de mejora restante decidimos dar por finalizado este proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1453 ===== ***

Nº de registro: 1453

Título

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018

Autores:

FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA, LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA, DIAZ LOBERA NIEVES, PEREZ VICENTE REBECA, SANTAMARIA PEREZ DE BURGOS MARIA EUGENIA, RUIZ FELIPE MARIA

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: ANTICOAGULACION.
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

DURANTE LOS ULTIMOS AÑOS, SE HAN INCORPORADO AL CAMPO DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES NUEVOS FARMACOS CON UN VALOR AÑADIDO, EN DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS, RECOGIDAS EN UN INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPEUTICO (IPT) DEL MINISTERIO DE SANIDAD UT/V4/23122013, QUE MEJORAN LA SEGURIDAD, LOS CIRCUITOS ASISTENCIALES, LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES Y EN DEFINITIVA LOS RESULTADOS DE SALUD. ESTE CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ANTICOAGULACIÓN NECESITA UN ABORDAJE CENTRADO EN EL PACIENTE, QUE IDENTIFIQUE A AQUELLOS QUE PODRIAN BENEFICIARSE DE LOS NUEVOS FARMACOS Y ASEGURE, QUE CUANDO SE UTILIZAN LOS ACOD: (ANTICOAGULANTE ORAL DE ACCION DIRECTA), AUNQUE NO PRECISAN MONITORIZACION, NO SE RELAJE SU SEGUIMIENTO, QUE DEBE SEGUIR SIENDO ESTRECHO Y REALIZARSE DE FORMA COORDINADA CON LAS UNIDADES DE COAGULACION Y EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LOS CENTROS; CONTANDO EN TODO MOMENTO CON LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL PACIENTE Y ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.
- 2.- CONOCER COMO HA MEJORADO LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES.

MÉTODO

- 1.- IDENTIFICACION DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIVITAMINA K (ACENOCUMAROL Y WARFARINA), MAL CONTROLADOS (QUE TIENEN < 60% DE DETERMINACIONES EN RANGO LOS ULTIMOS 6MESES).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1453

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2015-2019

- 2.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIVITAMINA K (ACENOCUMAROL Y WARFARINA), MAL CONTROLADOS QUE CUMPLEN CRITERIOS SEGUN EL IPT PARA CAMBIAR A ACOD.
- 3.- MODIFICACIONES DE TRATAMIENTO SI SE PRECISAN POR EL MEDICO DEL PACIENTE.
- 4.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD (DABIGATRAN, RIVAROXABAN, APIXABAN Ó EDOXABAN).
- 5.- IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO CONJUNTO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ACO POR MEDICOS Y ENFERMEROS CON VISITAS DE SEGUIMIENTO Y ENTREGA DE LA TARJETA DE SEGUIMIENTO, ASI COMO REGISTRO EN TAO-NET CUANDO SE IMPLANTE.
- 6.- SESIONES CLINICAS EN E.A.P. DE FORMACION EN EL MANEJO DE ANTICOAGULANTES, SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ACOD, ACTITUD EN SITUACIONES ESPECIALES...PRESENTACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO A MEDICOS Y ENFERMEROS.
- 7.- ACTIVIDAD FORMATIVA CON LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS Y/O CUIDADORES, INTEGRADO EN LAS ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD.
- 8.- ENCUESTA SOBRE LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA PRODUCIDA POR ACOD Y GRADO DE SATISFACCION DE USUARIOS.
- 9.- DISEÑO DE UN REGISTRO INFORMATIZADO PARA LA RECOGIDA DE RESULTADOS.

INDICADORES

- 1.- % PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTIVITAMINA K, QUE EN LOS ULTIMOS 6 MESES TIENEN <60% DE DETERMINACIONES INR EN RANGO.
- 2.- % PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTIVITAMINA K Y SITUACIONES CLINICAS EN LAS QUE EL IPT, RECOMIENDA SU PASO A ACOD.
- 3.-% PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD DEL TOTAL DE TRATADOS CON ANTICOAGULANTES ORALES.
- 4.- Nº DE SESIONES CLINICAS DE ACO REALIZADAS EN C.S.
- 5.- % DE PERSONAS QUE ASISTIERON A SESIONES.
- 6.- Nº PACIENTES/CUIDADORES QUE ASISTEN A REUNIÓN FORMATIVA.
- 7.-Nº DE TROMBOSIS REGISTRADAS EN PACIENTES TRATADOS.
- 8.- Nº SANGRADOS MAYORES:(QUE HAN REQUERIDO INGRESO HOSPITALARIO).
- 9.- % PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD, A QUE SE HA ENTREGADO TARJETA DE SEGUIMIENTO.
- 10.- % PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD INCLUIDOS EN TAO-NET (SI SE IMPLANTA).
- 11.- VALORACIÓN RESULTADOS ENCUESTA MEJORA CALIDAD DE VIDA ACOS Y GRADO DE SATISFACCIÓN PACIENTES.

DURACIÓN

- 1.- CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO Y DISEÑO DEL PROYECTO.(JUNIO).
- 2.- ENVÍO DEL PROYECTO.(22/06/2018).
- 3.- PRESENTACIÓN AL EAP DEL DISEÑO Y REGISTRO INFORMATIZADO.(JULIO).
- 4.- ENTREGA DE LISTADOS DE PACIENTES CON TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES.(A CADA PROFESIONAL LOS DE SU CUPO).(JULIO).
- 5.- TRABAJO DE CAMPO CON PACIENTES: VALORACIÓN DEL CONTROL ACTUAL, CAMBIOS DE TRATAMIENTO SI PROCEDE, SEGUIMIENTO SEGUN PROTOCOLO ESTABLECIDO Y VOLCADO DE DATOS EN EL REGISTRO CREADO. (JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, Y NOVIEMBRE).
- 6.- SESION CLINICA DE ACTUALIZACION EN ANTICOAGULACION Y RESOLUCION DE DUDAS EN LA RECOGIDA DE DATOS.(OCTUBRE).
- 7.- ACTIVIDAD FORMATIVA CON LOS PACIENTES Y/O CUIDADORES. (NOVIEMBRE).
- 8.- REALIZACIÓN ENCUESTAS DE MEJORA CALIDAD DE VIDA Y GRADO DE SATISFACCIÓN A PACIENTES.(NOVIEMBRE, DICIEMBRE).
- 9.- PROCESADO DE DATOS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS.(DICIEMBRE).
- 10.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS A EQUIPO Y A DIRECCION.(DICIEMBRE).

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 - 2018/1488

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ANA PILAR FUNES SABIRON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MARIA DE HUERVA
· Localidad MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PASCUAL BRUMOS ISABEL
CORONAS MATEO SONIA
CARA GRANADOS MARIA YOLANDA
GORDO YAGÜE PIEDAD
MAGALLON TORRES PILAR
CASTAÑO ROA LUIS JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha actualizado y unificado el contenidos de los carros de paradas y maletín de URG en el C,S. y en los consultorios de Cuarte Y Cadrete
Se ha establecido un protocolo de revisión y mantenimiento de las salas de URG de y maletín de URG de Maria de Huerva y Cuarte
--El servicio de admisión dispone de plantilla para adjudicar la atención URG por turnos rotatorios en aquellos consultorios que cuentan con 2 o más profesionales .
Se ha elaborado un documento donde se contemplan las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles. asi com el contenido del carro y maletín de URG Y distribuido entre los profesionales del C.S y se incluido en la Instrucción de Trabajo
Se ha realizado un curso de RCP
Se han actualizado los (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente y colocado en la salas de URG
Se ha informado al Equipo de la participación en este proyecto en distintas reuniones a lo largo del año .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Creación y difusión de un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro. (fuente de información (FI)(Existencia de Instrucción de Trabajo)
Existencia del documento Si
Indicador: Existencia de dicho documento Sí
Objetivo : Existencia de dicho documento Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo
Objetivo: Superior al 80% -si (se ha remitido por correo electrónico a los profesionales)

- Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80% -se cumple -
FI existencia de actas firmadas en C.S. y en dirección

Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80% Si
Los documentos han sido auditados de forma periódica, y se refleja en el resultado de la auditoria

Al tratarse de un centro ISO es auditado periódicamente, en 2018 se realizó la auditoria interna en noviembre, en 2019 todavía no se ha fijado fecha

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al tratarse de un centro con gran dispersión y mucha población, que continua en crecimiento, la atención de URG durante la jornada ordinaria supone un gran esfuerzo, sobretodo si exige desplazarse para cubrir a un compañero . Consensuar el documento era importante para que pudiese funcionar .
Debido al aumento de profesionales, tendremos que continuar mejorandolo y adaptandolo durante los próximos meses a las nuevas circunstancias

El Centro de Salud de María, forma parte de los centros ISO desde 2015, Presta atención Urgente las 24 h. del día,durante todo el año, y trabajan profesionales del equipo reforzados con personal sustituto,
El mantenimiento de la sala de URG y el maletín del coche a sido una prioridad desde 2015 destacando la colaboración de todo el Equipo en su mantenimiento.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1488

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1488 ===== ***

Nº de registro: 1488

Título
ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

Autores:
FUNES SABIRON ANA PILAR, PASCUAL BRUMOS ISABEL, CORONAS MATEO SONIA, MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS, CARA GRANADOS MARIA YOLANDA, GORDO YAGÜE PIEDAD, MAGALLON TORRES PILAR, CASTAÑO ROA LUIS JAVIER

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: Cualquier patología urgente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
-El C.S.de María de Huerva presta atención urgente las 24 h, todos los días del año. Desde 2015 se ha adscrito a las normas ISO por tanto mantiene la organización de la Sala de Urgencias, carro de paradas y maletín de Urg de acuerdo a dichas normas, precisando revisión y adecuación permanente para garantizar la atención adecuada, y la seguridad clínica de pacientes y profesionales
-Variabilidad en los criterios de atención urgente
-Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
-Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explícito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
-Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

RESULTADOS ESPERADOS
--Actualización de la Instrucción de Trabajo de las actividades del Servicio de Urgencias del C.S. de María de Huerva, (actualización de procedimientos, definir contenidos básicos del carro de paradas, sala de urgencias y maletín de urgencias en C. S y consultorios)
--Definir la propuesta organizativa estandarizada.
--Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
--Mejorar la eficiencia del sistema a través de un apropiado conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
--Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
--Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO
--Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
--Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
--Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.
--Situación en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

INDICADORES
--Creación y difusión de un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)
Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no
Objetivo : Existencia de dicho documento
Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo
Objetivo: Superior al 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1488

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

--FI: informe del centro y/o visita al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
--FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector
Objetivo 80%
--FI: informe del centro actas firmadas
Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%
--FI: informe del centro y/o visita al EAP

DURACIÓN
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto

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 - 2018/1564

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MERCEDES GONZALEZ SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MARIA DE HUERVA
· Localidad MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN
ALCALA BORDONABA MARIA
SANCHEZ LOPEZ MODESTA
ELVIRO MAYORAL LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entrevista con los docentes
Charla informativa a los padres
Charlas interactivas con los alumnos
Actividades diversas, audiovisuales, recreación de un mercado...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aprendizaje de alimentación sana y prevención de ella obesidad. Fomento del ejercicio físico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como hacer comprensible la importancia de la alimentación a los niños, y los que puede pasar si no se come de forma adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1564 ===== ***

Nº de registro: 1564

Título
HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA

Autores:
GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES, CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN, ALCALA BORDONADA MARIA, SANCHEZ LOPEZ MODESTA, ELVIRO MAYORAL LUIS

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: NINGUNA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El colegio demandó actividades para promover hábitos saludables psicoemocional

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir obesidad
- Conocer los alimentos nutricionales más saludables
- Promover conductas y actividades positivas durante las comidas
- Promover el trabajo en equipo

MÉTODO
- Entrevista con los docentes
- Charla informativa a los padres
- Charlas interactivas con los alumnos
- Actividades diversas: audiovisuales, recreación de un mercado...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1564

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA

INDICADORES

- Encuesta a los alumnos antes y después de la charla
- Valoración de los resultados

DURACIÓN

- Febrero: Muel, 4 sesiones / semanales
- Octubre: Cadrete, 2 sesiones
- Noviembre: Cuarte, 2 sesiones

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 - 2018/1564

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MERCEDES GONZALEZ SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MARIA DE HUERVA
· Localidad MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN
ALCALA BORDONABA MARIA
SANCHEZ LOPEZ MODESTA
ELVIRO MAYORAL LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Destinatarios; Escolares de 3 a 12 años
Taller realizado en Febrero 2019
Un taller cada semana
En la escuela de Muel
Duración de 9 a 15 horas

Entrevista con los docentes
Charla informativa a los padres
Charlas interactivas con los alumnos
Actividades diversas, audiovisuales, recreación de un mercado...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aprendizaje de alimentación sana y prevención de ella obesidad. Fomento del ejercicio físico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como hacer comprensible la importancia de la alimentación a los niños, y los que puede pasar si no se come de forma adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1564 ===== ***

Nº de registro: 1564

Título
HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA

Autores:
GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES, CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN, ALCALA BORDONADA MARIA, SANCHEZ LOPEZ MODESTA, ELVIRO MAYORAL LUIS

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: NINGUNA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El colegio demandó actividades para promover hábitos saludables psicoemocional

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir obesidad
- Conocer los alimentos nutricionales más saludables
- Promover conductas y actividades positivas durante las comidas
- Promover el trabajo en equipo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1564

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA

MÉTODO

- Entrevista con los docentes
- Charla informativa a los padres
- Charlas interactivas con los alumnos
- Actividades diversas: audiovisuales, recreación de un mercado...

INDICADORES

- Encuesta a los alumnos antes y después de la charla
- Valoración de los resultados

DURACIÓN

- Febrero: Muel, 4 sesiones / semanales
- Octubre: Cadrete, 2 sesiones
- Noviembre: Cuarte, 2 sesiones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1034

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ANA ISABEL MINGUEZA MOZAS
· 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

GIL DOMINGO ANDRESA

TORCAL POTENTE ANA

PEREZ VICENTE REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PARA CONSEGUIR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS HEMOS INFORMADO AL EQUIPO MEDIANTE SESIONES DE LA SELECCION MAS ADECUADA DE ANTIBIOTICOS SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO PROA-AP SECTOR III EN LAS INFECCIONES QUE VEMOS MAS FRECUENTEMENTE EN AP.

LA SESION DE INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS NO SE HA REALIZADO TODAVIA YA QUE ESTA PENDIENTE LA ACTUALIZACION DE LA GUIA AUTONOMICA DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN AP PARA ESTAS PATOLOGIAS TAMBIEN SE HA INTENTADO INFORMAR A POBLACION MEDIANTE CARTELES INFORMATIVOS EN LAS SALAS DE ESPERA DEL CENTRO DE SALUD Y LOS CONSULTORIOS LOCALES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

BASANDONOS EN LOS INFORMES QUE ENVIA PERIODICAMENTE EL SALUD HEMOS CONSEGUIDO NUESTROS OBJETIVOS DE DISMINUIR EL CONSUMO DE ANTIBIOTICOS DE USO SISTEMICO DHD PASANDO DE UN 16.4 EN 2018 A 13.9 EN 2019 (UNA REDUCCION MAYOR DE UN 2% QUE ERA NUESTRO OBJETIVO).

TAMBIEN HEMOS CONSEGUIDO REDUCIR EL CONSUMO DE FLUORQUINOLONAS DE UN 11.6% A UN 6.8% (REDUCCION TAMBIEN MAYOR DEL 2% QUE ERA NUESTRO OBJETIVO).

LA ASISTENCIA A SESIONES CLINICAS POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO AL QUE INICIALMENTE IBAN DIRIGIDAS (AUNQUE A VECES CONTAMOS TAMBIEN CON LA PRESENCIA DE PERSONAL DE ENFERMERIA) FUE SUPERIOR AL 60% (BASANDONOS EN LA RECOGIDA DE FIRMAS DURANTE LAS SESIONES). LA ASISTENCIA A LAS SESIONES ES MAS DIFICIL DE MEJORAR DADAS LAS CARACTERISTICAS DEL CENTRO DE SALUD DE MARIA QUE TIENE MUCHA DISPERSION Y CONSULTAS CON MUCHA PRESION ASISTENCIAL EN CONSULTORIOS COMO CADRETE O CUARTE. A LOS PROFESIONALES QUE NO PUEDEN ACUDIR ESE DIA A LA SESION POR LA DEMANDA ASISTENCIAL SE LE DA POR ESCRITO LA INFORMACION DE LA SESION Y EL COMPROMISO DE LOS COMPAÑEROS HA SIDO MUY POSITIVO COMO SE PUEDE VER EN LOS RESULTADOS ALCANZADOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA VALORACION DEL EQUIPO DE MEJORA ES MUY POSITIVA, LA RESPUESTA DE LOS PROFESIONALES HA SIDO DE COMPROMISO Y NOS SIRVE A TODOS PARA SER CONSCIENTES DE UN PROBLEMA Y UNIFICAR NUESTRA ACTUACION SIGUIENDO LAS DIRECTRICES QUE MARCA PROA-AP SEGUN LAS RESISTENCIAS A ANTIMICROBIANOS DE NUESTRO SECTOR.

QUEDA PENDIENTE EL INTENTAR LLEVAR LA INFORMACION TAMBIEN A LOS MAC DEL CENTRO DE SALUD PARA CONSEGUIR TAMBIEN SU IMPLICACION EN EL PROYECTO.

EL TRABAJO SOBRE ANTIBIOTICOS EN AP DEBE SER UN TRABAJO EN EQUIPO Y CON SESIONES Y VALORACIONES PERIODICAS YA QUE HAY MAS CAMPOS DE MEJORA Y LOS TRATAMIENTOS DE ELECCION PUEDEN IR CAMBIANDO SEGUN EVOLUCIONEN LAS RESISTENCIAS A

AB... POR LO QUE EL TRABAJO COORDINADO CON LOS SERVICIOS DE FARMACIA, INFECCIOSAS, MICROBIOLOGIA, PEDIATRIA, AP... ES FUNDAMENTAL PARA CONSEGUIR NUESTRO OBJETIVO GLOBAL QUE ES LA DISMINUCION DE LAS RESISTENCIA A

AB EN NUESTRO MEDIO Y A NIVEL GLOBAL. TAMBIEN QUEDA PENDIENTE LAS ACTUACIONES FUERA DE LA CONSULTA MEDICA SOBRE DENTISTAS, VETERINARIOS... Y TODOS PROFESIONALES QUE PUEDAN PRESCRIBIR UN ANTIBIOTICO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1034 ===== ***

Nº de registro: 1034

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE MARIA DE HUERVA

Autores:
MINGUEZA MOZAS ANA ISABEL, GIL DOMINGO ANDRESA, TORCAL POTENTE ANA, PEREZ VICENTE REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1034

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE MARIA DE HUERVA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO

1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES

% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 18,8 (reducción de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje de DDD Fluorquinolonas. Objetivo 2019: 9,5% (reducción de 2 % respecto a 2018)
Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos

DURACIÓN

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1058

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO DE EXTRACCION DE SANGRE A DOMICILIO

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE MARIVEL GASCON VAL
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR
SANCHEZ GARCIA ALICIA
CAVERO PEREZ INMACULADA
LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL
MATEO OLMOS RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Creado un grupo de trabajo para detectar fallos.
-Establecido protocolo de extracción a domicilio en residencias geriátricas y procedimiento de mejora si se precisa.
-Establecido indicadores de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han alcanzado los objetivos del proyecto.
-No hemos sobrepasado el número de extracciones al año, que no se pudiesen entregar a tiempo para su transporte a laboratorio.
-El 95% de pacientes estaban preparados cuando la enfermera llegó al domicilio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con este proyecto, hemos conseguido, no tener demoras de extracciones a domicilio por la agrupación de los pacientes en Residencias, y por proximidad de domicilio. Los pacientes con previo aviso, estaban preparados y no se ha creado demora en el transporte de las muestras a laboratorio.
Hemos optimizado tanto recursos humanos como materiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1058 ===== ***

Nº de registro: 1058

Título
MEJORAR EL PROCESO DE EXTRACCION DE SANGRE A DOMICILIO

Autores:
GASCON VAL MARIVEL, FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR, SANCHEZ GARCIA ALICIA, CAVERO PEREZ INMACULADA, LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL, MATEO OLMOS RAQUEL

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: asistencia domiciliaria
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta la necesidad en la población de nuestro Centro de Salud Miralbueno-Garrapinillos, de reorganizar los avisos de extracción de sangre a domicilio. Dada la dispersión geográfica y los pacientes inmovilizados, crónicos complejos pertenecientes a nuestra zona básica de salud, para poder atenderlos de manera adecuada, precisamos para ello, optimizar y mejorar los recursos existentes en el Centro de Salud, buscando la implicación de la Comunidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1058

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO DE EXTRACCION DE SANGRE A DOMICILIO

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar en la calidad de la asistencia
- Mejora de la gestión de los recursos

MÉTODO

- Crear un grupo de trabajo para detectar fallos.
- Establecer protocolo de extracción a domicilio en residencias geriaticas y procedimiento de mejora si se precisa.
- Establecer indicadores de mejora.

INDICADORES

- Crear un grupo de trabajo con 2 actas como mínimo anterior a la puesta en marcha del proyecto.
- No sobrepasar en dos extracciones al año, que no se puedan llegar a, entregar a tiempo para su transporte a laboratorio.
- Llegar al 70% de los pacientes que estén disponibles a tiempo cuando llega el enfermero al domicilio.

DURACIÓN

- 10/04/2019 primera reunión del Responsable del Proyecto con sus colaboradores.
- 30/04/2019, descripción del proyecto y reunión para comunicar resultados a los integrantes.
- 30/05/2019 lanzamiento (acuerdos de gestión)
- 01/09/2019 fecha prevista para su inicio.

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 - 2018/0631

1. TÍTULO

ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA RODRIGUEZ ESCUREDO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRIMA MOLINER JOSE LUIS
POBES LACRUZ MARIA JESUS
FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- En primer lugar se decide el grupo de trabajo
- Se priorizan los temas a desarrollar en las sesiones del centro de salud.
- Se considera la posibilidad de incluir estas actividades en el proyecto de calidad de lactancia materna.
- PLantear al E.A.P. que puntos desarrollar en el próximo año

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- Establecer calendario de sesiones de patologia de espalda en el centro de salud:
- Sndr Pudendo - 18/04/2018
- Tendinitis calcificantes .- 17/09/2018
- Sndr del Piramidal - 26/09/2018.
- Protocolo de derivación primaria - especializada en tratamiento de fisioterapia
2.- Desarrollar sesiones de tipo práctico para los `profesionales del centro de salud.
- Asociar estas actividades en el proyecto de mejora de lactancia materna. Siendo responsables la Matrona Mª Jesús Pobes Lacruz Y Cristina Rodriguez Escudero . Sesion clinica de 02/05/2018.

3.- Se decide implementar una serie de sesiones de escuerla de espalda prácticas desarrolladas por las fisioterapeutas del centro de salud y dirigidas a los profesionales del centro de salud a desarrollar antes de Juno de 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Han sido satisfactorias para el E.A.P., con alto grado de participación
Es eficaz asociarse con otros proyectos de calidad ya que ello aumenta la implicación de los profesionales
Se considera necesario seguir con el proyecto ante la solicitud de los miembros del E.A.P. de seguir con actividades de espalda saludable

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/631 ===== ***

Nº de registro: 0631

Título
ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA

Autores:
RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA, GRIMA MOLINER JOSE LUIS, POBES LACRUZ MARIA JESUS, MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO, FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0631

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DE ESPALDA

PROBLEMA

La patología de espalda es uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria. No sólo en número de pacientes sino también en la frecuentación e intensidad de uso. Así mismo es uno de los motivos mas frecuentes de baja laboral. Se ha dotado al centro de salud de una Fisioterapeuta, esta circunstancia hace que podamos enfrentar este problema como una oportunidad de mejora en la asistencia de los pacientes y en usar este recurso de la manera mas efectiva posible

RESULTADOS ESPERADOS

Dotar a los profesionales de medicina y enfermería de la formación adecuada para poder atender a los pacientes con mayor calidad, implementando medidas de educación para la salud en la patología dolorosa de columna, en la consulta diaria

MÉTODO

- Establecer calendario de sesiones de patología de espalda en el centro de salud
- 2.- Desarrollar sesiones de tipo práctico para los `profesionales del centro de salud
- 3.- Dotar a los profesionales de material del material didáctico correspondiente
- 4.- Sesión clínica de medicina y enfermería donde se detallen propuestas de Implementación en la consulta diaria
- 5.- Establecer un calendario de sesiones clínicas del E.A.P. Con la fisioterapeuta para consultar patologías y establecer posibles pautas de actuación
- 6.-Establecer periodicidad de sesiones teórico practicas del E.A.P. Sobre escuela de espalda

INDICADORES

Calendario de sesiones teórico practicas del E.A.P.hasta 2019 --- mas de tres sesiones

DURACIÓN

- Establecer calendario de sesiones de patología de espalda en el centro de salud-----enero 2018
- 2.- Desarrollar sesiones de tipo práctico para los `profesionales del centro de salud -----febrero 2018
- 3.- Dotar a los profesionales de material del material didáctico correspondiente -----febrero 2018
- 4.- Sesión clínica de medicina y enfermería donde se detallen propuestas de Implementación en la consulta diaria ----- marzo 2018 a febrero de 2019
- 5.- Establecer un calendario de sesiones clínicas del E.A.P. Con la fisioterapeuta para consultar patologías y establecer posibles pautas de actuación ----- Junio 2018
- 6.-Establecer periodicidad de sesiones teórico practicas del E.A.P. Sobre escuela de espalda ----de Octubre 2018 a junio 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0631

1. TÍTULO

ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA

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 - 2018/0635

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIAS EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 22/01/2019

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.
CHABAR BOUDET ALICIA YUMEN
LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL
MATEO OLMO RAQUEL
LOPEZ HERVAS CRISTINA
LOMBAR GIMENO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Establecer grupo de profesionales que vayan a hacer ecografías:

Lo forman:

- Dra. Lombar
- Dra. Chabbart
- Dr. Montiu
- Dr. Grima

Integramos en el grupo a los médicos internos residentes.

2.- Todos han recibido el curso de formación de ecografía realizado por el Sector.

3.- Establecer la secuencia y orden de procesos

- 1. Conocimiento del ecógrafo, sesiones conjuntas de los profesionales, iniciándonos en el conocimiento y uso de la botonería del aparato.

Se habilita un espacio de tiempo en nuestra agenda, decidiendo que será los miércoles a primera hora. Se desarrollará de manera conjunta por todos los médicos del proyecto. Teniendo en cuenta que esto no exime de la actividad asistencial

El tiempo habilitado para ello será de dos meses

- 2.- Realizaremos las primeras ecografías, usándonos a nosotros mismos de modelos o a estudiantes o residentes. No se establece un tiempo específico para esto ya que depende de múltiples factores algunos de ellos individuales que hacen difícil valorar este periodo

- 3.- Establecer una agenda de ecografías.

Las primeras ecografías indicadas a los pacientes las realizaremos conjuntamente .Se dedicarán 1,5 h horas semanales, los miércoles, en horario de 8,30 a 10 horas.

4.- Posteriormente se desarrollará una agenda definitiva.

Objetivos de la agenda:

- Optimizar los tiempos de asistencia
- Evitar colisiones entre las agendas de los Profesionales
- Estandarizar el proceso de citación:

5.- Estandarizar el proceso de citación:

- Realizar la citación desde las órdenes clínicas de la historia clínica electrónica.

- Citar en la agenda de ecografía, denominada Pool ecografías A.P.

- Establecer sistema de citaciones desde admisión. Indicándoles a los pacientes las condiciones en las que tiene que venir, recordándoles la toma de medicación si esta está indicada en la citación y la hora de realización de la ecografía.

- Gravar la ecografía en la H.C.E. Cuando esto sea posible

- Informar la ecografía, en la historia clínica OMI, en el espacio de la petición de la ecografía y así mismo se informará si el profesional lo considera en la H.C.E.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este momento se han alcanzado todos los objetivos, excepto el poder gravar la ecografía y el informe en la historia clínica electrónica, ya que esta posibilidad no depende de nosotros sino de informática que pese a nuestras solicitudes no ha conectado el ecógrafo con el servidor del clínico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La buena respuesta de los profesionales de atención primaria en participar en el aumento de capacidad resolutive de las demandas de los pacientes

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/635 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0635

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIAS EN EL CENTRO DE SALUD

Nº de registro: 0635

Título
IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
GRIMA MOLINER JOSE LUIS, CHABART BOUDET ALICIA YUMEN, LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL, LAINEZ MARTINEZ SARA, SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA, MATEO OLMOS RAQUEL, LOPEZ HERVAS CRISTINA, LOMBAR GIMENO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En febrero de 2018 se dotó al E.A.P. De un ecógrafo.
Esto implica una nueva actividad asistencial en el centro de salud. Esto hace necesario, en un primer momento promocionar y estimular a los profesionales para desarrollar un proceso asistencial nuevo e implementar esta actividad en el centro de salud

RESULTADOS ESPERADOS
Incluir la ecografía dentro de los procedimientos diagnósticos del centro de salud, con una calidad suficientemente alta, para desarrollarla con unas garantías adecuadas a toda la población

MÉTODO
1.-Seleccionar el grupo de profesionales interesados en el proceso
2.- Acudir a las sesiones de formación organizadas por la gerencia
3.-Estimular el aprendizaje y el uso del ecógrafo en el centro de salud
4.- Valorar horarios de realización de ecografías
5.- Establecer una agenda para citas de ecografías
6.- Valorar entre los profesionales la caustica atendida y situaciones especiales y ordinarias en el desarrollo de las ecografías
7.- Valorar las nuevas necesidades de formación
8.- Revalorar la implantación del nuevo servicio y la agenda

INDICADORES
Establecer agenda de citas, para ecografía si/ no
Establecer agenda de días ecografías de formación si/ NO

DURACIÓN
1.-Seleccionar el grupo de profesionales interesados en el proceso
----- enero y febrero 2018
2.- Acudir a las sesiones de formación organizadas por la gerencia
----- febrero 2018
3.-Estimular el aprendizaje y el uso del ecógrafo en el centro de salud
--- de marzo a noviembre de 2018
4.- Valorar horarios de realización de ecografías
----- de marzo a junio 2018
5.- Establecer una agenda para citas de ecografías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0635

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIAS EN EL CENTRO DE SALUD

-----de marzo a noviembre 2018

6.- Valorar entre los profesionales la caustica atendida y situaciones especiales y ordinarias en el desarrollo de las ecografías
----- nov 2018

7.- Valorar las nuevas necesidades de formación
----- abril 2018

8.- Revalorar la implantación del nuevo servicio y la agenda
----- noviembre 2018

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 - 2018/0636

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE CARMEN NAVARRO ZAPATA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ ESPLIGARES LAURA
FERRER MUÑOZ PILAR
GARCIA ENTRENA MERCEDES
LOPEZ HERVAS CRISTINA
HERAS GIRONELLA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elección de un grupo de trabajo:
-MARTINEZ ESPLIGARES LAURA.
· FERRER MUÑOZ PILAR.
· GARCIA ENTRENA MERCEDES.
· LOPEZ HERVAS CRISTINA.
· HERAS GIRONELLA MERCEDES

Posteriormente se unieron médicoas residentes, que no estan incluidos en el grupo de trabajo

2.- Motivación de los profesionales del centro de salud

Se realizó una sesion clinica informando del Proyecto de salud. Con fecha 21 /02/2018
Posteriormente se desarrolló en el centro de salud la misma sesión práctica que se desarrolaría en los colegios.
Con fecha 21/03/2018

5.- Contactar con los colegios de la Zona Básica, proponiéndoles la actividad y establecer las fechas de la actividad.
Se contacto con los colegios y las AMPAs, que organizaron la actividad en sus respectivos colegios

6.-Desarrollo de las actividades en los colegios ..
En el mes de mayo se desarrolló la actividad en 2 colegios, en horario de mañana . lo que dificultó la actividad asistencial

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos palnteados en este proyecto, eran establecer un grupo de trabajo, plantaera una sesion informativa ene l centro y motivacional desarrollando la actividad para los profesionales y desarrollar la actividad en el colegio
Los ptres indicadores se cumpñlieron de manera que consideramos el proyecto cumplido

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La promoción de la salud es una de las actividades prioritarias de un E.A.P. Actuar en este sentido sobre población infantil, sus padres y sus profesores, en el entorno escolar es una actividad que puede tener alto grado de ganancia de estándares de salud.
Consideramos recomendable continuar esta actividad incluyendo las modificaciones que se vayan planteando

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/636 ===== ***

Nº de registro: 0636

Título
PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD

Autores:
NAVARRO ZAPATA CARMEN, MARTINEZ ESPLIGARES LAURA, FERRER MUÑOZ PILAR, GARCIA ENTRENA MERCEDES, LOPEZ HERVAS CRISTINA, HERAS GIRONELLA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0636

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología cardiovascular actualmente continúa siendo una de las mayores causas de mortalidad y de patología crónica.
La promoción de la salud es una de las actividades prioritarias de un E.A.P. Actuar en este sentido sobre población infantil, sus padres y sus profesores, en el entorno escolar es una actividad que puede tener alto grado de ganancia de estándares de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Desarrollar en ambiente escolar un actividad educativa dirigida a saber interpretar las etiquetas de los productos alimentarios que se encuentran en el comercio

MÉTODO
1. Elección de un grupo de trabajo
2.- Motivación de los profesionales del centro de salud
3.- Sesión clínica en el C. Salud dirigida a los profesionales y estudiantes del centro desarrollando el proyecto
4.-Sesion clínica desarrollando la actividad a desarrollar en los colegios
5.- Contactar con los colegios de la Zona Básica, proponiéndoles la actividad y establecer las fechas de la actividad
6.-Desarrollo de las actividades en los colegios .

INDICADORES
Establecer grupo de trabajo
Si/no
I
Sesión clínica en C.S. a los profesionales
SI/NO

Actividad comunitaria
Si/NO

DURACIÓN
1. Elección de un grupo de trabajo----- febrero 2018
2.- Motivación de los profesionales del centro de salud -- febrero - marzo 2018
3.- Sesión clínica en el C. Salud dirigida a los profesionales y estudiantes del centro desarrollando el proyecto ----- marzo 2018
4.-Sesion clínica desarrollando la actividad a desarrollar en los colegios -----abril 2018
5.- Contactar con los colegios de la Zona Básica, proponiéndoles la actividad y establecer las fechas de la actividad ----- abril 2018
6.-Desarrollo de las actividades en los colegios .----- mayo 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0636

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD

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 - 2018/0648

1. TÍTULO

ATENCION AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 24/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE LOMBAR GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ HERVAS CRISTINA
SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL
SANCHEZ GARCIA ALICIA
LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-1. Nombrar equipo de trabajo formado por medicina y enfermería
abril 2018 ----Maria José Lombar
-2. Diseñar el proyecto y Check list
Mayo a junio 2018 ---- Cristina Sarasa Larrodé
----- José Gabriel Sebastian Belanche
-3. Establecer indicadores
mayo a junio 2018 -- Cristina Sarasa Larrode
-- Mª José Lombar Gimeno

-4.- Valorar las necesidades de formación y motivación de los profesionales
junio 2018 ---- Sesión clínica Cristina Lopez Hervas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
indicadores:

- Diseñar check list de asistencia: Se diseñó un Check list de asistencia al dolor torácico
- Tiempo entre solicitud de asistencia hasta ealizar E.C.G. > de 10 minutos
Se detectaron 8 dolores torácicos, de los cuales 6 entraron en el protocolo de actuación y 2 no fueron incluidos.
En ninguno de los casos atendidos el tiempo de espera hasta realizar el ECG fue superior a los 10 minutos
El motivo de no incluir a estos 2 dolores torácicos, se considero que fue el hecho de ser atendido por
profesionales sustitutos que no conocían la existencia del circuito asistencial

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La atención a la patología urgente en el centro de salud requiere motivación y participación de todos los
profesionales del centro de salud.
Para establecer una correcta atención a la patología urgente consideramos que solo es preciso establecer un
protocolo de actuación sino que este sea conocido por todos los profesionales y que haya un responsable de
recordarlo al personal no habitual.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/648 ===== ***

Nº de registro: 0648

Título
ATENCION AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
LOMBAR GIMENO MARIA JOSE, LAINEZ MARTINEZ SARA, SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA, LOPEZ HERVAS CRISTINA, SEBASTIAN
BELANCHE JOSE GABRIEL, SANCHEZ GARCIA ALICIA, LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0648

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención a la patología urgente en el centro de salud requiere motivación y participación de todos los profesionales del centro de salud.

Para establecer una correcta atención a la patología urgente consideramos que es preciso establecer un protocolo de actuación.

La cardiopatía isquémica es una de las mayores causas de mortalidad en nuestro medio, por lo que hemos priorizado en primer lugar el dolor torácico con la intención de mejorar la calidad asistencial de dicha patolo

RESULTADOS ESPERADOS

- Motivar al personal del centro de salud en la atención de la patología urgente
- Establecer procesos de actuación óptimos en la valoración precoz de esta patología.
- Establecer indicadores fácilmente medibles y que nos permitan evaluar el proceso asistencial

MÉTODO

- 1.- Nombrar equipo de trabajo formado por medicina y enfermería
- 2.- Diseñar el proyecto
- 3.- Establecer indicadores
- 4.- Valorar las necesidades de formación y motivación de los profesionales
- 5.- Determinar los procesos asistenciales
- 6.- Comunicar al equipo de atención primaria
- 7.- Evaluar los resultado obtenidos

INDICADORES

Valorar tiempo de actuación --

De solicitud de asistencia hasta ealizar E.C.G. > de 10 minutos

Diseñar check list de asitencia
Si/No

DURACIÓN

- 1.- Nombrar equipo de trabajo formado por medicina y enfermería
- abril y mayo 2018 ---María José Lombar

- 2.- Diseñar el proyecto

- Mayo a junio 2018----Sara Laínez Martínez
José Gabriel Sebastian Belanche

- 3.- Establecer indicadores

- mayo a junio 2018 -- Michelle Soler perez
-Sara Laínez Martínez

- 4.- Valorar las necesidades de formación y motivación de los profesionales

-- junio a agosto 2018 ----Maria José Lombar Gimeno
Miguel Ángel Labara SanJuan

- 5.- Determinar los procesos asistenciales

-- agosto a octubre 2018 --Cristina López Hervás
José Gabriel Sebastian Belanche

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0648

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD

6.-Comunicar al equipo de atención primaria

- Octubre 2018 -- José Gabriel Sebastian Belanche
Miguel Ángel Labara SanJuan

7.- Evaluar los resultado obtenidos

- abril 2019--- José Gabriel Sebastian Belanche
Miguel Ángel Labara SanJuan

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 - 2018/0653

1. TÍTULO

AUMENTAR LA CAPACITACION Y LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO-GARRAPINILLOS, EN LA PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS POBES LACRUZ
· Profesión MATRONA
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAQUERO CALLEJA NATALIA
GARCIA ENTRENA MERCEDES
MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO
MARTINEZ ESPLIGARES LAURA
RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
14/2/18. Sesión al equipo de salud sobre MITOS DE LA LACTANCIA MATERNA. Ponente: Natalia Vaquero. Presentación.
2/5/2018. Sesión al equipo de salud sobre el INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA. Ponente: Maria Jesus Pobes.
30/5/2018. Sesión al equipo de salud sobre IMPORTANCIA DE LA POSICIÓN DEL NIÑO AL MAMAR. Ponente: Maria Jesus Pobes.
29/6/2018. Sesión al equipo de salud sobre PATOLOGIA DURANTE LA LACTANCIA MATERNA. Ponente: Jose Antonio Montiu.
24/10/18. Sesión al equipo de salud sobre TRATAMIENTO DE MASTITIS. Ponente: Maria Jesus Pobes.
28/11/2018. Sesión al equipo de salud sobre BANCOS DE LECHE MATERNA. Ponente: Mercedes Garcia y Ana Barea.
16/1/2019. Sesión al equipo de salud sobre HIGIENE POSTURAL DURANTE LA LACTANCIA MATERNA Y PORTEO. Ponente: Cristina Rodriguez.
Todas las sesiones han sido con presentación, vídeos y material de educación maternal (pezoneras, muñecos...)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos realizado 7 sesiones al equipo y el standard marcado era de 6 sesiones anuales.
Encuestas de valoración a los asistentes de las sesiones. Gran interés y valoración de todos los componentes del equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se valora positivamente el aprendizaje sobre los temas de lactancia incluidos en las sesiones. Quedan pendientes varios temas por tratar: lactancia en situaciones difíciles, en embarazos múltiples, con determinadas patologías...

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/653 ===== ***

Nº de registro: 0653

Título
AUMENTAR LA CAPACITACION Y LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO-GARRAPINILLOS, EN LA PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

Autores:
POBES LACRUZ MARIA JESUS, VAQUERO CALLEJA NATALIA, GARCIA ENTRENA MERCEDES, MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO, MARTINEZ ESPLIGARES LAURA, RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0653

1. TÍTULO

AUMENTAR LA CAPACITACION Y LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO-GARRAPINILLOS, EN LA PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

PROBLEMA

La incertidumbre y falta de conocimientos e información respecto a la lactancia materna en embarazadas y madres que dan el pecho, lo cual genera ansiedad y frustración.

Dada la importancia de la lactancia materna como herramienta de salud pública, es importante que todos los profesionales del centro de salud estén bien formados en todo lo relativo a la lactancia materna (inicio, duración, falsos mitos, promoción, compatibilidad con medicamentos, etc...)

RESULTADOS ESPERADOS

Capacitar a todos los trabajadores del centro de salud en habilidades y conocimientos para que puedan fomentar y apoyar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y complementaria hasta los dos años o mas. Continuar en la formación sobre lactancia materna.

Población diana: todos los trabajadores del centro de salud.

MÉTODO

Continuación con el grupo de trabajo multidisciplinar en apoyo y promoción de la lactancia materna.

Reuniones del grupo de trabajo: al menos 6 al año.

Talleres de formación y capacitación en lactancia materna para los diferentes estamentos de trabajadores del centro de salud. Ofertar al menos 6 sesiones formativas al equipo.

INDICADORES

Encuesta antes y despues de cada taller para valorar los conocimientos y destrezas adquiridas en los mismos.

Actas de todas las reuniones y de los talleres formativos.

DURACIÓN

Duración : De abril 2018, hasta abril 2019.

Anualmente: valorar la continuación del grupo de trabajo.

Responsable de implantación: Maria Jesus Pobes Lacruz, matrona del centro de salud.

Talleres formativos por estamentos (personal admisión, auxiliar y celador, enfermería y médicos):

1.- En abril, mayo y junio 2018--SI/NO.

2. En octubre, noviembre 2018 y febrero, marzo 2019--SI/NO.

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 - 2018/0676

1. TÍTULO

DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ALICIA YUMEN CHABBAR BOUDET
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARA SAJUAN MIGUEL ANGEL
LOPEZ HERVAS CRISTINA
SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Detección del punto de partida. Se partió de los resultados de Pacto de gestión de enero de 2017

2.- Establecimiento de objetivos,
Nº de pacientes crónicos entre 35 y 74 años con detección de RCV/Nº de paciente crónico---- de -66,83% a --68%
RCV en fumadores:
Nº de personas fumadoras entre 35 y 74 años atendidas en AP con RCV calculado/Nº personas fumadoras entre 35 y 74 años de -- 53,16% a -- 56,00%

3.-Elaboración del plan de mejora de mejora e informativa del proyecto de calidad. Se desarrolla el 27/06/2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El Indicador de riesgo cardiovascular, en paciente crónico mejoró 3,59 % con respecto al año anterior. El proyecto se presentó en junio y la evaluación del mismo es en Enero por lo que sería conveniente revalorarlo en junio. La valoración del riesgo cardiovascular en fumador no ha sido posible ya que la explotación de datos informáticos esta fuera de nuestras posibilidades, al carecer del programa PROSA, de explotación de datos de OMI ya que depende de informática del sector, pero seguiremos insistiendo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

la mejora por parte de los profesionales del centro de la detección de RCV y del control de los principales factores de riesgo modificables para poder poner en marcha las adecuadas actuaciones de prevención primaria o secundaria según el caso

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/676 ===== ***

Nº de registro: 0676

Título
DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR

Autores:
CHABBAR BOUDET ALICIA YUMEN, LABARA SAJUAN MIGUEL ANGEL, LOPEZ HERVAS CRISTINA, SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares sanitaria y en especial la la cardiopatía isquémica (CI) y la enfermedad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0676

1. TÍTULO

DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR

cerebrovascular, constituyen la primera causa de muerte a nivel de la población española, tienen una elevada incidencia, son fuente importante de discapacidad y poseen gran repercusión en los costes de la asistencia

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto se basa en la mejora por parte de los profesionales del centro de la detección de RCV y del control de los principales factores de riesgo modificables para poder poner en marcha las adecuadas actuaciones de prevención primaria o secundaria según el caso.

MÉTODO

- 1.- Detección del punto de partida
- 2.- Establecimiento de objetivos
- 3.-Elaboración del plan de mejora de mejora
- 4.- Sesión clínica informativa del plan
- 5.- Captación del paciente crónico y detección de RCV
- 6.-Seguimiento según RCV del paciente

INDICADORES

RCV en pacientes cronicos:

Nº de pacientes crónicos entre 35 y 74 años con detección de RCV/Nºde paciente crónico---- de -66,83% a --68%

RCV en fumadores:

Nº de personas fumadoras entre 35 y 74 años atendidas en AP con RCV calculado/Nº personas fumadoras entre 35 y 74 años de -- 53,16% a -- 56,00%

DURACIÓN

- 1.- Detección del punto de partida.
-- DE FEBRERO A MAYO 2018 --1. Dra. Chabbar
- 2.- Establecimiento de objetivos
-- DE MAYO A JUNIO 2018 -- Dra. Chabbar
- 3.-Elaboración del plan de mejora de mejora
-- DE JUNIO A SEP DE 2018 -- 4. Gabriel Sebastian
- 4.- Sesión clínica informativa del plan.
- SEP 2018 - MIGUEL ÁNGEL LABARA
- 5.- Captación del paciente crónico y detección de RCV
- DE OCT DEL 2018 A OCT DEL 2019 -- Dra. Chabbar
- 6.- Valoración del proyecto
-- DIC 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0676

1. TÍTULO

DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR

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 - 2018/0683

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION Y MANTENIMIENTO

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE CARMEN GIL UÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ACIN LACASA MARTA
VENTURA LABORDA BEATRIZ
ORTEGA LARRODE CRISTINA
ALVAREZ MODREGO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Formar un grupo de trabajo con un responsable y miembros de los diferentes estamentos del centro de salud. El grupo de trabajo lo formaron los responsables del proyecto

2.- Crear un inventario con el contenido de la sala de urgencias: material farmacológico y no farmacológico. Revisión anual del inventario.

3.- Crear un calendario mensual con los responsables de la revisión y el registro de funcionamiento del aparataje: ECG, esfingomanómetro, pulsioxímetro, nebulizador.

4.- Establecer contenido del carro de curas. Ordenar el carro de curas y reponer el material que falte, con periodicidad semanal.

5.- Revisar fechas de caducidad de medicación en la sala y en el maletín de urgencias con una periodicidad mensual.

6.- Dejar la sala limpia y preparada para el siguiente uso.

7.- Revisar balas de oxígeno con periodicidad mensual.

8.- Sesión informativa a todo el personal de centro.

9.- Reevaluación del funcionamiento de la sala de urgencias y su contenido en 8 meses.

10.- Establecer un sistema de recogida de incidencias para registrar los fallos detectados en el cumplimiento del proceso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se inventarió el material que en ese momento había y se incrementó con el que se considero importante incluir, que se cerró en mayo de 2018
- Crear un calendario mensual con los responsables de la revisión y el registro de funcionamiento del aparataje, y revisar balas de oxígeno con periodicidad mensual conseguido en mayo 2018
- Establecer contenido del carro de curas. Ordenar el carro de curas y reponer el material que falte, con periodicidad semanal en mayo de 2018
- Sesión informativa a todo el personal de centro. Se desarrolló el 6/03/2018 - Reevaluación del funcionamiento de la sala de urgencias y su contenido en 8 meses. Se desarrollará en marzo de 2019
- Establecer un sistema de recogida de incidencias para registrar los fallos detectados en el cumplimiento del proceso. Se planteó para marzo 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La demanda asistencial urgente, no es en absoluto extraña en un centro de salud. Ello implica que el centro de salud tiene que proveerse de unas instalaciones adecuadas a tal efecto, con los recursos en calidad, forma y cantidad adecuadas para facilitar la asistencia sanitaria en situación de urgencia y emergencia. Siendo unas de las actividades preferentes y que tienen que tener un responsable designado. Establecer la valoración de las caducidades de medicación en la sala y en el maletín de urgencias con una periodicidad mensual. junio 2018

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0683

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION Y MANTENIMIENTO

*** ===== Resumen del proyecto 2018/683 ===== ***

Nº de registro: 0683

Título
SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION Y MANTENIMIENTO

Autores:
GIL ÚÑEZ CARMEN, ACIN LACASA MARTA, LOPEZ HERVAS CRISTINA, VENTURA LABORDA BEATRIZ, ORTEGA LARRODE CRISTINA, LAINEZ MARTINEZ SARA, SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA

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: Urgencias
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La demanda asistencial urgente, no es en absoluto extraña en un centro de salud. Ello implica que el centro de salud tiene que proveerse de unas instalaciones adecuadas a tal efecto, con los recursos en calidad, forma y cantidad adecuadas para facilitar la asistencia sanitaria en situación de urgencia y emergencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Implicar a los profesionales sanitarios para establecer los mecanismos oportunos para conseguir un adecuado mantenimiento y reposición de los recursos necesarios para la atención sanitaria de urgencia y emergencia tanto en el centro de salud como en los avisos a domicilio.

- MÉTODO
- 1.- Formar un grupo de trabajo con un responsable y miembros de los diferentes estamentos del centro de salud.
 - 2.- Crear un inventario con el contenido de la sala de urgencias: material farmacológico y no farmacológico. Revisión anual del inventario.
 - 3.- Crear un calendario mensual con los responsables de la revisión y el registro de funcionamiento del aparataje: ECG, esfigomanómetro, pulsioxímetro, nebulizador.
 - 4.- Establecer contenido del carro de curas. Ordenar el carro de curas y reponer el material que falte, con periodicidad semanal.
 - 5.- Revisar fechas de caducidad de medicación en la sala y en el maletín de urgencias con una periodicidad mensual.
 - 6.- Dejar la sala limpia y preparada para el siguiente uso.
 - 7.- Revisar balas de oxígeno con periodicidad mensual.
 - 8.- Sesión informativa a todo el personal de centro.
 - 9.- Reevaluación del funcionamiento de la sala de urgencias y su contenido en 8 meses.
 - 10.- Establecer un sistema de recogida de incidencias para registrar los fallos detectados en el cumplimiento del proceso.

INDICADORES
Nº de revisiones realizadas/Nº de revisiones propuestas : 12/año

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0683

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION Y MANTENIMIENTO

Existencia de un sistema de recogida de incidencias en el correcto funcionamiento: si/ NO

DURACIÓN

1.- Formar un grupo de trabajo con un responsable y miembros de los diferentes estamentos del centro de salud.
marzo 2018 -----Cristina López

2.- Crear un inventario con el contenido de la sala de urgencias: material farmacológico y no farmacológico.
Revisión anual del inventario.

De marzo a mayo 2018 -----Cristina Ortega
Cristina López

3.- Crear un calendario mensual con los responsables de la revisión y el registro de funcionamiento del aparataje: ECG, esfigmomanómetro, pulsioxímetro, nebulizador.

mayo 2018 -----Marta Acín
Beatriz Ventura

4.- Establecer contenido del carro de curas. Ordenar el carro de curas y reponer el material que falte, con periodicidad semanal.

De marzo a mayo 2018-----Marta Acín
Beatriz Ventura

5.- Revisar fechas de caducidad de medicación en la sala y en el maletín de urgencias con una periodicidad mensual.

junio 2018 ----- Margarita Floria

6.- Dejar la sala limpia y preparada para el siguiente uso.

junio 2018 -----Beatriz Ventura

7.- Revisar balas de oxígeno con periodicidad mensual.

junio 2018 -----Beatriz Ventura

8.- Sesión informativa a todo el personal de centro.

junio 2018 -----Marta Acín

9.- Reevaluación del funcionamiento de la sala de urgencias y su contenido en 8 meses.

marzo 2019 -----Cristina Ortega
Cristina López

10.- Establecer un sistema de recogida de incidencias para registrar los fallos detectados en el cumplimiento del proceso.

marzo 2019 -----Cristina Ortega
Cristina López

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 - 2018/0695

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 24/01/2019

2. RESPONSABLE MARTA ACIN LACASA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEDRUZO GARCIA LUZ MARIA
GIL UÑEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-Calendario de sesiones clínicas de urgencias vitales
2.- Nombrar un grupo de trabajo para determinar el contenido y uso del carro
3-Establecer el contenido y dotar al carro de paradas de material y medicación para cumplir su función
4.-Organizar y distribuir el material del carro de paradas
5- Evaluación del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- sesion clínica proyecto de calidad carro de paradas
06/03/2018 . Cristina lopez
2.- Nombrar un grupo de trabajo para determinar el contenido y uso del carro
mayo 2018 ----- Carmen Gil uñez
----- Cristina López Hervás
-----Cristina Ortega Larrodé
2-Establecer el contenido y dotar al carro de paradas de material y medicación para cumplir su función.
mayo 2018 -----Marta Acin Lacasa
----- Carmen Gil Uñez
4.-Organizar y distribuir el material del carro de paradas
junio ---Natalia Fidalgo Pinilla
Este era un criterio de evaluacion ISO, siendo evaluado sin presentar ninguna incidencia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La atención sanitaria a la emergencia médica ha de tener los mayores indicadores de efectividad y eficiencia y mas si es en situaciones que pueden llegar a ser críticas para el paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/695 ===== ***

Nº de registro: 0695

Título
CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
ACIN LACASA MARTA, PEDRUZO GARCIA LUZ MARIA, LAINEZ MARTINEZ SARA, SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA, FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR, GIL UÑEZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención sanitaria a la emergencia médica ha de tener los mayores indicadores de efectividad y eficiencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0695

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD

y mas si es en situaciones que pueden llegar a ser críticas para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Proporcionar una atención adecuada a un paciente en situación de urgencia vital.
- Asegurar un correcto equipamiento del carro de paradas
- Adecuar el carro de paradas para las necesidades del centro de salud.
- Establecer criterios para el correcto mantenimiento y uso adecuado del mismo.
- Adecuar las necesidades con la formación y reciclaje del personal sanitario.
- Concienciar al personal sanitario de la necesidad de un correcto uso y mantenimiento del carro de paradas
- Organizar una supervisión periódica del carro de paradas.

MÉTODO

1.-Calendario de sesiones clínicas de urgencias vitales

2-Establecer el contenido y dotar al carro de paradas de material y medicación para cumplir su función.

3.- Nombrar un grupo de trabajo para determinar el contenido y uso del carro

4.-Organizar y distribuir el material del carro de paradas

5- Evaluación del proyecto

INDICADORES

Realizar check list --- SI/NO

Revisión de checklist 1 CADA MES --- 12 VECES AÑO

DURACIÓN

1.-Calendario de sesiones clínicas de urgencias vitales

----- de marzo a abril 2018 ---Carmen Gil Uñez
Sara Laínez Martínez

2-Establecer el contenido y dotar al carro de paradas de material y medicación para cumplir su función.

----- abril a mayo 2018 -----Marta Acin Lacasa
Carmen Gil Uñez

3.- Nombrar un grupo de trabajo para determinar el contenido y uso del carro

----- mayo a junio 2018 -----Michelle Soler Perez
Cristina López Hervás

4.-Organizar y distribuir el material del carro de paradas

----- de junio a noviembre 2018 ---Natalia Fidalgo Pinilla
Carmen Gil Uñez

5- Evaluación del proyecto

----- enero a febrero 2018 -----Marta Acin Lacasa
Carmen Gil Uñez

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 - 2018/0695

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0732

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE NATALIA PILAR FIDALGO PINILLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAVERO PEREZ INMACULADA
MORATO GARCIA ANA
VENTURA LABORDA BEATRIZ
ORIA FLORIA MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.-Mejorar el circuito asistencial en enfermería de los pacientes diabéticos

2.- Aumentar la formación Continuada sobre el pie diabético de los profesionales d enfermería y medicina del centro de salud

Se desarrollaron las siguientes sesiones:

- Actualizaciones en Diabetes. sesión Clínica - 16/05/2018
- Definición del proyecto de calidad sobre el pie diabético. Sesión Clínica - 13/06/2018
- Pié diabético: Protocolo de asistencia y proceso de atención. Sesión Clínica- 03/10/2018

3.- Repasar la metodología del registro OM.I del pié diabético

- Pié diabético: registro en OMI-AP. Sesión Clínica 04/10/2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se plantearon dos sesiones este año para cumplirlo y se han dado 4 sesiones.

Se planteó conseguir una mejora en el indicador de 10 puntos y se han conseguido 7, si bien el proyecto se planteó en junio y la mejora obtenida ha sido en 6 meses. Será necesario replantear el objetivo al cumplir el año

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la baja implementación de este servicio era necesario desarrollar actividades y proyectos para mejorar su cumplimentación y por lo tanto mejorar la asistencia al paciente crónico

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/732 ===== ***

Nº de registro: 0732

Título
MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO

Autores:
FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR, CAVERO PEREZ INMACULADA, MORATO GARCIA ANA, VENTURA LABORDA BEATRIZ, ORIA FLORIA MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0732

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO

El Control de la patología crónica es una actividad compartida entre medicina y enfermería. La diabetes es una enfermedad con elevada prevalencia en la población y sobre todo en población anciana. El control del diabético y fundamentalmente el pie diabético es implementado en la mayoría de las ocasiones por enfermería. Los resultados de la evaluación de cartera de servicios del E.A.P., han sido deficitarios en los últimos años. Esto hace que sea necesario desarrollar actividades y proyectos para mejorar su cumplimentación y por lo tanto mejorar la asistencia al paciente crónico

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Mejorar la asistencia a los pacientes diabéticos
- 2.- Aumentar la motivación de los profesionales en la Implementación del servicio del pie diabético
- 3.- Aumentar la calidad en el registro OMI del paciente diabético.
- 4.- Prevenir las úlceras en extremidades inferiores en estos pacientes.

MÉTODO

- 1.-Mejorar el circuito asistencial en enfermería de los pacientes diabéticos
- 2.- Aumentar la formación Continuada sobre el pie diabético de los profesionales de enfermería y medicina del centro de salud
- 3.- Repasar la metodología del registro OM.I del pie diabético
- 4.- Mejorar la sistemática de atención al paciente diabético insistiendo en el aumento de habilidades del paciente en el cuidado de los pies

INDICADORES

Calendario de sesiones clínicas teórico prácticas sobre el pie diabético
-----3 sesiones clínicas / año

Mejorar el indicador de cartera de servicios de pie diabético

-----Mejorar el indicador de cartera de servicios de pie diabético Indicador individual de cumplimiento del servicio superior al 10

DURACIÓN

1.-Mejorar el circuito asistencial en enfermería de los pacientes diabéticos

---- de enero a marzo de 2018 ---Margarita oria Floria

2.- Aumentar la formación Continuada sobre el pie diabético de los profesionales de enfermería y medicina del centro de salud

----- de marzo a Octubre 2018 ---Inmaculada Cavero Perez
Natalia Fidalgo Pinilla

3.- Repasar la metodología del registro OM.I del pie diabético

----- septiembre 2018 ----- Ana Morato Garcia

Pilar Rodriguez Maza

4.- Mejorar la sistemática de atención al paciente diabético insistiendo en el aumento de habilidades del paciente en el cuidado de los pies.

-----mayo2018 a febrero de 2019 ---Beatriz Ventura Laborda
Inmaculada cavero Perez

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 - 2018/1325

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO GARRAPINILLOS

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO MONTIU PEMAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ISANTA POMAR CARLOS
ORTEGA LARRODE CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elegir un responsable /referente del uso de antibióticos en el equipo 5/5/2018
- Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA el 13 de abril de 2018
- Difusión de la información de la Jornada a los miembros del EAP
Sesiones sobre tema de antibióticos en el EAP

18/02/2018
"Antibioterapia, dosis y cuando?"
Carlos Isanta.
90 % de asistencia

5/5/2018
" IRASPROA. Macrólidos uso en Atención Primaria"
Carlos Isanta y José A Montiu.
88% de asistencia.

30/01/2019
" IRASPROA AP Principios generales y reunión de Equipo para la adhesión a los objetivos AP"
José A Montiu
95%de asistencia.

Exposición de los posters sobre "Antibióticos, solo cuando sea necesario" en las consultas del Centro de Salud
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos
30/01/2019
Presencia de salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria del EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hay un responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos
30/01/2019
Hemos realizado 3 reuniones sobre el buen uso de antibióticos en Ap con un elevado porcentaje de participación de personal de enfermería, medicina general y pediatría..

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Inicialmente se aprecia una buena colaboración del personal del Centro de salud y se ha propuesto el inicio de una nueva línea de mejora relacionada con la prescripción adecuada de antibióticos en Atención Primaria.
Se creará un grupo de trabajo sobre este tema como proyecto de Calidad que incluirá reuniones periódicas y actividades formativas y medición de objetivos propuestos en uno y dos años.
Procederemos a la implicación de los Residentes de nuestro Centro en la correcta utilización de los antibióticos facilitando la explotación de los datos obtenidos para crear diferentes objetivos de Investigación en AP:
Trataremos de mantener la concienciación y colaboración en la política de prescripción de antibióticos a través de reuniones y sesiones formativas frecuentes(al menos trimestrales) y la comunicación de los resultados parciales de manera frecuente para implementar la motivación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1325 ===== ***

Nº de registro: 1325

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1325

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO GARRAPINILLOS

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Autores:
ISANTA POMAR CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
-Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
-Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
-Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
-Dar a conocer los principios generales PROA.
-Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
-Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón

INDICADORES
-Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. Si/no
-Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. Si/no
-Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. Si/no
-Nº Sesiones realizadas sobre PROA-AP: 3 sesiones al año.
-Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 75%

DURACIÓN
Mayo. Designar un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo.
Mayo- Junio. Difusión de los principios generales PROA en atención primaria.
Junio- Septiembre 2018. Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP.
Junio-Diciembre . Sesiones realizadas sobre PROA

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 - 2018/1325

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO GARRAPINILLOS

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0495

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE SUSANA SANCHEZ NAVARRO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA

GRIMA MOLINER JOSE LUIS

MONTIU PAMAN JOSE ANTONIO

LOPEZ HERVAS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN

1. Difusión a Dirección de Enfermería Sector Atención Primaria Zaragoza III:

Se comunicó a la dirección de enfermería del sector sanitario el proyecto, quien lo desestimó por no considerarlo oportuno. Se desestimó esta indicación ya que esta actividad, desde nuestro punto de vista, no interfería ni con la cumplimentación de la cartera de servicios ni alteraba la seguridad del paciente

2. Difusión a miembros del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud Miralbueno

Se presentó el proyecto en sesión clínica el mes de marzo al equipo, para informarlo y pedir su colaboración, en la inclusión de pacientes

ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS

1. Desde Médico de Atención Primaria: diagnóstico de pacientes con episodio de patología de manguito rotador, realización de ecografía inicial y derivación a la Unidad de Fisioterapia.

Tras el diagnóstico médico del proceso se citaba al paciente a realización de ecografía en el centro de salud. Se diseñó una agenda donde se citaba a los pacientes, con un marco horario para esta actividad donde podían acudir los fisioterapeutas, sin alterar su agenda asistencial

2. Coordinación Médico Atención Primaria y Fisioterapeutas para la realización de ecografía postratamiento en la Unidad

Tras el informe de fisioterapia tras tratamiento el paciente era citado de nuevo desde la consulta del médico para realizar ecografía postratamiento

3. Creación de agenda para la citación de pacientes para la realización de ecografía una vez finalizado el tratamiento con el objetivo de valorar el estado del paciente y su alta en Unidad

Se utilizaba la misma agenda citada anteriormente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se citaron 19 ecografías previas a tratamiento, de las que consta la petición y el motivo de la petición de la ecografía

Se realizaron 19 tratamientos de fisioterapia. de los que consta el informe postratamiento de fisioterapia. Se hicieron 14 ecografías postratamiento, faltando 5 ecografías, este punto fue influido por fallos en la coordinación de OMI con el ecógrafo

De las 14 ecografías en 5 no consta informe postratamiento. También este punto fue influido por fallos de la coordinación informática de OMI con el ecógrafo, cuestión actualmente resuelta

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Resulta necesario implicar a los servicios directivos en la política de calidad de los centros de salud. Es necesario implicar más a los miembros del centro e salud para aumentar el número de ecografías.

Hubo que solucionar problemas de integración del ecógrafo con OMI y con las agendas OMI, ya que ello nos hizo perder ecografías de control y sobretodo los informes de las ecografías. Actualmente estos problemas están resueltos, lo que indudablemente mejoraría los resultados obtenidos en el proyecto

7. OBSERVACIONES.

Consideramos necesario repetir el proyecto dado que los problemas informáticos han influido considerablemente en sus resultados

*** ===== Resumen del proyecto 2019/495 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0495

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO

Nº de registro: 0495

Título
IMPLEMENTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO

Autores:
SANCHEZ NAVARRO SUSANA, RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA, GRIMA MOLINER JOSE LUIS, MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO, ORTEGA LARRODE CRISTINA, LOPEZ HERVAS CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Instrumento útil y accesible a la Unidad de Fisioterapia para mejorar el tratamiento en las Unidades

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se detecta en la Unidad de Fisioterapia del Centro de Salud de Miralbueno un aumento del número de pacientes con patología de manguito rotador. Los pacientes son derivados a dicha Unidad a través de su Médico de Atención Primaria o de los Servicios de Atención Especializada. Estos acuden con un diagnóstico de patología de manguito rotador acompañado, en muchas ocasiones, de una ecografía que confirma la patología.

En la Unidad de Fisioterapia se realiza una valoración inicial con la exploración fisioterápica y se consensuan las sesiones de tratamiento que se van a llevar a cabo. Al finalizar el tratamiento, se realiza una valoración final volviendo a explorar al paciente y registrando su evolución.

Se detecta la necesidad de comparar mediante ecografía final si hay cambios tras el tratamiento de fisioterapia y así poder comprobar su eficacia.

El proyecto va dirigido a los pacientes con patología de manguito rotador del Centro de Salud de Miralbueno, participando en él profesionales de: Medicina de Atención Primaria, Fisioterapia y Residentes de Medicina de Atención Primaria.

Los puntos clave para la puesta en marcha de este proyecto son:

- La gran frecuencia de patología de manguito rotador
- La larga duración de los procesos, que en un número considerables de pacientes, obliga al aumento del número de sesiones o sucesivas derivaciones del paciente a la Unidad.
- La dificultad de valorar la situación del paciente e indicar el alta, dada la subjetividad del proceso

RESULTADOS ESPERADOS

1. Comparación mediante ecografía, el estado del manguito rotador antes y después del tratamiento fisioterápico.
2. Valoración final fisioterápica con apoyo ecográfico
3. Comprobar la eficiencia de los tratamientos aplicados en las sesiones de fisioterapia
4. Aumento de la coordinación de la Unidad de Fisioterapia con el Médico de Atención Primaria en el proceso asistencial
5. Valoración de la manera más explícita posible la situación del paciente, usando los recursos del Centro de Salud
6. Dotar a la Unidad de Fisioterapia de un instrumento útil para la valoración final tras el tratamiento

MÉTODO

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

1. Formación de los fisioterapeutas del Centro de Salud Miralbueno en interpretación de ecografías.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN

1. Difusión a Dirección de Enfermería Sector Atención Primaria Zaragoza III
2. Difusión a miembros del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud Miralbueno

ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS

1. Desde Médico de Atención Primaria: diagnóstico de pacientes con episodio de patología de manguito rotador, realización de ecografía inicial y derivación a la Unidad de Fisioterapia.
2. Coordinación Médico Atención Primaria y Fisioterapeutas para la realización de ecografía posttratamiento en la Unidad
3. Creación de agenda para la citación de pacientes para la realización de ecografía una vez finalizado el tratamiento con el objetivo de valorar el estado del paciente y su alta en Unidad

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN

1. Realización de ecografía previa a la derivación del paciente a la Unidad de Fisioterapia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0495

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO

2. Exploración y valoración inicial fisioterápica teniendo en cuenta la ecografía inicial, en la citación de primera visita en Unidad
3. Tratamiento fisioterápico en las sesiones consensuadas con el paciente
4. Valoración fisioterápica final y ecografía postintervención

INDICADORES

INDICADORES CUANTITATIVOS

- número de pacientes diagnosticados con patología de manguito rotador
- número de ecografías previas y posteriores al tratamiento fisioterápico

INDICADOR CUALITATIVO

- comparación de cambios ecográficos producidos pre y posttratamiento

DURACIÓN

A partir de Marzo:

- Difusión a la Dirección de Atención Primaria Sector III y EAP CS Miralbueno
- Puesta en marcha del Proyecto con los integrantes del EAP y la Unidad de Fisioterapia

- Formación a los fisioterapeutas en el visionado e interpretación de ecografías junto con los Médicos de Atención Primaria

- Comienzo de derivación, por parte de los Médicos de Atención Primaria, de los pacientes diagnosticados con patología de manguito rotador con ecografía inicial

A partir de Mayo:

- Creación de agenda conjunta Médico Atención Primaria-Fisioterapia para citación de pacientes para realización de ecografía final tras el tratamiento en Unidad
- Registro de la comparación ecográfica en la valoración final de fisioterapia en OMI

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0521

1. TÍTULO

UNA EXCURSIÓN SALUDABLE

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA RODRIGUEZ ESCUREDO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ NAVARRO SUSANA
NAVARRO ZAPATA CARMEN
GASCON VAL MARIVEL
GARCIA ENTRENA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

? Organizativas

? Reunión miembros componentes del proyecto - Febrero 2019

? Reunión Directora del Colegio Río Sena - Abril 2019

? Comunicación

? Difusión a Dirección de Enfermería Sector III - Marzo 2019

? Sesión clínica explicativa al EAP de la actividad comunitaria a realizar - Mayo 2019

? Contacto telefónico con Colegio Público Río Sena para establecer colaboración y futura reunión de estar interesados en realizar el proyecto - Marzo 2019

? Intervención

? Visita al Centro de Salud de niños de 3º de Primaria (7-8años) - 3 clases

Día 14/6/2019 - 1 clase

Día 17/6/2019 - 2 clases

? Presentación de los profesionales del equipo

? Visita a las diferentes consultas del Centro

? Presentaciones Power Point con material audiovisual en sala de reuniones

? Talleres prácticos en Unidad de Fisioterapia

? Evaluación

? Encuesta de conocimientos pre y post-intervención

? Hoja a rellenar post-intervención de valoración: lo que más te ha gustado, lo que menos te ha gustado y dibujo (análisis documental)

? Materiales y recursos

? Presentación Power Point

? Vídeos de cada hábito saludable

? Vídeo presentación del Centro y sus profesionales

? Marcapáginas con decálogo hábitos saludables

? Talleres prácticos: mochila y material escolar, camillas simulando pupitres y sillas, fotos de alimentos, fotos del proceso de lavado de manos, toallas, jabón y grifo, phantoma con cepillo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? Resultados - Objetivos

? Situación inicial - final

? Total encuestas iniciales = 65

? Nº encuestas favorables previas (4/6) = 62

? Total encuestas finales = 60

? Nº encuestas favorables postintervención (4/6) = 60

? Grado de cumplimiento de objetivos

? Acercar el centro de salud a los niños: se ha cumplido el objetivo al acudir 60 niños a la visita al Centro de Salud.

? Participación

? 60 niños de 3º de Primaria (3clases) del Colegio Río Sena Miralbueno

? 2 Fisioterapeutas AP

? 1 Pediatra

? 1 Enfermera de Pediatría

? 1 Jefa de Admisión

? Objetivos no alcanzados - Efectos no previstos

? Cooperación continuada con Centro Educativo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

? Factores de desarrollo de proyecto

? Apoyo de Dirección de Enfermería Sector III

? Apoyo de coordinador médico y coordinadora de enfermería del Centro de Salud

? Reorientación

? La información extraída del análisis documental nos hace replantearnos algunas de las charlas, talleres y vídeos para posterior modificación

? Sostenibilidad

? Lo ofertamos a otros colegios de la Zona Básica de Salud.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0521

1. TÍTULO

UNA EXCURSIÓN SALUDABLE

*** ===== Resumen del proyecto 2019/521 ===== ***

Nº de registro: 0521

Título
UNA EXCURSION SALUDABLE

Autores:
RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA, SANCHEZ NAVARRO SUSANA, NAVARRO ZAPATA CARMEN, GASCON VAL MARIVEL, GARCIA ENTRENA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Adquisición de Hábitos Saludables
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Aprendizaje de hábitos saludables de los escolares. Actividad comunitaria

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detectan en la población infantil, por parte de distintos profesionales de Atención Primaria y desde los Centros Educativos, unos hábitos inadecuados posturales, nutricionales, de higiene de manos y bucodental. Además se corrobora un desconocimiento del Centro de Salud, sus profesionales y las funciones que realizan lo que les genera miedo o desconfianza cuando tienen que acudir para recibir asistencia sanitaria.

Es necesario un aprendizaje correcto de estos hábitos saludables y crear un cambio de conducta desde la infancia consiguiendo con ello una disminución de problemas de espalda, alimentación, bucodentales o de infecciones a través de las manos. También es un aspecto positivo el que los niños se familiaricen con su Centro de Salud para que lo puedan asociar como un lugar seguro y de confianza.

La edad escolar y en concreto los 7-8 años es un momento idóneo para la educación en hábitos saludables de una forma completa.

El proyecto va dirigido a la población infantil de Segundo Curso de Educación Primaria de un Centro Educativo de la Zona Básica de Miralbueno, participando en él los profesionales de: Medicina Pediátrica, Enfermería, Fisioterapia y Servicio de Admisión.

RESULTADOS ESPERADOS
-Promoción de hábitos saludables en población infantil abarcando higiene postural, alimentación saludable, salud bucodental e higiene de manos.
-Sensibilización de la familia y personal del Centro Educativo sobre la importancia de la educación en hábitos saludables en niños y los problemas derivados de unas conductas inadecuadas.
-Acercamiento de la población infantil al Centro de Salud, dando a conocer sus instalaciones, profesionales y las funciones de cada uno dando una visión del lugar "amigo, cercano y seguro"

MÉTODO
ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN
-Difusión a Dirección de Enfermería Sector Atención Primaria Zaragoza III
-Difusión a miembros del EAP Centro de Salud Miralbueno

ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS
-Contacto mediante teléfono/email con Centro Educativo explicando el Proyecto y solicitando su colaboración si lo considera necesario para sus alumnos
-Reunión con Centro Educativo, Jefe de Estudios y Tutores del curso implicado, para presentación de la actividad y explicación de los aspectos a trabajar en el aula previos a la visita de los niños a Centro de Salud, además de recogida de necesidades específicas de sus alumnos

ACTIVIDADES DE PREPARACIÓN DE LA ACTIVIDAD
-Elaboración de video de presentación del Centro de Salud por los profesionales implicados en el Proyecto
-Elaboración de presentaciones Power Point como apoyo a la explicación teórica para visualización en la intervención
-Elaboración de videos explicativos adecuados a la edad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0521

1. TÍTULO

UNA EXCURSIÓN SALUDABLE

- Elaboración de encuesta para alumnos que realizarán antes y después de intervención sobre conceptos aprendidos
- Preparación de talleres de higiene de manos, higiene postural, alimentación saludable e higiene bucodental
- Preparación de póster para colocación en Centro Educativo posterior a intervención

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN

-Intervención comunitaria a través de una visita de los niños al Centro de Salud que constara de 2 partes:

1. Visita del Centro de Salud enseñando las consultas/unidades y presentando a los profesionales
2. Exposición teórica mediante presentaciones adaptadas a la edad sobre los temas relacionados con la salud según las necesidades expresadas por Centro Educativo anteriormente. Realización de talleres prácticos. Encuestas a los niños antes y después de la intervención

-Visita de los profesionales sanitarios al Centro Educativo para la realización de una segunda intervención a través de pósters didácticos visuales

INDICADORES

INDICADOR CUANTITATIVO

Número de encuestas realizadas favorables (4 o más contestadas correctamente de 6 preguntas) después de la intervención a los niños que han participado

INDICADOR CUALITATIVO

- Opinión/Sensación de los tutores en relación al cambio de conducta observado posterior a la intervención en relación a los hábitos saludables
- Elaboración por parte de los niños de dibujos y carteles sobre su visita

GRADO DE PARTICIPACIÓN

Número de niños participantes en el proyecto

DURACIÓN

Marzo

- Difusión a la Dirección de Atención Primaria Sector III Zaragoza y al EAP Centro de Salud de Miralbueno
- Contacto vía email/teléfono con Centro Educativo para explicación del proyecto y confirmar reunión

Marzo y Abril

- Elaboración de video presentación del Centro de Salud
- Elaboración de Power-Points para la exposición teórica
- Elaboración de encuestas para evaluación
- Elaboración de videos explicativos de teoría
- Preparación de material necesario para talleres

Mayo-Junio y curso escolar 2019-2020

- Intervención en Centro de Salud con la visita de los niños
- Segunda intervención en los Centros Educativos con preparación de poster final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0990

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION CALENDARIO VACUNAL EN EL ADULTO C.C MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ALICIA SANCHEZ GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRIMA MOLINER JOSE LUIS
MORATO GARCIA ANA
GARCIA ENTRENA MERCEDES
MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO
LOMBAR GIMENO MARIA JOSE
MARTINES ESPLIGARES LAURA
CAVERO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CADA ENFERMERO DE CUPO REALIZO ANAMNESIS -ENTREVISTA CALENDARIO VACUNAL ADULTO;SE REALIZO CAPTACION OPORTUNISTA POR CUPO (MEDICO DERIVABA A ENFERMERIA);SE INTENTO SACAR LISTADOS DE ADULTOS CON SERVICIO 301 PARA CONOCER DATOS ESTADISTICOS PERO BIELSA DIJO QUE COMPLICADO POR DEPENDER DE MUCHAS VARIABLES.

INDICADORES USADOS EN ESTE PROYECTO:% VACUNAS ADMINISTRADAS EN ADULTOS (CUANTITATIVO):neumococo23,tetanos (65 años) y papiloma VPH,tb se intento % numero de anamnesis -entrevista verde bien rellena,solicite datos a Diana por correo y telefono pero no me fueron enviados,encontre dificultades para explotar los datos de mi centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el corte realizado desde 1-enero 19 al 25-octubre 19
tenemos identificados 127 Neumococo adultos polisacaridos
53 Tetanos Difteria 65 años
212 de Papiloma VPH

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha realizado y ofertado este servicio a bastante poblacion adulta y se les ha informado de lo importante q es estar inmunizado contra enfermedades que actualmente no se han erradicado y la proteccion que deberiamos tener con otras para evitar riesgos.

7. OBSERVACIONES.

La poblacion adulta es reacia a ponerse ciertas vacunas

*** ===== Resumen del proyecto 2019/990 ===== ***

Nº de registro: 0990

Título
IMPLEMENTACION CALENDARIO VACUNAL EN EL ADULTO C.S. MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Autores:
SANCHEZ GARCIA ALICIA, GRIMA MOLINER JOSE LUIS, MORATO GARCIA ANA, GARCIA ENTRENA MERCEDES, MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO, LOMBAR GIMENO MARIA JOSE, MARTINEZ ESPLIGARES LAURA, CAVERO PEREZ INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son dos de las principales misiones de la AP de salud marcados en la constitución española.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0990

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION CALENDARIO VACUNAL EN EL ADULTO C.C MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Es obligación de los centros de AP implementar las estrategias diseñadas para este objetivo. El SALUD ha diseñado un nuevo calendario vacunal para el adulto y es nuestra obligación su implementación. Los usuarios del C.S. en edad adulta no son conscientes de la importancia de la vacunación, es por ello necesario desarrollar estrategias de motivación del personal sanitario y de la población.

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar el calendario vacunal a la población mayor de 15 años
Aumentar la cobertura de vacunación del adulto
Establecer estrategias para el desarrollo del nuevo servicio

MÉTODO

1. crear un grupo de trabajo que desarrolle las estrategias a seguir. Abril 2019
2. Presentar las estrategias al equipo de salud Miralbueno-Garrapinillos. Junio 2019
3. Desarrollar las estrategias consensuadas. Julio 2019- Julio 2021
4. Establecer criterios e indicadores de evaluación. Junio 2019
5. Corte de evaluación del desarrollo del servicio. Julio 2020 y Enero 2021
6. Establecer nuevos criterios en función de los resultados de la evaluación. Septiembre 2020/ Marzo 2021

INDICADORES

Actas de la reunión del grupo de trabajo. 2 Actas por año
Porcentaje de adultos con revisión del calendario vacunal en 2021 50%
Porcentaje adultos con calendario vacunal correcto / nº total de adultos. 30%

DURACIÓN

De Abril 2019 a Dic 2021.

1. crear un grupo de trabajo que desarrolle las estrategias a seguir. Abril 2019. Responsable: Mercedes García
2. Presentar las estrategias al equipo de salud Miralbueno-Garrapinillos. Junio 2019. Responsable Alicia Sanchez
3. Desarrollar las estrategias consensuadas. Julio 2019- Julio 2021. Responsable Ana García Morato
4. Establecer criterios e indicadores de evaluación. Junio 2019. Responsable Jose Luis Grima
5. Corte de evaluación del desarrollo del servicio. Julio 2020 y Enero 2021. Responsable José Antonio Montiú y Maria José Lombar.
6. Establecer nuevos criterios en función de los resultados de la evaluación. Septiembre 2020/ Marzo 2021. Responsables Mercedes García Entrena y Laura Martinez

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 - 2019/0992

1. TÍTULO

ATENCIÓN URGENTE AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE LOMBAR GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRIMA MOLINER JOSE LUIS
SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL
CHABBAR BOUDET ALICIA YUMEN
MATEO OLMOS RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión clínica de actualización del S. coronario.
Sesión clínica presentación checklist del proceso asistencial (primera quincena enero/2020)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante este año se han aplicado el protocolo a 11 pacientes que acudieron al centro de Salud refiriendo dolor torácico.
En 8 de ellos se cumplió el objetivo de tiempo Primer Contacto Médico lectura de ECG por un médico con formación para hacerlo fuera < a 10 minutos. En dos de ellos no se cumplió este objetivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente de mejora, registro en el informe de la fecha del evento en todos los casos.
Pendiente, sesión informativa farmacología "lo que todo médico debe de saber en el s. coronario agudo"

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/992 ===== ***

Nº de registro: 0992

Título
ATENCION URGENTE AL SINDROME CORONARIO AGUDO

Autores:
LOMBAR GIMENO MARIA JOSE, GRIMA MOLINER JOSE LUIS, SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL, CHABBAR BOUDET ALICIA YUMEN, MATEO OLMOS RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA atencion a la patologia urgenmte en atenciuón primaria, es una situación habitual y exige protococlizar las actividades
En numerosas ocasiones el centro de salud es el primer contacto del paciente con sindroma coronario con el sistema sanitario.
Esto exige un conocimiento preciso de la pauta a seguir por parte de todos los profersionales del centro de salud implicados en su asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Formacion continuada a los profesionales del cenbtro en la atención al pacietne con sindrome coronario agudo.
Planteando un sistema continuo de actualizacion en este proceso.
2.- Consensuar el proceso asistencial.
3.- Establecer sistema de monitorización, que permita la evaluación del proceso, para evaluarlo y establecer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0992

1. TÍTULO

ATENCIÓN URGENTE AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

punto de mejora

MÉTODO
Sesiones clínicas dirigidas a la actualización de los conocimientos sobre el síndrome coronario agudo.
Establecer el proceso asistencial e identificar fallos y establecer puntos de mejora.

INDICADORES
2 sesiones clínicas dirigidas a la actualización del síndrome coronario agudo
Establecer un Checklist asistencial
Evaluación de la cumplimentación de los Checklist

DURACIÓN
Sesión clínica de iniciación al proceso - Mayo 2019
Sesión clínica de presentación del checklist - Septiembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1031

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTIÓN DEL ALMACÉN, MATERIAL FUNGIBLE Y FARMACOLÓGICO DEL C.S. MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA MAGAÑA JULIAN
· Profesión TCAE
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ENTRENA MERCEDES
MATEO OLMOS RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se crea un grupo de trabajo responsable para la revisión mensual. Se realiza acta
Se crea plantilla de listado de caducidad
Se crea plantilla de rotura de stock
Se crea calendario de revisión de caducidades de almacén y farmacia
Sesión informativa al equipo. Se realiza acta
Hojas informativas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mayor implicación del equipo, aumento de control tanto en consumo de fármacos como en caducidades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El control de caducidades y rotura de stocks es indispensable para una buena gestión del almacén, por lo que dicho proyecto debería replicarse en años posteriores

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1031 ===== ***

Nº de registro: 1031

Título
CONTROL Y GESTION DEL ALMACEN, MATERIAL FUNGIBLE Y FARMACOLOGICO DEL C.S. MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Autores:
MAGAÑA JULIAN ELENA, GARCIA ENTRENA MERCEDES, MATEO OLMOS RAQUEL

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: Todas
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En ocasiones encontramos el almacen de un centro sanitario desorganizado, con un exceso de stock en articulos que tienen una rotación escasa, y por otro lado un desabastecimiento o rotura de stock en productos de uso muy frecuente.
La colocación y ubicación del producto, en ocasiones nada tiene que ver con lo conveniente para una rápida dispensación y obligada revisión de caducidades.
La gestión de los recursos de un almacen en un C.S. es responsabilidad de los profesionales del centro.
Los recursos deben ser adecuados en cantidad y pertinencia para las necesidades del centro.
En nuestro centro esta función recae en el personal de enfermería que debe compaginarla con el resto de sus funciones.
Consideramos pertinente protocolizar las actividades a desarrrollar para realizar un correcto control y gestión del almacén y farmacia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1031

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTIÓN DEL ALMACÉN, MATERIAL FUNGIBLE Y FARMACOLÓGICO DEL C.S. MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

RESULTADOS ESPERADOS

Gestionar con eficacia y efectividad el almacen y la farmacia del C.S. Miralbueno-Garrapinillos

MÉTODO

1. Motivar al resto de profesionales del C.S. sobre la importancia de este proyecto
2. Sesión clínica informativa sobre la pertinencia del proyecto
3. Priorizar las actividades para establecer una correcta gestión del almacén: crear grupo de trabajo que estudie y plantee las actividades a realizar .
4. Implementar los procedimientos consensuados: actividades : 1. sesión informativa al resto del equipo 2. Nombrar responsables de la gestión del almacén y farmacia.

INDICADORES

Acta sesión clínica informativa

Acta creación grupo de trabajo

Establecer calendario de revisiones de almacen y farmacia: roturas de stock, caducidades, etc

DURACIÓN

Sesión informativa y creación de grupo de trabajo: junio 2019

Establecer procedimientos : septiembre 2019

Evaluación y planteamiento de modificaciones necesarias: marzo 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1063

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DEL MALETÍN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA ACIN LACASA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ PEÑA PILAR
GARCIA ENTRENA MERCEDES
GIL UÑEZ CARMEN
SIMON LOBERA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formar equipo de trabajo: comunicación directa y vía whatsapp.
Hacer listado de medicación y material detallado por unidades.
Revisar caducidad del maletín, tanto medicación como material, mensualmente, con la firma de la persona responsable.
Comunicar al equipo que se debe reponer lo usado y anotar la caducidad de lo repuesto.
Anotar medicación o material retirado por caducidad en su hoja correspondiente.
Establecer turnos para dicha revisión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Listado de material y fármacos revisado mensualmente y adecuado a las necesidades de urgencia.
Localización conocida y accesible por parte de todo el personal.
Chequeo periódico del contenido del maletín.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es imprescindible en un servicio de urgencias de AP tener el maletín en perfectas condiciones de uso, para, en caso de urgencia en el exterior, dar una respuesta rápida y eficaz al problema que se nos presente.
Dada la amplia extensión de nuestro C.S. se plantea la necesidad de usar un maletín más grande y con ruedas para transporte, para las necesidades que se puedan plantear en los avisos domiciliarios, por lo que necesitamos llevar material de curas, sondaje, nebulizaciones, ... además del específico de urgencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1063 ===== ***

Nº de registro: 1063

Título
ADECUACION DEL MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
ACIN LACASA MARTA, RODRIGUEZ PEÑA PILAR, GARCIA ENTRENA MERCEDES, GIL UÑEZ CARMEN, SIMON LOBERA BELEN

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: atencion patologia urgente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La asistencia domiciliaria urgente precisa el transporte hasta el domicilio del material necesario para la asistencia al paciente.
Este ha de ser adecuado en cuanto al tamaño y contenido para poder ser transportado.
El maletín de urgencias actual tiene un tamaño que hace difícil su traslado y manejo en una urgencia, por lo que consideramos pertinente consensuar entre los profesionales la idoneidad del maletín

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1063

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DEL MALETÍN DE URGENCIAS

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar la asistencia urgente domiciliaria
Facilitar que todos los profesionales conozcan el maletín y consensuen su contenido.
Facilitar el transporte del maletín a domicilio

MÉTODO

Formar un equipo de trabajo responsable del proyecto.
Establecer criterios de contenido del maletín y responsable de actualización. y revision de caducidades
Establecer criterios de distribución del maletín
Comunicar al equipo las modificaciones desarrolladas en el maletín de urgencias y criterios de mantenimiento

INDICADORES

Acta de formación del equipo responsable.
Hoja de registro de contenido de maletín, reposición y caducidades.
Hoja de responsables y periodicidades de revisión del maletín
Acta de presentación del nuevo maletín al equipo

DURACIÓN

Acta de formación del equipo responsable ---- Mayo 2019
Hojas de registro ----- Junio 2019
12 hojas de revisión del maletín / año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1106

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO MONTIU PEMA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ISANTA POMAR CARLOS
ARBUES PALACIOS JUAN CARLOS
BOROBIO FLORIAN ALFONSO
GIL UÑEZ CARMEN
SANZ MARTINEZ DIANA
GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA
MARTINEZ ESPLIGARES LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han impartido dos Sesiones Clínicas a lo largo del año. El 9 de abril SESIÓN IRASPROA INFECCIONES RESPIRATORIAS y el 25 de septiembre SESIÓN IRASPROA INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO. Ambas dirigidas a todo el personal del Centro de Salud.

Una reunión explicativa de los Informes de Consumo Antibiótico dirigida a personal médico en diciembre de 2019.

Dos reuniones del grupo IRASPROA en nuestro Centro de Salud el 3 de abril y el 24 de octubre pasados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Estos son los resultados de los diferentes Indicadores propuestos en el proyecto:

1. Porcentaje de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos. La totalidad de los médicos y pediatras de nuestro Centro de Salud han recibido información sobre sus indicadores de utilización de antibióticos.

En las distintas Sesiones Clínicas y reuniones informativas impartidas a lo largo del año se han comentado los resultados trimestrales de la situación del Centro, Sector y Comunidad.

2. Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

2.1 Porcentaje de DDD de antibióticos de espectro reducido. Objetivo 2019: 30,5% (aumento de 2% respecto a 2018)

Partíamos de una cifra del 27,9% en 2018 y el objetivo propuesto era aumentar un 2% esa cifra. Según el informe del SALUD acumulado de enero a septiembre de 2019 el porcentaje DDD de espectro reducido/ DDD del total de antibióticos es del 31,1% lo que mejora notablemente los objetivos propuestos. Aun así el porcentaje es inferior a los resultados del Sector III y de Aragón, lo que implica continuar mejorando progresivamente este porcentaje.

2.2 Porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico (%). N° envases de amoxicilina / [n° envases de (amoxicilina + n° envases amoxicilina clavulánico)] x 100 (alcanzar el 50% el porcentaje de amoxicilina frente a amoxicilina clavulánico, es decir, un aumento de un 2,3% respecto a 2018)

Basándonos en el último informe del Salud en enero de 2019 partíamos de un 48,4 % y nuestro objetivo de mejora era aumentar un 2,3 % para alcanzar al menos la cifra del 50% .

El resultado es que hemos alcanzado un 54,1 %, cifra notablemente superior al objetivo propuesto. La cifra es comparable al resultado del Sector pero inferior a la de la Comunidad por lo que continuará siendo considerado como oportunidad de mejora de calidad de nuestro Centro.

3. Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

Durante 2019 el responsable de IRASPROA ha impartido dos sesiones en nuestro Centro de Salud.

9 de abril SESIÓN IRASPROA INFECCIONES RESPIRATORIAS

100% de Médicos titulares disponibles
50% de personal de Enfermería disponible
100% de pediatras
50% de los médicos residentes disponibles

25 de septiembre SESIÓN IRASPROA INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

75% de Médicos titulares disponibles

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1106

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

83% de personal de Enfermería disponible
100% de pediatras
100% de los médicos residentes disponibles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este segundo proyecto IRASPROA en nuestro Centro de Salud se ha consolidado la implicación y participación de todos los profesionales en el uso adecuado de los antibióticos y la magnitud del problema al que nos enfrentamos. Los indicadores propuestos se han alcanzado en su totalidad superando los estándares propuestos en varios de ellos.

Es necesario la continuidad en este esfuerzo para lograr alcanzar metas más ambiciosas en los resultados y lograr acercarnos progresivamente a los objetivos recomendados. Para ello hay que seguir con las reuniones IRASPROA en nuestro Centro, la información periódica de la situación individual de cada profesional y su comparación con resto de los profesionales del Centro, Sector, Comunidad y también con los objetivos de Calidad de otros países más avanzados en este tema.

Queda pendiente para este años las Sesiones sobre utilización de antibióticos en infecciones dermatológicas y de transmisión sexual.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1106 ===== ***

Nº de registro: 1106

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Autores:
MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO, ISANTA POMAR CARLOS, ARBUES PALACIOS JUAN CARLOS, BOROBIO FLORIAN ALFONSO, GIL UÑEZ CARMEN, SANZ MARTINEZ DIANA, GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA, MARTINEZ ESPLIGARES LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).

El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.

También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.

Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO

1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1106

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES

- + % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
- + Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- Porcentaje de DDD de antibióticos de espectro reducido. Objetivo 2019: 30,5% (aumento de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico (%). N° envases de amoxicilina / [n° envases de (amoxicilina + n° envases amoxicilinaclavulánico)] x 100 (alcanzar el 50% el porcentaje de amoxicilina frente a amoxicilina clavulánico, es decir, un aumento de un 2,3% respecto a 2018)
- + Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN

- Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
- Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
 - Abril: infecciones respiratorias
 - Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
- Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
- Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2016/1306

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.

CAROD 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 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

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.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 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 higiénico 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 parquer, 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. 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 de 16,30-17h. en junio martes 9,30-10,30 paseo y ejercicios. Café u otra actividad de 10,30-11h. 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. 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 RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1660

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 - 2018/0815

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE LOS ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE CARMEN ROY PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELTRAN LACORT FEDERICO
RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Análisis de la situación de los antibióticos de espectro reducido, que son los que interesa utilizar en infecciones concretas para evitar el uso de los de espectro ampliado, con el fin de disminuir las resistencias bacterianas

Se incluyen como antibióticos de espectro reducido: bencilpenicilina y fenoximetilpenicilina, Penicilinas de espectro ampliado: amoxicilina, penicilinas resistentes a betalactamasas: cloxacilina, cefalosporinas de 1ª generación: cefadroxilo, cefalexina, cefazolina y fosfomicina

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo en estos indicadores es aumentar y los datos facilitados por el Servicio de Farmacia del año 2018 son:

Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%):

EAP: 38,5%, Sector Zaragoza III: 35,6%

Porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico (%)

EAP 59%, Sector Zaragoza III: 54,4%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante conocer los datos de utilización de antibióticos para poder mejorar

7. OBSERVACIONES.

La participación en proyectos concretos aumenta la sensibilidad y conocimiento de los profesionales

*** ===== Resumen del proyecto 2018/815 ===== ***

Nº de registro: 0815

Título
USO RACIONAL DE LOS ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
BELTRAN LACORT FEDERICO, ROY PEREZ CARMEN, RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uso de antibióticos en patologías en los que no están indicados.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir el el número de prescripciones de antibiótico no adecuadas.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0815

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE LOS ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

- 1-Analizar la situación actual a partir de los datos proporcionados por el servicio de farmacia de referencia.
- 2-Proposición de medidas correctoras, si es preciso.
- 3-Aplicación de estas medidas durante 1-2 años.
- 4-Evaluación de resultados tras este período de tiempo, contando siempre con el apoyo del servicio de farmacia de referencia y de la dirección del sector III

INDICADORES

A concretar en reuniones posteriores.

DURACIÓN

A concretar en reuniones posteriores.

OBSERVACIONES

Deseamos contar con el apoyo de la dirección del sector III de Zaragoza y del servicio de farmacia de referencia, a fin de que nos faciliten los datos necesarios y si es necesario, nos liberen de la presión asistencial que pueda interferir en la dedicación a este proyecto.

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 - 2018/0963

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN UN CVENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 16/03/2019

2. RESPONSABLE ANA BELEN MIRANDA ANAYA
· Profesión MATRONA
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENTE PRESOL TAMARA
GASCON BRUMOS CARMEN
VALIENTE LLORENTE BELEN
CASADO VELILLA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza reunión inicial en junio de componentes del proyecto para intentar resolver el problema para mejorar la atención prestada a las mujeres que sufren VG (violencia de género) mediante:

- La detección precoz de malos tratos.
- El registro exhaustivo en OMI
- Remitir casos a trabajadora social para exploración social, notificación su, monitorización y vigilancia epidemiológica.

Segunda reunión, tras consulta bibliográfica y formación de violencia de género; con finalidad de detectar los posibles casos de violencia cuando la paciente acude a consulta por problema de salud o revisión de crónicos.

Realizando unas directrices para:

- Reglas para la entrevista clínica
- Preguntas facilitadoras para entrevista clínica
- Los antecedentes, signos, actitudes y comportamientos de la paciente que pueden significar una situación de maltrato.
- Detección y valoración de la mujer víctima de la violencia de género

Reunión en septiembre para informar y poner en común con el resto de personal del centro de salud de las directrices anteriormente trabajadas. Obteniendo acuerdo para iniciar el proyecto en las consultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La participación del equipo de trabajo, tanto en las reuniones como todo el resto del equipo del centro de Salud Oliver en la reunión para iniciar el proyecto ha sido del 100%, iniciándose las entrevistas y derivando 6 casos a trabajadora social hasta diciembre de 2018.
Su valoración final se realizará tras un año de puesta en marcha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La sensibilización del equipo de atención primaria sobre VG es necesaria para una captación mas activa de pacientes con esta problemática.
Es necesaria más formación sobre violencia de género y su detección temprana.

7. OBSERVACIONES.

La posible realización masiva de un cribado anual, consistente en 1/2 preguntas podría aumentar la captación de pacientes.
Encontramos dificultades para abordar las entrevistas sin que las pacientes se sientan "interrogadas"

*** ===== Resumen del proyecto 2018/963 ===== ***

Nº de registro: 0963

Título
DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN UN CENTRO DE SALUD

Autores:
MIRANDA ANAYA ANA BELEN, LLORENTE PRESOL TAMARA, GASCON BRUMOS CARMEN, LORENTE VALIENTE BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: maltrato

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0963

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN UN CVENTRO DE SALUD

Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Enmarcado en la estrategia nacional para la violencia contra la mujer y el protocolo de actuación contra la violencia de género de Zaragoza

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer la sensibilidad de los profesionales en relación con la violencia de género en nuestro centro

MÉTODO

encuesta para conocer sensibilidad y conocimientos
formación y recuerdo del uso del servicio de atención al maltrato a la mujer de omi
informar sa los profesionales sobre la casuística del maltrato en nuestra zona de salud
formación para detectar y manejar el problema
desarrollo de semana de detección
evaluación del impacto de estas actividades
exposición al equipo
encuesta posterior

INDICADORES

resultado encuesta previa y posterior
descripción de los casos detectados

DURACIÓN

formación, encuesta inicial, información 2 días
semana de : 1 semana
1 día evaluación del impacto y exposición

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 - 2018/0966

1. TÍTULO

PROYECTO DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE FEDERICO BELTRAN LACORT
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL
ROY PEREZ CARMEN
SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Asistencia a la jornada de presentación del PROA 13/04/2018
Difusión a los profesionales del contenido de la Jornada, incidiendo en la utilización de antibióticos y la evolución de las resistencias bacteriana

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los profesionales están más concienciados de la importancia de una adecuada utilización de antibióticos para mejorar la sensibilidad de los microorganismos a los antimicrobianos. Han conocido la importancia de la estrategia IRASPROA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La participación en proyectos concretos aumenta la sensibilidad y conocimiento de los profesionales

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/966 ===== ***

Nº de registro: 0966

Título
PROYECTO DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS

Autores:
BELTRAN LACORT FEDERICO, RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL, ROY PEREZ CARMEN, SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento de resistencias a antibioticos y sus consecuencias importantes se considera un problema de salud pública, se requiere una optimización del uso de antibióticos.
La agencia española del medicamento pone en marcha el plan nacional para el control de antibióticos y en Aragón se aprueba el IRASPROA para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de antibióticos

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar el uso de antibióticos para evitar la emergencia de resistencias
Adherirse a los principios generales PROA
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0966

1. TÍTULO

PROYECTO DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS

MÉTODO

Asistencia a la jornada de presentación del PROA
Dar a conocer los principios del PROA

INDICADORES

REUNIÓN INFORMATIVA
indicadores de prescripción adaptados al entorno

DURACIÓN

jornada de presentación
información
seguimiento

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 - 2018/1090

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD OLIVER

Fecha de entrada: 23/01/2020

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.
SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL
HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION
MINGOTE TIZNER MARIA TERESA
VIVANCO SANZ DOLORES
ESCOLANO PARDO DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SESIONES ORGANIZATIVAS
SESIONES CLINICAS SOBRE: INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP
2 DE DIABETES
2 DE DISLIPEMIA
2 DE ANTICOAGULANTES ORALES
CARDIOPATIA ISQUEMICA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CONOCIMIENTO DEL ESTADO ACTUAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA Y EN ARAGON
VALORACION DE LA SITUACION ACTUAL DEL PROBLEMA, JUZGANDO EL ESTADO ACTUAL Y ENFOCANDO LAS POSIBLES ACTUACIONES HACIA LA MEJORA EN CONOCIMIENTOS Y COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES
MEJORA EN LA INSCRIPCION EN OMI DE LOS PLANES PERSONALES Y ACTIVIDADES CLINICAS Y PREVENTIVAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
APRENDIZAJE EN LA VALORACION DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA
AUMENTO DE COMPETENCIAS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE
MEJORA EN EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO
MEJORA EN LA ANOTACION EN OMI DE LOS PLANES PERSONALES DE LOS PACIENTES

7. OBSERVACIONES.
SE DEBE SEGUIR ACTUALIZANDO CONOCIMIENTOS Y COMPETENCIAS EN INSUFICIENCIA CARDIACA Y EN CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, EN UN TRABAJO MULTIDISCIPLINAR CON TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1090 ===== ***

Nº de registro: 1090

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS OLIVER

Autores:
SANCHEZ IBANEZ ANTONIO, SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL, ALONSO LEJ ELENA, HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION, MINGOTE TIZNE TERESA, GARCIA LANZUELA MARIA FERNANDA, VIVANCO SANZ 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:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
HAY VARIABILIDAD, BAJA COBERTURA Y DESIGUALDAD EN LA ATENCIÓN A LA INSUFICIENCIA CARDÍACA, ESCASA INTEGRACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y PREVENTIVAS EN EL PROCESO Y UN DESPLIEGUE DE MEDIOS EN DIAGNÓSTICO, TERAPIAS Y CUIDADOS QUE NO REPERCUTEN LO ESPERADO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1090

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD OLIVER

RESULTADOS ESPERADOS

MEJORAR LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA IC
REDUCCIÓN DEL USO URGENTE DE LOS SERVICIOS SANITARIOS
AUMENTAR LA COBERTURA DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL Y ANTINEUMOCÓCICA
POTENCIAR CUIDADOS
ADECUAR EL TTO FARMACOLÓGICO

MÉTODO

FORMACIÓN
VÍA /GUÍA CLÍNICA: CARDIOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, A PRIMARIA
REFERENTES RÁPIDOS
COMUNICACIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO CON MEDICINA INTERNA, CONSEJO DE SALUD

INDICADORES

MEJORA DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS
DISMINUCIÓN DE INGRESOS POR REAGUDIZACIÓN DE LA IC
CUIDADOS EN IC % IC CON VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL/ANTINEUMOCÓCICA
%PACIENTES CON PLAN DE CUIDADOS
ADECUADOS TTOS, REVISION

DURACIÓN

1 AÑO
CAMBIOS, TRAS CONSENSUAR VÍA CLÍNICA
FORMACIÓN: sesiones / gestión de casos / referentes rápidos
EVALUACIÓN
COMO UNICIÓN

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 - 2018/1090

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS OLIVER

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO SANCHEZ IBAÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL
ALONSO LEJ ELENA
HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION
MINGOTE TIZNE MARIA TERESA
VIVANCO SANZ DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SESIONES CLÍNICAS SOBRE MEDICACIÓN: ANTIDIABÉTICOS, ANTIINFLAMATORIOS
TRATAMIENTO EPOC
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
RECOMENDACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, DIETA Y ESTILOS DE VIDA
SESION SOBRE PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
REVISIÓN DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA TRAS HOSPITALIZACIÓN O ATENCIONES URGENCIAS
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE DESCOMPENSACIÓN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PARTICIPACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO EN LAS SESIONES CLÍNICAS
PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN "PASEOS SALUDABLES"
DISMINUCIÓN INGRESOS HOSPITALARIOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
AUMENTAR ADHERENCIA DEL PERSONAL Y LA POBLACIÓN EN LA PARTICIPACIÓN DEL CUIDADO Y EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO
MEJORAR EDUCACIÓN SANITARIA
FORMACIÓN

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1090 ===== ***

Nº de registro: 1090

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS OLIVER

Autores:
SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO, SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL, ALONSO LEJ ELENA, HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION, MINGOTE TIZNE TERESA, GARCIA LANZUELA MARIA FERNANDA, VIVANCO SANZ 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:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
HAY VARIABILIDAD, BAJA COBERTURA Y DESIGUALDAD EN LA ATENCIÓN A LA INSUFICIENCIA CARDÍACA, ESCASA INTEGRACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1090

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS OLIVER

DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y PREVENTIVAS EN EL PROCESO Y UN DESPLIEGUE DE MEDIOS EN DIAGNÓSTICO, TERAPIAS Y CUIDADOS QUE NO REPERCUTEN LO ESPERADO

RESULTADOS ESPERADOS

MEJORAR LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA IC
REDUCCIÓN DEL USO URGENTE DE LOS SERVICIOS SANITARIOS
AUMENTAR LA COBERTURA DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL Y ANTINEUMOCÓCICA
POTENCIAR CUIDADOS
ADECUAR EL TTO FARMACOLÓGICO

MÉTODO

FORMACIÓN
VÍA /GUÍA CLÍNICA: CARDIOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, A PRIMARIA
REFERENTES RÁPIDOS
COMUNICACIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO CON MEDICINA INTERNA, CONSEJO DE SALUD

INDICADORES

MEJORA DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS
DISMINUCIÓN DE INGRESOS POR REAGUDIZACIÓN DE LA IC
CUIDADOS EN IC % IC CON VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL/ANTINEUMOCÓCICA
%PACIENTES CON PLAN DE CUIDADOS
ADECUADOS TTOS, REVISION

DURACIÓN

1 AÑO
CAMBIOS, TRAS CONSENSUAR VÍA CLÍNICA
FORMACIÓN: sesiones / gestión de casos / referentes rápidos

EVALUACIÓN

COMO COMUNICACIÓN

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 - 2018/1095

1. TÍTULO

FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Fecha de entrada: 15/03/2019

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 ISABEL
LLORENTE PRESOL TAMARA
BERGA CELMA MONTSERRAT
CAROD BENEDICO ETEL
MIRANDA ANAYA ANA BELEN
GARCIA RUIZ MARIA PILAR
HERRERO ALONSO SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones Consejo de salud realizada el 12 de junio y 11 de diciembre 2018 de 15,30-17,30h.en las cuales se invita a todos los agentes del barrio y se explica la estrategia Atención Comunitaria y la repercusión en el Consejo de Salud, para seguir desarrollando el proyecto comunitario; el estado del proyecto de promoción de la salud de adicciones; la inclusión del proyecto en recursos para tu.

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. Explicación 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. Seguimos aprendiendo juntos dentro del consejo de salud para que sea efectivo, junto con el Grupó activo. Las jornadas de salud en el centro de mayores.

Tres reuniones en el año en 2018, de las cuales se envía información a todos los miembros del consejo de la estrategia de atención comunitaria. Seguimos enviando información diversa (reglamento de funcionamiento, órdenes y material de la caja de herramientas de saludinforma) para leer e ir trabajando el consejo.

Reuniones Mesa de agentes mensuales el 23 de enero, el 27 defebrero,,24 de abril,29 de mayo,25 de septiembre, 30 de octubre y 27 de noviembre de 10 a 14h.,en las que se ha continuado trabajado programa de promoción de la salud, de adicciones, los objetivos y realizar actividades, y en el que el centro de salud ha de ser un escaparate del barrio con frases e imágenes positivas en las paredes, invitación a seguir pautas de cuidado del cuerpo, la mente, y de aprovechar el test de hábitos tóxicos de omi para hacer educación individual en consulta y detectar consumos de riesgo para derivarlos a recursos planteados en el proyecto. En estas reuniones se exponen lo que van trabajando los diferentes recursos con el plan integral del barrio Oliver de forma coordinada.

Continuación de web en la que se puede colgar información, noticias, etc para todo el barrio, trabajando la convivencia en el barrio y como abordarla.

Reuniones: 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. durante 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 4 sesiones, una semanal de 9 a10,30h.con participación activa e intercambio de experiencias en agosto-septiembre coordinadas con una profesional del centro de salud experta en el tema y una observadora.

Taller de maternaje, preparación al parto y lactancia materna una profesional del centro de salud (matrona) 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.

Sesión de introducción al mindfulness el 26 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 alumn@s de 2ºy 4º de enfermería de prácticas explicando el proyecto y conceptos de salutogénesis y activos.

Reuniones del grupo de salud comunitaria: 3 de abril,19, 26 de abril, 22 octubre de 8a9h. Planteando dinámicas, y trabajar proyecto-contrato de gestión y otras actividades o demandas que van surgiendo.

Trabajamos en el grupo de derechos sociales-temas socioeducativos con el tema actuaciones de formación empleo inclusión en barrio Oliver. Actuaciones de mejora de la intervención de las administraciones públicas y en la gestión conjunta a través de actuaciones compartidas, donde se trabaja también fortificación de la 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 "formación en mediación y sensibilización comunitaria" dentro del plan integral de Oliver.

El 12 de diciembre con Amediar se realizó una actividad en relación al objetivo de salud comunitariapara la intervención en el barrio y 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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1095

1. TÍTULO

FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

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. 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, 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.

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 observación-también incluye el consejo de salud. Hemos consolidado la comisión de salud comunitaria con un grupo estable de trabajo. Hemos participado en la mesa de agentes con el proyecto de promoción de la salud y adicciones. Hemos acudido a las reuniones convocadas por el consejo de salud e introducido iniciar la estrategia de atención comunitaria. Se hace acta de cada reunión, comunicación por correo electrónico, se han cumplido objetivos realizando las dos reuniones previstas. La continuidad del taller de mindfulness participaron 6 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, entrevistas y revisión del consumo de medicación mirado en receta electrónica del paciente. 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. Evaluación: a través de la entrevista con matrona en la primera visita postparto .han acudido 80 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 16 personas en total y un grupo estable de 9 en cada sesión.

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. Nos cuesta trabajar con 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. El grupo de salud comunitaria está más consolidado.. 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 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 de horario, sin compensación alguna.Debería haber alguna formula para compensar las horas invertidas fuera del horario de trabajo. Echamos en falta recursos materiales como cartulinas, poster, rotuladores, fotocopias a color en A2, un panel con ruedas para anunciar e interactuar con la población a la entrada del centro.

7. OBSERVACIONES.

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, conflictividad, población pluripatológica y abundantes y diversos países de origen con muy diferentes costumbres, en unos núcleos concretos del barrio, uso incorrecto de recursos sanitarios y sociales, 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.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 psicosocial y salutogénico, incorporando la orientación comunitaria.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1095 ===== ***

Nº de registro: 1095

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1095

1. TÍTULO

FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Autores:
LOPEZ GRANADA MANUEL, CAROD BENEDICO ETEL, BERGA CELMA MONTSERRAT, HERRERO ALONSO SUSANA, LLORENTE PRESOL TAMARA, CASADO VELILLA ISABEL, MIRANDA ANAYA ANA BELEN, GARCIA RUIZ MARIA PIAR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

INTERÉS POR REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD FUERA DEL CENTRO
PREVALENCIA DE DOLORES OSTEOMUSCULARES SEDENTARISMO, ALTERACIÓN DEL ÁNIMO, TABAQUISMO

RESULTADOS ESPERADOS

PROMOVER INTERACCIÓN CON LA POBLACIÓN
DAR HERRAMIENTAS PARA TTO DE DOLORES MEDIANTE EJ FÍSICO Y ESTIRAMIENTOS
PROMOVER HÁBITOS SALUDABLES, ADECUACIÓN DEL PESO
DESHABITUACIÓN TABÁQUICA, CONTROL DEL ESTRES Y LA ANSIEDAD
APOYO EN EL EMBARAZO

MÉTODO

PASEOS
PREPARACIÓN PARTO, GIMNASIA PREMATERNAL
CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA
CONSULTA MONOGRÁFICA DE SALUD MENTAL
GRUPO DE YOGA PARA LOS PROFESIONALES

INDICADORES

ASISTENTES Y GRADO DE SATISFACCIÓN, ENCUESTA
INTERVENCIÓN E INTERRELACIÓN DE DIFERENTES ASOCIACIONES COMO FORMA DE INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS DEL BARRIO

DURACIÓN

EL AÑO EN CURSO
PASEOS Y CALENTAMIENTO 1 VEZ POR SEMANA
MATERNAL: CADA 15 DÍAS EN EL CENTRO CÍVICO
PERIODICIDAD DE LAS CONSULTAS MONOGRÁFICAS Y DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA, A DETERMINAR

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 - 2018/1153

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA C.S. OLIVER

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO SANCHEZ IBAÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL
TRASMONTA LIENAS PURIFICACION
BARBERA MONTESINOS CARMEN
GUILLEN BALLARD TERESA
BENEDICO SANCHEZ CRISTINA
VILLANOVA MUNIESA MARIA JOSE
VIVANCO SANZ MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

INSTALACION DE CARRO DE PARADAS CON 5 BANDEJAS: FARMACOS, VIA VENOSA, SUEROS+MATERIAL, VIA AEREA (2).
INSTALACION DE MALETIN DE URGENCIAS DOMICILIARIAS.
INSTALACION GAVETAS DE PLASTICO TRANSPARENTE EN LA PARED DE LA SALA DE URGENCIAS CON LOS DIFERENTES FARMACOS A UTILIZAR EN URGENCIAS (VIA ORAL Y PARENTERAL).
DAR A CONOCER A LOS MIEMBROS DEL EAP LOS RECURSOS PREVIOS (UBICACION, COMPOSICION Y ORGANIZACION).
DAR A CONOCER A LOS MIEMBROS DEL EAP LOS ALGORITMOS BASICOS DE RCP SEGUN EL ERC (SOPORTE VITAL BASICO, SOPORTE VITAL AVANZADO, BRADICARDIA, TAQUICARDIA, SINDROME CORONARIO AGUDO, SHOCK ANAFILACTICO Y OVACE). EN BREVE PLAZO ESPERAMOS CONTAR CON POSTERS EN COLOR DE ESTOS ALGORITMOS PARA COLOCARLO EN LUGAR VISIBLE DE LA CONSULTA DE URGENCIAS.
REVISION MENSUAL HOJA CADUCIDADES DE FARMACOS (PERSONA RESPONSABLE Y STOCK MINIMO).
ESTABLECER CIRCUITOS Y TURNOS PARA LA ATENCION URGENTE TANTO EN EL CENTRO COMO EN DOMICILIOS, DE FORMA CLARA Y EXPLICITA (ESTAN EXPUESTOS EN ADMISION).
ACTIVIDADES DE FORMACION PRACTICA EN RCP (TALLER DE RCP)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MAS DEL 80% DEL CENTRO CONOCE LA ORGANIZACION DE LA ATENCION URGENTE EN EL CENTRO: ESTRUCTURA Y UBICACION DE LOS RECURSOS, CIRCUITO ASISTENCIA A LA URGENCIA.
LA CADUCIDAD DE LOS FARMACOS ESTA ACTUALIZADA. HAY RESPONSABLES.
CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE FORMACION: MAS DEL 80% MIEMBROS DEL EAP CONOCE LAS RECOMENDACIONES DEL ERC (eruropean resuscitation council) SOBRE RCP Y TAMBIEN ASISTIO AL TALLER PRACTICO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA CONSECUION DE LOS RECURSOS NECESARIOS (CARRO, MALETIN, GAVETAS, ET..) HA SIDO FUNDAMENTAL PARA LA ORGANIZACION DE LAS URGENCIAS EN EL CENTRO.
ESTAMOS A LA ESPERA DE CONSEGUIR POSTERS EN COLOR CON LOS PRINCIPALES ALGORITMOS DE URGENCIAS. NOS PARECE IMPORTANTE TENERLOS EXPUESTOS EN LA SALA DE URGENCIAS.
SIN LUGAR A DUDAS EL ASPECTO FUNDAMENTAL ES LA FORMACION PRACTICA. LA REALIZACION DE UN TALLER SOBRE RCP ES TOTALMENTE INSUFICIENTE: SON SITUACIONES QUE REQUIEREN HABILIDADES Y DESTREZAS, QUE NO SOLEMOS TENER (este tipo de patologias no son frecuentes). COMO MINIMO UN TALLER SEMESTRAL.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1153 ===== ***

Nº de registro: 1153

Título
ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIACENTRO DE SALUD OLIVER

Autores:
SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO, SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL, TRASMONTA LIENAS PURIFICACION, BARBERA MONTESINOS CARMEN, GUILLEN BALLARD TERESA, BENEDICO SANCHEZ CRISTINA, VILLANOVA MUNIESA MARIA JOSE, VIVANCO SANZ 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)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1153

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA C.S. OLIVER

Otro Tipo Patología: URGENCIAAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: EDUCATIVOS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

LA ATENCIÓN URGENTE ES UN PUNTO ESPECIALMENTE SENSIBLE EN NUESTRA CARTERA DE SERVICIOS, EL AÑO PASADO INICIAMOS EL PROYECTO Y SE LE QUIERE DAR CONTINUIDAD.
INADECUADO USO POR PARTE DE LA POBLACIÓN EN HORARIO DE ATENCIÓN CONTINUADA

RESULTADOS ESPERADOS

MANTENER EL CONTENIDO DEL CARRO DE PARADAS Y EMERGENCIAS ORGANIZADO Y ESTANDARIZADO
MANTENER LA GESTIÓN DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETIN Y CARRO
MANTENER LAS HABILIDADES DE LOS PROFESIONALES EN ATENCIÓN URGENTE Y EN RCP
EVITAR DEMORAS EN LA ATENCIÓN URGENTE
EDUCAR A LA POBLACIÓN DEL EL USO ADECUADO DE LAS URGENCIAS.

MÉTODO

CONSENSUAR PROTOCOLO DE CONTENIDO Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADA Y MALETÍN DE URGENCIAS
PROMOVER LA AUTOFORMACIÓN EN ATENCIÓN URGENTE
TURNO DE ASIGNACIÓN DE LOS CASOS DE ATENCIÓN URGENTE
SITUAR EN LUGARES ESTRATÉGICOS LOS ALGORITMOS SOBRE LA ATENCIÓN DE LA PATOLOGÍA URGENTE
DISEÑAR Y DISTRIBUIR MATERIAL INFORMATIVO DIRIGIDO A LA POBLACIÓN CON LAS INDICACIONES DEL USO ADECUADO DE LA ATENCIÓN CONTINUADA

INDICADORES

DOCUMENTO DE ASIGNACIÓN DE LAS URGENCIAS, EN EL CENTRO, EN EL DOMICILIO Y EN LA CALLE:
EXISTE EL DOCUMENTO? LO CONOCEN LOS PROFESIONALES?
%PROFESIONALES QUE HA PARTICIPADO EN FORMACIÓN EN PATOLOGÍA URGENTE Y RCP
REVISIONES DEL CARRO Y MALETINES

DURACIÓN

INICIADO EN 2017, SE PREVE LA CONTINUACIÓN HASTA EL TOTAL DESARROLLO DEL PROYECTO

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 - 2018/1156

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD (PROYECTO DE CONTINUIDAD)

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE CARMEN GASCON BRUMOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LLORENTE FRESOL TAMARA
CASADO VELILLA ISABEL
GARCIA RUIZ PILAR
CEBOLLA GRACIA DOLORES
LOZANO SUSANA
BERGA CELMA MONTSERRAT
CAROD BENEDICO ETEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CONSEJO DE SALUD 1 POR TRIMESTRE
MAPEO DE ACTIVOS/RECURSOS, EN COLABORACIÓN CON ASOCIACIONES VECINALES: FORTALEZAS DE OLIVER, EMBAJADA ESCUCHA ACTIVA
PROMOCIÓN DE SALUD EN POSITIVO, DESMEDICALIZACIÓN: RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS, CENTRO DE MAYORES OLIVER

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ELABORACION DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO DE SALUD OLIVER
SE REALIZARON LAS REUNIONES CON PARTICIPACIÓN DE LOS DIFERENTES COLECTIVOS CONVOCADOS
SE PARTICIPA EN JORNADAS Y CURSOS DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN COMUNITARIA
SE MANTIENEN REUNIONES CON LA MESA DE AGENTES, PLAN INTEGRAL DEL BARRIO OLIVER
SE REALIZAN ACCIONES Y SE PARTICIPA EN JORNADAS DE VISIBILIZACIÓN DE FORTALEZAS DE OLIVER
SE TRABAJA EN LA RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS: INFORMACIÓN AL EQUIPO Y DERIVACIÓN

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DEBEMOS SEGUIR TRABAJANDO, APRENDIENDO Y ABRIENDO EL CENTRO A LOS DIFERENTES COLECTIVOS FORMARNOS EN ATENCIÓN COMUNITARIA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1156 ===== ***

Nº de registro: 1156

Título
RECUSOS PARA TU SALUD. PROYECTO DE CONTINUIDAD EN ATENCION COMUNITARIA. CS OLIVER

Autores:
GASCON BRUMOS CARMEN, LLORENTE PRESOL TAMARA, CASADO VELILLA ISABEL, GARCIA RUIZ PILAR, CEBOLLA GRACIA MARIA DOLORES, LOZANO SUSANA, BERGA CELMA MONTSERRAT, CAROD BENEDICO ETEL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
CONTINUACIÓN DEL PROYECTO DE ATENCIÓN COMUNITARIA, YA CONSOLIDADO

RESULTADOS ESPERADOS
SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DEL PROYECTO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1156

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD (PROYECTO DE CONTINUIDAD)

MÉTODO
CONSEJO DE SALUD
MAPEO DE ACTIVOS/RECURSOS
ACTIVIDADES Y REUNIONES CON DISTINTOS COLECTIVOS
PROMOCIÓN DE SALUD EN POSITIVO
DESMEDICALIZACIÓN

INDICADORES
REUNIONES CONSEJO DE SALUD

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN EL BARRIO

PARTICIPACIÓN EN FORMACIÓN

DURACIÓN
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 - 2018/1156

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

Fecha de entrada: 03/02/2020

2. RESPONSABLE CARMEN GASCON BRUMOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAROD BENEDICO ETEL
CASADO VELILLA MARIA ISABEL
GARCIA RUIZ MARIA PILAR
PAMPLONA CIVERA ANA MARIA
LOPEZ GRANADA MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Acta de Constitución de GRUPO DE TRABAJO Comunitaria Oliver
AGENDA COMUNITARIA: Renovación, junio 2019

Diseño y realización de mapa de recursos del Barrio Oliver; inicio para convertir esos recursos en activos de salud. <https://drive.google.com/open?id=1LMo06p10Qzy8CzCL4DNf0MVIUcFnZcbz&usp=sharing>
Introducción en OMI el activo: Paseos Saludables
REUNIONES DEL GRUPO DE COMUNITARIA en año 2019
7 febrero, 9 abril, 21 mayo, 10 septiembre, 22 octubre y 3 diciembre; planteando dinámica, recomendación de activos, realización de PowerPoint y exposición al AEP Oliver, evaluar actividades, comunicar activo Paseos saludables, creación cuenta correo para Comunitaria, realización mapa de recursos en drive,...
Reunión PACAD ARAGON, 17 mayo

SESIONES COMUNITARIA OLIVER
· Inicial de Estrategia, posibles proyectos comunitarios y de calidad, voluntarios para incorporarse al Grupo de Trabajo, 19 febrero.
· Dirección de Centro de Mayores Oliver, su inclusión de como activo de salud en Estrategia comunitaria
· Presentación de la Estrategia comunitaria, agenda y proyecto; 18 abril, al EAP Oliver. Desarrollo, actividades y mapa de recursos.
· Prescripción de activos en OMI-AP, derivaciones, hoja de recomendación y web de Estrategia Comunitaria, 8 junio
· Sesión de Matrona M^a Jesús Pobes: Educación maternal, Derivaciones y asesoramiento en anticoncepción, Prevención de embarazos no deseados
· e Ana Gracia Mercé, directora de Hogar de Personas mayores del IASS de Valdefierro, 12 junio, informa y explica los activos ya incluidos desde esta entidad: Servicio de Prevención y Promoción de Autonomía Personal, Programa Cuidarte y Formación de formadores, Hogar de personas mayores
· Sesiones a alumnos de 2º y 4º de enfermería: proyecto comunitario, conceptos de salutogénesis y activos, una por trimestre.
La comunicación con el equipo se ha realizado en sesiones, correo de omi y electrónico: anunciando actividades, colaboración u opinión, transmitidor resultados, activos como herramienta de prescripción. Sin embargo no ha dado "feedback" adecuado.

REUNIONES CONSEJO DE SALUD
Sede: Centro de Salud Oliver; trimestrales, en año 2019: Días 6 marzo, 5 junio y 13 noviembre.
Asistentes: Asociación Vecinos Oliver, UGT., Servicios Sociales, Colegios Fernando El Católico y Ramiro Soláns, Veterinario Y Farmacéutica, Zaragoza Vivienda, Centro De Mayores, CMAPA, Asociación Pares Suelos, Cáritas, Coordinadora Parque Oliver, Adunare, "La Bezindalla", Técnico PIBO, Zaragoza Vivienda, Centro Salud.

Abordándose temas de salud que preocupan a la población del barrio y las actuaciones comunitarias.
· Se elabora un documento con deficiencias del centro de salud.
· Se explica las diversas actuaciones que se realizan en el Plan de prevención de las adicciones 2016-2022.
· Información sobre contrato de gestión 2019.
· Explicación de la Agenda comunitaria Animando al resto de entidades a introducir sus recursos en la estrategia como Activos, y difundir los mismos.
· comunicados a Salud Pública refiriendo localización de plagas ratas y palomas.
· Se traslada la preocupación de la situación de las listas de espera en las consultas del centro, y como hacer un buen uso de los recursos.
Se invita al I Paseo Intergeneracional y Jornada Programa de Fortalezas Oliver
· Se envía este año información a todos los miembros de la estrategia de atención comunitaria
· Se revisa el reglamento de funcionamiento del Consejo

REUNIONES MESA DE AGENTES
Mensuales, teniendo lugar en el Centro Comunitario Oliver; en el año 2019:
22 enero, 19 febrero, 19 marzo, 2 abril, 21 mayo, 18 junio, 24 septiembre, 22 octubre, 19 noviembre y 17 diciembre.
Participantes Asociación Vecinos, Centro Comunitario, Zaragoza Vivienda, Cáritas, Centro Mayores, Colegios Ramiro Solans y Fernando El Católico, Servicios Sociales Ayuntamiento, Mesa Infancia, Asociación Ddialoga, Fundación Down, Centro Tiempo Libre, Centro Prevención De Adicciones, Cooperativa "La Bezindalla" y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1156

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

Residencia Ozanam

La misión es compartir las visiones y análisis del barrio permitiéndonos plantear acciones conjuntas, aunar esfuerzos y desarrollar acciones comunitarias; trabajando en red en temas como la educación - escolarización, convivencia, salud comunitaria, situación de la vivienda...

- Enero, valoración 10º Aniversario CENTRO COMUNITARIO.
- En marzo se evalúan el proyecto de Buildheat y el proyecto Cuéntame y Fortalezas Oliver,
- Plan de Desarrollo Sostenible y Comunitario.
- Campaña de acciones por un barrio limpio y amable.
- Mesa de redacción del Boletín Integral Oliver.
- Varias: valoración de la cincomarzada/entrega de premios/ Prevención /castañada/ fiesta de Paz/cabalgata...
- En octubre se presenta Activos en salud. El Centro de Salud comparte como subir a la plataforma las actividades o recursos como activos en salud.

- En septiembre se presenta nuevo proyecto comunitario, Red de embajadas.
- Proceso comunitario con CMAPA para la elaboración y desarrollo del Plan de prevención de adicciones en el barrio Oliver.
- Prevención de inicio al tabaco en menores
- Exposición con PowerPoint Estrategia comunitaria, web y inclusión Activos. Colaboración de todos agentes en el mapa de recursos.
- web en la que se puede colgar información, noticias, etc. p, trabajar la convivencia en el barrio y como abordarla.

REUNIONES CON EL PROGRAMA COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES DEL BARRIO OLIVER

Centro de salud participa en dos de los cuatro objetivos.

OBJETIVO 2: Incrementar habilidades comunicativas, afectivas y organizativas en el contexto familiar. Dotar

de herramientas para el manejo de conductas. Actuaciones:

- Se hace un estudio previo de los recursos que trabajan con familias.
- ¿Qué se está haciendo y trabajando con las familias?
- ¿A qué familias se llega y como poder acceder al resto de familias?

Reuniones: 18 enero, 6 febrero, 1 marzo, 22 marzo, 3 mayo, 14 junio, 29 noviembre.

OBJETIVO 3: Sensibilizar a la población de los efectos del consumo de sustancias y conductas asociadas.

Se incluyen actividades de prevención en eventos que ya tenemos, en Koncierto ritmo, se prepara concurso de cócteles sin alcohol. En la contada de cuentos se incluyen relatos preventivos.

- Elaboramos un documento PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ante diversas situaciones relacionadas con el consumo, tenencia, tráfico... de sustancias psicoactivas, así como ante aquellas conductas capaces de generar adicción.
- Bases del concurso ZERO COLILLAS; ZERO RIESGO para sensibilizar a la población del Barrio de las consecuencias de tirar las colillas al suelo, consecuencias medioambientales y de salud, ya que los chicos del barrio las están reutilizando. Del concurso sacaremos un mensaje y dibujo ganador que se imprimirá ceniceros de bolsillo. Los regalos para los ganadores serán relacionados con el deporte y la salud

Reuniones: 18 enero, 1 febrero, 2 marzo, 3 mayo, 31 mayo, 28 junio, 26 julio, 30 agosto, 27 septiembre, 25 octubre, 22 noviembre, 16 diciembre.

REUNIONES CON CENTRO MUNICIPAL DE SERVICIOS SOCIALES, SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO Y SERVICIO DE TELEASISTENCIA

Mensuales en 2019: 18 enero, 15 febrero, 22 marzo, 26 abril, 24 mayo, 21 junio, 13 septiembre, 18 octubre, 15 noviembre y 20 diciembre.

Reuniones fundamentadas en el incremento de personas mayores con edades avanzadas, viven solas, sin redes familiares o sociales, con deterioro del organismo y enfermedades, y bajos ingresos con consecuencias negativas para la salud y situaciones de aislamiento social.

OBJETIVOS:

- Coordinación de casos, dando respuesta a la soledad no deseada y situaciones de aislamiento social
- Seguimiento de casos con Servicio de ayuda a domicilio y Teleasistencia
- Valoración de nuevos casos

REUNIONES CON EL PROYECTO FORTALECE OLIVER. ESCUELA DE CIUDADANÍA VIVA

Proyecto de intervención comunitaria 2019, cuyo objetivo es fortalecer/afianzarla red de embajadas de fortalezas Oliver para hacerla sostenible en el tiempo y que sirva a las necesidades actuales del barrio, de manera colectiva.

- En el primer semestre del año, se ha dado visibilidad a las fortalezas a través de las redes sociales y pancartas distribuidas en seis edificios del barrio.
- Desde el centro de salud se elige la fortaleza de la capacidad de escucha, en marzo se diseñan carteles y chapas con los que transmitir la importancia de la escucha en nuestro centro. Las chapas las preparamos conjuntamente con el Centro de Tiempo Libre "El Zardacho"
- En septiembre se realiza un encuentro de trabajo conjunto, para programar un calendario común de las acciones, individuales y colectivas, que aborden necesidades del barrio desde las fortalezas.
- En otoño encuentro de reflexión-acción sobre las necesidades sentidas por el barrio.
- 4 noviembre reunión del grupo de acción colectiva de educación para la salud
- Desde la fortaleza "Capacidad de escucha" responde a la necesidad de disminuir la sensación de soledad no deseada y mejora autoestima colectiva.
- El pasado viernes 13 de diciembre, el Grupo de Acción Colectiva de Encuentros intergeneracionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1156

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

organizamos un paseo intergeneracional al que llamamos: «paseando entre villancicos». Participando Instituto María Moliner, odel barrio, Centro Comunitario, residencia Federico Ozanam, personal del Centro de Salud, Coordinadora Parque Oliver y La Bezindalla.

PARTICIPACIÓN EN EL PLAN INTEGRAL DEL BARRIO OLIVER

RED de Salud de Oliver, tutelada por el Centro de Salud Oliver, tiene como objetivo impulsar acciones comunitarias en el ámbito de la salud, mejorar la utilización de los recursos sanitarios para ganar eficacia y calidad, y limitar y prevenir el consumo sanitario inapropiado de recursos y tecnologías

- COORDINACIÓN CON ZARAGOZA VIVIENDA: Servicio de Atención que la propia Zaragoza Vivienda mantiene para informar a los vecinos sobre cuestiones: subvenciones, viviendas sociales, programa de viviendas para jóvenes, acondicionamiento de viviendas...
- Paseo grupal en el barrio, 29 de mayo, con PACAP y agentes del Barrio para conocer sus

recursos y estrategia comunitaria.

- Visita de 3 profesionales del centro de Salud al centro de mayores Oliver
- Visita de dos profesionales del centro de Salud al Hogar de mayores del IASS de Valdefierro
- Reunión con SARES: orientación de la estrategia comunitaria y recursos, en el centro de Salud Oliver.

Taller de técnicas de relajación y autocontrol semanales de una hora de duración los martes. En el primer semestre. 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. Participan 14 personas.

Grupos de educación para la salud en diabetes; se han formado 2 grupos con 4 sesiones semanales. Actividad que fue bien acogida por los participantes. No se ha realizado ningún método/ encuesta para su evaluación.

Taller educación bucodental y comida saludable, en el centro de tiempo libre "El Zardacho", impartido por personal del centro de salud, colaborando los niños con la realización de chapas con el texto "Yo te escucho"

Taller de mindfulness a un grupo de mujeres que toman ansiolíticos. se hicieron 3 sesiones, una semanal. Con participación activa e intercambio de experiencias en junio con una profesional del centro de salud experta en el tema, una observadora y residente de medicina de familia.

Taller de educación maternal, preparación al parto y lactancia materna, 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. Se realiza los jueves.

FORMACIÓN:

- Taller Formación de Formadores 27 de marzo
- Atención Comunitaria Basada En Activos: 16 Mayo a 13 Junio
- ¿Cómo iniciar un Proceso de Atención Participación Comunitaria desde un centro de Salud? 21 mayo a 20 junio
- ¿Cómo elaborar un Proyecto de Atención Comunitaria en un Centro de Salud? 23 mayo al 30 junio
- Jornada de Formación: Actividad física y Recomendación de Activos para la Salud, 25 septiembre
- Simposio: Participación comunitaria en Salud. 27 de noviembre de 2019
- I Encuentro en Salud Comunitaria y XVIII Jornada de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud 28 noviembre
- Simposio: La equidad en Salud Comunitaria, 28 noviembre
- Reunión de PACAP Aragón 19 diciembre
- Curso de Promoción de la Salud y Equidad 11 diciembre 2019 a 31 marzo 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

. Hemos intentado dar continuidad al proyecto de promoción de la salud, seguimos trabajando y surgiendo propuestas y actividades nuevas: fortalezas Oliver y Red de Embajadas ; hemos conseguido aumentar la participación comunitaria intersectorial mejorando la comunicación y el lenguaje común

Hemos creado Grupo de salud comunitaria con un grupo estable de trabajo, que sin embargo la mayoría de los profesionales somos noveles en esta estrategia.

Hemos participado en la mesa de agentes con el proyecto de promoción de la salud y adicciones, analizando problemas del barrio, desarrollando acciones conjuntas tras valorar debilidades y fortalezas.

Hemos acudido a las reuniones y convocado el consejo de salud.

En el taller de mindfulness se ha observado que han disminuido el consumo de ansiolíticos en dos; y empoderamiento en el total del grupo

Taller Centro de Tiempo Libre. Se ha observado que toman conciencia de cuáles son los hábitos saludables y alimentación.

Grupo maternaje: 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 la matrona.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1156

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los traslados de personal y cambio de profesionales ha hecho que se avanzará más despacio.
La Mesa de Agentes como motor de Estrategia Comunitaria
Tenemos que mejorar objetivos, indicadores, evaluación, coordinación y metodología de trabajo; para eso estamos comenzando a formar en los cursos de la estrategia comunitaria.
No sabíamos que había que crear Agenda, Actos en OMI-AP con las actividades comunitarias que se han ido realizando; lo cual podría haber servido para evaluación de asistentes, frecuencia
La asistencia a Mesa de Agentes ha recaído en 2 personas y el consejo de Salud en otras dos. Unas se han hecho en horario laboral, y otras fuera pero con mucho coste y la mayoría fuera sin compensación alguna. No se pueden contabilizar las horas dedicadas. Estamos trabajando con mucha voluntariedad, lo cual puede determinar la continuidad.
Echamos en falta recursos materiales como cartulinas, rotuladores, fotocopias a color, plastificaciones de carteles, un panel con ruedas para anunciar e interactuar con la población a la entrada del centro,...
Poco apoyo por el resto del equipo y por la dirección
El grupo ha decidido que sea una memoria final para terminar el proyecto de "Recursos para tu Salud"
Es esencial seguir trabajando y avanzando en Salud Comunitaria; pero con valoración del EAP, de dirección y dentro de la agenda de OMI-AP. No ha de depender de la voluntariedad

7. OBSERVACIONES.
Proyecto de 4 años que han participado diferentes profesionales, unos u otros años.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1156 ===== ***

Nº de registro: 1156

Título
RECUSOS PARA TU SALUD. PROYECTO DE CONTINUIDAD EN ATENCION COMUNITARIA. CS OLIVER

Autores:
GASCON BRUMOS CARMEN, LLORENTE PRESOL TAMARA, CASADO VELILLA ISABEL, GARCIA RUIZ PILAR, CEBOLLA GRACIA MARIA DOLORES, LOZANO SUSANA, BERGA CELMA MONTSERRAT, CAROD BENEDICO ETEL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
CONTINUACIÓN DEL PROYECTO DE ATENCIÓN COMUNITARIA, YA CONSOLIDADO

RESULTADOS ESPERADOS
SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DEL PROYECTO

MÉTODO
CONSEJO DE SALUD
MAPEO DE ACTIVOS/RECURSOS
ACTIVIDADES Y REUNIONES CON DISTINTOS COLECTIVOS
PROMOCIÓN DE SALUD EN POSITIVO
DESMEDICALIZACIÓN

INDICADORES
REUNIONES CONSEJO DE SALUD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1156

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN EL BARRIO

PARTICIPACIÓN EN FORMACIÓN

DURACIÓN
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 - 2018/1184

1. TÍTULO

FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SUSANA MARTINEZ ASENSIO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLIS PASTOR ESTHER
YAGÜE NOGUE MARIA
GRACIA ASO NOELIA
TERREN PUIG GEMMA
SEQUEROS SAZATORNIL MARIA PILAR
VELA PEREZ PILAR
MOZAS PEREZ ELENA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Cronograma:

Reunión con los componentes del equipo de mejora para dividir tareas, y ponernos en contacto con los responsables de centros sociosanitarios en los que solemos tener pacientes a cargo del servicio de Hospitalización a Domicilio para informar de nuestro proyecto y consultar si quieren participar en el mismo. Una vez que quedó determinado el número de centros, se estableció el calendario de visitas a los mismos.

Elaboración de un Power-Point para la realización de las charlas en los centros socio-sanitarios, de un dossier para el personal trabajador de estos centros y de un tríptico para proporcionar al paciente y los familiares cuando se le envíe a su residencia. Todos estos documentos se realizaron con la colaboración del servicio de Medicina Preventiva.

Posteriormente se acudió a impartir charlas en los siguientes centros:

Residencia Domus Vi Zalfonada (Avda Salvador Allende 56)
Residencia Ballesol (Avda Salvador Allende 54)
Residencia Rey Ardid Valles Altos II (C. Bujaruelo 3)
Residencia Antonio Saura (C. Antonio Saura 4)
Residencia Juanita (C. Mariana Pineda 5)
Residencia Zaragoza 2 (Avda Salvador Allende 75)
Residencia Las Rosas (C. Valero Julián Ripol Urbano 7)
Residencia Marboré (C. Adolfo Aznar 7)

Las charlas tuvieron una duración de 50 min y en ellas se trató: las medidas de aislamiento que se han de tomar con estos pacientes y como llevarlas a cabo de manera eficaz en un centro socio-sanitario, la importancia de un correcto lavado de manos y se explicó que es un germen multirresistente (GMR) y qué consecuencias puede tener una infección de este tipo.

Se hizo uso de un ordenador, un cañón de proyección en el que presentamos el Power-Point elaborado. Entre los asistentes se repartió el dossier elaborado para el personal del centro así como los folletos para entregar a los familiares y pacientes y los carteles para colocar en las puertas de las habitaciones.

Al finalizar las charlas realizamos un taller de lavado de manos y de colocación y retirada de material de aislamiento: bata, mascarilla y guantes.

Así mismo solicitamos que rellenaran una encuesta de satisfacción y valoración del curso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el tiempo de elaboración del proyecto no se produjo ningún ingreso de otros pacientes en el mismo centro socio-sanitario por el mismo GMR del paciente inicial, si bien no podemos saber si se han producido otras infecciones que no hayan llegado a producir enfermedad.

Por otro lado en la encuesta anónima que se entregó a los trabajadores de los centros

el 100% de los asistentes valoraron con 5 puntos sobre 5 el interés del curso para su actividad profesional

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha tenido un gran impacto fundamentalmente sobre el personal trabajador de estos centros pues durante la realización de las charlas observamos que sus conocimientos acerca de este tema eran muy reducidos y por tanto no podían realizar correctamente las tareas de aislamiento con estos pacientes.

Ha quedado pendiente la posibilidad de realizar encuestas a los familiares y pacientes ingresados para comprobar si han notado diferencias en el trato recibido antes y después de la charla.

Creemos importante la sostenibilidad de este proyecto ya que en el sector Zaragoza 1 existe un gran número de centros socio-sanitarios a los que por falta de tiempo no se ha podido acudir durante la elaboración del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

La asistencia a residentes colonizados/infectados por gérmenes multirresistentes en centros sociosanitarios suele crear situaciones de alarma entre los trabajadores de dichos centros, no obstante su presencia no supone un riesgo de contagio si se siguen unas medidas higiénicas adecuadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1184

1. TÍTULO

FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1184 ===== ***

Nº de registro: 1184

Título
FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

Autores:
MARTINEZ ASENSIO SUSANA, SOLIS PASTOR ESTHER, SEQUEROS SAZATORNIL PILAR, TERREN PUIG GEMMA, GRACIA ASO NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Detectamos frecuentemente que tras atender a pacientes con gérmenes multirresistentes en centros sociosanitarios, aparecen más casos en el mismo centro con el mismo tipo de germen. El personal que ahí trabaja no siempre tiene los conocimientos sanitarios necesarios para realizar correctamente un aislamiento. Es por ello que consideramos necesario la implantación de un programa de formación para este personal.

RESULTADOS ESPERADOS
Como resultados pretendemos disminuir las transmisiones infecciosas durante la movilización, aseo o tareas habituales en el entorno del paciente.
La población diana es todo el personal que trabaje en centros sociosanitarios donde residan pacientes ingresados en el servicio de hospitalización a domicilio..

MÉTODO
Preparación de un documento base para el adiestramiento del personal de los centros sociosanitarios.
Proporcionar cartelería informativa de los distintos tipos de aislamiento para las habitaciones y trípticos para el personal y familiares.
Ofrecer una charla informativa en cada uno de los centros en los que tengamos pacientes ingresados. En ellas se trabajará sobre el lavado de manos, las medidas de aislamiento y como ejecutarlas de una forma adecuada.

INDICADORES
Realizaremos un registro de los pacientes que tengamos ingresados en el servicio de hospitalización a domicilio con gérmenes multirresistentes y que residan en centros sociosanitarios, para poder comprobar si en días posteriores se detectan nuevos casos con los mismos gérmenes.

Realizaremos un cuestionario previo a las charlas al personal al que van destinadas y dos semanas después realizaremos otro para valorar el grado de aprendizaje.

DURACIÓN
La duración será del 1 de junio al 31 de diciembre de 2018. Los responsables de su implantación serán las enfermeras del servicio de hospitalización a domicilio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1006

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE OLIVER

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE DANIEL ESCRIBANO PARDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARBERA MONTESINOS CARMEN
SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL
SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Sesiones Formativas en el Centro de Salud sobre el uso adecuado y efectivo de los antibióticos en las consultas de Atención Primaria en las patologías más prevalentes (infecciones respiratorias y urinarias)
-Sesiones Clínicas informando a los miembros del Equipo de los resultados obtenidos en el uso de antibióticos (Informes de antibióticos y monitorización de indicadores)
-En ambas ha habido una asistencia superior al 80%.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora en resultados en el uso de antibióticos en informes emitidos desde la Gerencia de AP (Informes de antibióticos y monitorización de indicadores con descenso mayor del 2% que era el esperado)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es evidente el incremento en las resistencias que estamos viendo en nuestras consultas y/o hacemos un uso adecuado y efectivo de los antibióticos de los que disponemos o en poco tiempo no tendremos recursos en éste sentido y es fundamental la implicación y toma de conciencia por parte de los profesionales y también implicar en ello a los usuarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1006 ===== ***

Nº de registro: 1006

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE OLIVER

Autores:
ESCRIBANO PARDO DANIEL, BARBERA MONTESINOS CARMEN, SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL, SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1006

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE OLIVER

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO

1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
 - Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 20,5 (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN

Abril-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2019/1100

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO EN C. S. OLIVER 2019

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE EVA MARIA SANZ ABOS
· 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
LOPEZ GRANADA MANUEL
HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION
MORENO BONA NATALIA
BENEDICO SANCHEZ CRISTINA
LOZANO JOSA SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

26 de febrero 2019:

Sesión de explicación de datos del cuadro de mandos de recopilando datos de atención del pie diabético en cada cupo, en el centro de Salud Oliver y en área III, e instauración en ordenadores que no lo tuvieran.

14 y 21 de marzo 2019:

Dos talleres prácticos: exploración del pie diabético, impartidos por Manuel López

12 Abril 2019:

- Reunión del grupo de trabajo para establecer la estrategia del proyecto- Asistencia a curso externo de formación para mejorar la competencia del profesional de enfermería en pie diabético.

- Análisis de datos actuales del C.S. Oliver

- Sesión clínica con el resto del EAP para exposición de datos de partida y proyecto

- Asistencia a curso externo de formación para mejorar la competencia del profesional de enfermería en pie diabético. 15, 16 y 17 de abril de 2019. Manuel López Granada "Taller de evaluación y seguimiento del pie diabético y sus complicaciones"

14 de Mayo 2019:

- Sesión clínica teórica sobre pie diabético y metodología de registro en OMI- 2 talleres prácticos: exploración

- Información sobre circuitos de derivación

Mayo a diciembre:

- Mejora en el implemento el servicio de pie diabético en consulta de enfermería (datos del cuadro de comando)

Septiembre:

- Reunión del grupo de trabajo para evaluación semestral

Diciembre:

- Evaluación de indicadores seleccionados, mostrando los resultados al EAP y propuestas de mejora para siguiente año.

Se ha cumplido correctamente con el calendario programado en el proyecto.

Recursos empleados:

- Doppler (Creemos necesario tener más de uno en el C. S. Oliver)

- Diapasón y monofilamento (recambio c/6-12 meses)

- Ordenador y cañón de video

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Realización sesión formativa: SI

-Nº asistentes de enfermería a sesión formativa. 77%

-Realización de taller pie diabético: SI

-Nº asistentes taller práctico: 66%

-Nº asistentes del EAP a la reunión de evaluación. 77%

-Nº de pacientes diabéticos con revisión de pie diabético/Nº pacientes diabéticos. Enero 2019 29%. Enero 2020: 31%.

Se ha superado el standard marcado en el proyecto en todos los indicadores

La fuente y método de obtención de resultados ha sido mediante el cuadro de mandos de OMI-AP y actas de sesiones y talleres realizados en el centro de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1100

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO EN C. S. OLIVER 2019

La prevención, educación sanitaria dirigida al paciente, la educación hacia el profesional sanitario, y una monitorización y seguimiento adecuado de los pacientes pueden disminuir tasas de amputación entre el 49% y el 85%. La estrategia prioritaria es reducir las complicaciones asociadas a la patología descrita en el proyecto, incrementando el control del pie diabético a nivel asistencial en atención primaria, teniendo como herramienta de monitorización el cuadro de mandos de diabetes.

Una correcta línea en el diagnóstico, detección precoz, y la adecuada clasificación del riesgo y prevención de complicaciones por parte de atención primaria, nos ayudaran a la disminución de posibles secuelas y así aplicar los tratamientos que precise el paciente en cada momento.

Mejora de la práctica clínica.

La importancia de informar de los resultados a los profesionales, y así impartir la formación en los aspectos más deficitarios, ofreciendo motivación en los mismos, nos ayuda a generar un posible cambio de actitud de estos ya que el seguimiento y la reevaluación se hacen imprescindibles en el proyecto de mejora.

La identificación de los problemas, y la calidad de la atención del paciente diabético mediante la monitorización de indicadores de calidad es muy útil para detectar primero y aplicar posteriormente las posibilidades de mejora en todo proceso asistencial del diabético, utilizado los indicadores como medida cuantitativa para controlar la calidad de aspectos de la práctica que creemos relevantes.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto puede tener alguna modificación dependiendo de la disponibilidad de los profesionales en el centro. La valoración del pie diabético según su grado en algunos casos, es realizado en atención especializada dicho seguimiento no es posible la monitorización de datos. Por lo cual no se interpretan en el cuadro de mandos de diabetes.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1100 ===== ***

Nº de registro: 1100

Título
MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO EN C. S. OLIVER

Autores:
SANZ ABOS EVA, CASADO VELILLA MARIA ISABEL, LOPEZ GRANADA MANUEL, HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION, MORENO BONA NATALIA, BENEDICO SANCHEZ CRISTINA, LOZANO JOSA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El pie diabético es una complicación de la diabetes que se asocia con una importante morbilidad, mortalidad, costes, y disminución de la calidad de vida. Puede ocasionar importante discapacidad y en ausencia de control del paciente y manejo inadecuado, puede derivar hacia un resultado desfavorable con una posible amputación del pie o pierna. La diabetes mellitus puede considerarse la primera causa de amputación no traumática en miembros inferiores.

La prevalencia de pie diabético oscila entre el 2,4-6,35 % de la población general y entre el 8-13% de los pacientes diabéticos. Esta entidad clínica afecta con mayor frecuencia a la población diabética entre 45 y 65 años, es más prevalente en varones que en mujeres, y en la diabetes tipo 2 respecto al tipo 1. El riesgo de amputaciones para los pacientes diabéticos es hasta 15 veces mayor que en pacientes no diabéticos. La incidencia de amputaciones en pacientes diabéticos muestra una gran variabilidad, se sitúa entre 2,5-6/1000 pacientes diabéticos/año. Las tasas de mortalidad, sobre todo cardiovascular, tras una úlcera y la amputación son muy elevadas, casi un 60% de las personas fallecen en el transcurso de 5 años tras una amputación y casi un 40% en el caso de las úlceras.

La Estrategia planteada en este proyecto está encaminada a disminuir las complicaciones asociadas al pie diabético incidiendo en las consultas de enfermería, incrementando la revisión del pie diabético y valoración del riesgo, para detectar y prevenir las complicaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1100

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO EN C. S. OLIVER 2019

También se deben establecer actuaciones en formación y difusión, e incrementar la calidad del registro en OMI; puesto que se detectan inequidades en la atención, dependiendo de las cargas de trabajo y la formación que ha podido desarrollar cada enfermera/o de atención primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la formación en el diagnóstico y detección precoz del pie diabético.
 - Identificar factores de riesgo locales del pie mediante la exploración visual con atención especial a las anomalías anatómicas y hallazgos más frecuentes, la relación entre hiperqueratosis y zonas de hiperpresión e identificando las necesidades de actuación preventiva.
 - Identificará los síntomas y signos de neuropatía y vasculopatía, adiestrándose para ello en la exploración de pulsos, monofilamento y realización del índice tobillo-brazo.
 - Realizará el manejo del pie de riesgo bajo y moderado, estableciendo el seguimiento indicado según el riesgo: Unidad o consulta especializada en pie diabético
 - Conocerá los criterios y el circuito de derivación a unidad/consulta de enfermería en competencias avanzadas ante un paciente con pie de riesgo alto y ulcerado
- Aumentar la calidad del registro en OMI del paciente diabético
- Mejora de educación terapéutica básica de cuidados del pie y calzado, fomentando el cumplimiento de las revisiones.
- Conseguir incremento al menos 10% de exploraciones de pie diabético

MÉTODO

- Abril: - Reunión del grupo de trabajo para establecer la estrategia del proyecto
- Asistencia a curso externo de formación para mejorar la competencia del profesional de enfermería en pie diabético.
- Análisis de datos actuales del C.S. Oliver
- Sesión clínica con el resto del EAP para exposición de datos de partida y proyecto
- Mayo: - Sesión clínica teórica sobre pie diabético y metódica de registro en OMI
- 2 talleres prácticos: exploración
- Información sobre circuitos de derivación
- Mayo a diciembre: mejora en el implemento el servicio de pie diabético en consulta de enfermería (datos del cuadro de comando)
- Septiembre: - Reunión del grupo de trabajo para evaluación semestral
- Diciembre: Evaluación de indicadores seleccionados, mostrando los resultados al EAP y propuestas de mejora para siguiente año.

INDICADORES

- Realización sesión formativa: Estándar SI
- Nº asistentes de enfermería a sesión formativa. Estándar >50%
- Realización de taller pie diabético: Estándar SI
- Nº asistentes taller práctico: Estándar > 50%
- Nº asistentes del EAP a la reunión de evaluación. Estándar >50%
- Nº de pacientes diabéticos con revisión de pie diabético/Nº pacientes diabéticos >20% (datos del cuadro de comando de diabetes)

DURACIÓN

- Reunión del grupo de trabajo y sesión informativa inicial: Abril 2019.
- Mayo: talleres prácticos: Manuel López Granada
- Diciembre 2019/Enero 2020: Sesión de evaluación final, con análisis de indicadores. Ponente Eva Sanz Abós

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1104

1. TÍTULO

MEJORA EN CONTROL DE AUTOCONTROLES GLUCEMICOS Y DISPENSACION DE MATERIAL DIABETICO 2019

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL CASADO VELILLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VIVANCO SANZ DOLORES
ROMEO VALIENTE JOSE MIGUEL
VALIENTE LLORENTE BELEN
MORENO BONA NATALIA
HERNANDEZ GARCIA ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Reunión inicial del grupo motor del proyecto para elaborar proyecto, dinamizar las actividades y crear cronograma de las actuaciones: 12 de febrero 2019.
- Petición a laboratorio externo de 6 controladores para glucómetros.
- Creación de Acto y Agenda de Material diabético, desde el servicio de Admisión de Oliver, Belén Valiente, Administrativo; con información a los pacientes. Se diseñó y confeccionó carteles informativos para los pacientes, exponiéndolos durante el mes de abril en paneles informativos del centro, consultas y admisión.
- Sesión al EAP explicando el proyecto, la pertinencia del mismo y acceso y utilización del cuadro de mandos de diabetes, en OMI- AP. 7 de marzo de 2019. M^a Isabel Casado, enfermera.
- Se proporciona a las consultas de enfermería controlador de glucómetro y aplicación informática para valoración de automedicaciones de glucemias. También se revisa cuadro de mando en dichas consultas, y si precisan, se contacta con CAU para la instalación de "pluggins necesarios. Del 6 al 8 de marzo, Natalia Moreno, enfermera.
- Talleres de formación de manejo del controlador de datos del glucómetro. Ponente Manuel López, enfermero, los días 12 y 20 de marzo de 2019.
- Inicio de nuevo funcionamiento de la Consulta de Material Diabético, desde el 2 de mayo 2019 gestionada por Dolores Vivanco, TCAE del Centro Salud Oliver
- Sesión: "Instrucciones de utilización de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia capilar en el Servicio Aragonés de Salud" y "Procedimiento de gestión del autoanálisis de Glucemia Capilar", 18 de junio de 2019, M^a Isabel Casado. Se proporciona a cada enfermero/a documentación:
- Dispensación tiras reactivas (Salud) Anexo 1.
- Tiras reactivas en función del principio activo y el nombre comercial (Basado en instrucción 21 de mayo de 2013 Salud) Anexo 2
- Procedimiento de gestión de autoanálisis de glucemia capilar. Anexo 3
- Sesión de enfermería: 24 de septiembre de 2019. Se entrega a cada enfermero/a listado de pacientes de su cupo con frecuencia de adquisición de tiras reactivas en la consulta de Material diabético. Ponente: grupo motor (Anexo 4) y se tratan los puntos:
- Cambio de glucómetros
- Revisión de paciente por profesional que están utilizando material diabético 4
- Desarrollo del circuito de derivación de la consulta de Material Diabético a consulta enfermería/medico de referencia
- Reunión del grupo para evaluación del proyecto, 15 de diciembre de 2019.

El cronograma inicial se ha cumplido, y se ha tenido que ampliar alguna sesión más, por el cambio de glucómetros desde Central de compras.

RECURSOS EMPLEADOS.

- Controladores de Glucómetros
- Permisos de DAP para aplicación informática
- Instalación de "pluggins" en puestos de trabajo que no lo tenían.
- Formación en controladores de glucómetros

COMUNICACIÓN A PACIENTES Y PROFESIONALES

- Carteles informativos para los pacientes, acerca del funcionamiento de Consulta de Material Diabético y fecha de inicio. Se colocaron en paneles informativos de Admisión/ entrada al centro de Salud y exterior de consultas de enfermería.
- Información individual en Consulta de Material Diabético
- Educación, revisión individual en consulta de enfermería
- Se informó al resto del EAP Oliver en 3 sesiones:
- Inicial; informando del proyecto
- 2^a, Comunicando evolución del mismo y cambio de glucómetros
- Final, con resultados de evaluación.

MATERIAL PARA DESARROLLAR EL PROYECTO:

- Creación en programa de OMI_AP, Acto y Agenda de Material diabético
- Carteles informativos de Consulta de Material diabético

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1104

1. TÍTULO

MEJORA EN CONTROL DE AUTOCONTROLES GLUCEMICOS Y DISPENSACION DE MATERIAL DIABETICO 2019

- Programa de controladores de glucómetros y accesorio para descarga de datos
- Documentos de la Instrucción 21/05/2013 SALUD
- Creación de planillas para mejor control de tiras precisas en función de fármacos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS .

- Petición de controladores de glucómetros: SI, febrero 2019
- Abril 2019, Instalación informática en c. enfermería: SI
- Publicidad e información de apertura de Agenda de Material Diabético: SI, meses de abril y mayo, respectivamente
- Sesión del EAP- 7 de marzo de 2019: Información del proyecto al resto EAP Oliver. Inicio de Agenda de material diabético: SI
- Reunión de grupo para determinar circuito de derivaciones, 18 de junio 2019. SI
- Mayo a diciembre de 2019: aplicación del proyecto. Realizada
- Diciembre 2019/Enero 2020: Evaluación. Realizada 15 de diciembre 2019.SI

LOS INDICADORES UTILIZADOS, SU FUENTE Y MÉTODO DE OBTENCIÓN.

Los indicadores para la evaluación se han respetado los definidos en el proyecto, consiguiendo superar el estándar marcado.

- Creación de agenda de Material diabético: SI (Estándar:SI)
- N° consultas de enfermería que se adhieren al programa controlador de glucómetro: 80% de las consultas de enfermería. (Estandar >50%)
- N° asistentes a sesión inicial: 70% del EAP (Estandar >50% de EAP)
- Diferencia de consumo de tiras: antes/ tras proyecto. No se ha podido determinar por el cambio de glucómetros, dando un resultado sesgado.

La fuente de obtención han sido la Agenda de Omi-AP, las Actas de las sesiones y los registros de enfermería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

VALORACIÓN DEL EQUIPO DE MEJORA

- La creación de Agenda específica de suministro de material diabético ha supuesto disminuir el tiempo de demora de los pacientes en consulta de Material diabético; al estar citados con hora y día.
- Mejora del conocimiento de los pacientes diabéticos del valor del autocontrol y seguimiento en consulta de enfermería, revisiones de protocolos. También ha supuesto una oportunidad de contacto con los pacientes que no acuden a consulta de Atención Primaria por ser controlados por Especializada.
- Creemos que se ha logrado optimizar el coste del uso de tiras reactivas con la adecuación del autoanálisis a los objetivos terapéuticos del paciente diabético y disminuyendo la frecuencia de autocontroles en pacientes que no lo precisaran.
- El cambio de glucómetros en mitad del desarrollo del proyecto nos ha dificultado comprobar si el consumo de tiras reactivas ha disminuido.

Con el proyecto se ha mejorado la atención hacia los pacientes que precisan Material diabético, se han recordado las pautas de control de glucemias capilares, y ha supuesto una oportunidad de educación en diabetes, así como revisión de protocolos en pacientes que no suelen acudir a las consultas de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

Como se determinó en el proyecto, los pacientes que se les ha concedido un medidor de glucosa FreeStyle Libre, y por orden de endocrino; continúan con igual consumo de tiras reactivas de glucemia que tenían. En ocasiones, ha habido Ordenes Médicas, tanto de especialistas como de Primaria, que indicaban un consumo más elevado que el determinado en el manual de Procedimientos Diabetes mellitus. Revisión: C. Hubiéramos deseado poder comparar el consumo de tiras reactivas al inicio del proyecto y tras el mismo, sin embargo el cambio de glucómetros no nos lo ha permitido.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1104 ===== ***

Nº de registro: 1104

Título
MEJORA EN CONTROL DE AUTOCONTROLES GLUCEMICOS Y DISPENSACION DE MATERIAL DIABETICO

Autores:
CASADO VELILLA MARIA ISABEL, VIVANCO SANZ DOLORES, ROMEO VALIENTE JOSE MIGUEL, HERNANDEZ GARCIA ANA ISABEL, VALIENTE LLORENTE BELEN, MORENO BONA NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1104

1. TÍTULO

MEJORA EN CONTROL DE AUTOCONTROLES GLUCEMICOS Y DISPENSACION DE MATERIAL DIABETICO 2019

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La diabetes es una enfermedad metabólica de alta prevalencia. Sus características, diagnóstico, tratamiento y control requieren en un alto porcentaje de los pacientes, un seguimiento permanente del nivel de glucosa en sangre.

Estos pacientes realizan, en su gran mayoría el autocontrol de la glucemia mediante autoanálisis que consiste en la extracción capilar de sangre, colocación en una tira reactiva y su inmediato análisis en una pequeña máquina; glucómetro.

Actualmente en C.S. Oliver el suministro de material diabético a los pacientes, es realizado por TCAE a demanda y sin agenda, los martes y jueves de 11:30 a 12:30 horas, con gran variabilidad de demanda espontánea.

Además a pesar de las recomendaciones existentes, se está observando una gran variabilidad en:

- en la prescripción de tiras reactivas de glucemia
- en las revisiones de automediciones y control de los medidores de glucemia
- Una frecuencia de autocontroles no adecuada al tratamiento antidiabético recibido

RESULTADOS ESPERADOS

- Creación de Agenda específica de suministro de material diabético
- Disminuir el tiempo de demora en consulta de Material diabético
- Adecuación del autoanálisis a los objetivos terapéuticos del paciente diabético.
- Mejora del conocimiento de los pacientes diabéticos del valor del autocontrol y seguimiento en consulta de enfermería.
- Disminuir la frecuencia de autocontroles en pacientes que no lo precisen
- Optimizar el coste del uso de tiras reactivas

MÉTODO

- Creación de agenda de Material diabético, con información a los pacientes, el mes previo en paneles informativos del centro y consultas y admisión.
- Proporcionar a las consultas de enfermería controlador de glucómetro y aplicación informática para valoración de automediciones de glucemias.
- Formación de manejo del controlador de datos del glucómetro. Ponente Manuel López
- Sesión al EAP explicando el proyecto y de la pertinencia del mismo
- Sesión : "Instrucciones de utilización de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia capilar en el Servicio Aragonés de Salud" y unificar criterios
- Desarrollo del circuito de derivación de la consulta de Material Diabético a consulta enfermería/medico de referencia
- Sesión evaluación final

INDICADORES

- Creación de agenda de Material diabético: Estandar SI
- N° consultas de enfermería que se adhieren al programa controlador de glucómetro: Estandar >50%
- N° asistentes a sesión inicial. Estandar >50% de EAP
- Diferencia de consumo de tiras: antes/ tras proyecto

DURACIÓN

- Enero 2019: Petición de controladores de glucómetros
- Abril 2019, Instalación informática en c. enfermería
- Publicidad e información de apertura de Agenda de Material Diabético
- Sesión del EAP
- Mayo 2019: Inicio de Agenda de material diabético
- Reunión de grupo para determinar circuito de derivaciones
- Mayo a diciembre de 2019: aplicación del proyecto
- Diciembre 2019/Enero 2020: Evaluación

OBSERVACIONES

Quedaran fuera del programa los pacientes que se les ha concedido un medidor de glucosa FreeStyle Libre, que inicialmente y por orden de endocrino; continúan con igual consumo de tiras reactivas de glucemia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1104

1. TÍTULO

MEJORA EN CONTROL DE AUTOCONTROLES GLUCEMICOS Y DISPENSACION DE MATERIAL DIABETICO 2019

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1168

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD OLIVER 2019

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE SUSANA LOZANO JOSA
· 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
MEDRANO MARINA MARIA PURIFICACION
HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION
MINGOTE TIZNE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Creación un grupo interdisciplinar de trabajo interdisciplinar para elaborar dicho protocolo de acogida, en febrero 2019 con una sesión del EAP Oliver, y colaboración de profesionales que querían adherirse al proyecto. Se designó un responsable para la entrega del manual de acogida y de la encuesta-cuestionario sobre la información recibida a los nuevos profesionales
- Se realizaron reuniones de los participantes en el proyecto todos los martes y jueves de Enero a Abril de 2019 para la elaboración de un manual de acogida, que aporte información detallada en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos, estructura del equipo, límites geográficos, horarios y todo lo inherente a nuestro Centro de Salud para conseguir una óptima asistencia a los usuarios. Para la elaboración del manual nos hemos basado en el formato de manuales de acogida de los EAPs de nuestro sector.
- Mayo 2019, se continúa con el diseño de encuesta y planilla de registro que confirme la entrega del manual a los profesionales que se han incorporado al equipo de Oliver en el año 2019 por periodos de trabajo o periodos formativos.
- Mayo a diciembre, el responsable se encargará de dar el manual, encuestas y la información que le sea necesaria, as
Durante el segundo y tercer cuatrimestre se han recogido los datos hasta diciembre 2019
- Reunión de grupo en enero 2020 para interpretar los datos recogidos en las encuestas y hoja de registro de entrega del manual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Porcentaje de nuevos profesionales a los que se entrega el documento:(número de profesionales a los que se ha proporcionado el protocolo de acogida / en relación a los profesionales recién incorporados) por 100, resultado esperado 90%2..Resultado:100%. Se ha entregado documento al 100% de los nuevos profesionales incorporados tanto por bajas temporales largas, vacaciones, jubilaciones, movilidad voluntaria, personal en formación. Con un tiempo mínimo de permanencia en el EAP de 1 mes
2. Porcentaje de nuevos profesionales que rellenan la encuesta:(número de encuesta-cuestionarios realizadas/número de encuestas entregadas) por 100, resultado esperado 70%3. Resultado 80%
3. Porcentaje de nuevos profesionales que acredita conocer el funcionamiento del centro de salud:(número de encuestas que reflejen conocer al menos el 70% de las respuestas / total de encuestas entregadas) por100, resultado esperado 60%
4. Porcentaje de nuevos profesionales a los que el documento les ha resultado útil:(número de encuestas con una calificación superior a 70/ por el número de encuestas contestadas) por 100, resultado esperado 80%8 Resultado 80%
5. En la encuesta también se pregunta a los profesionales sobre posibles cambios en el manual de acogida las sugerencias aportadas ha sido:
-Mayor aclaración sobre funcionamiento
- Posibilidad de incluir en el manual el funcionamiento de los distintos aparatos de electromedicina(Electros, espirómetro,...)
- Aclarar el procedimiento del servicio de Admisión
- Explicaciones de derivaciones desde A. Primaria a otros Servicios de A. Especializada
-Frecuencia de revisión mantenimiento del manual de acogida

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se debería incrementar la información recogida en el Manual con el funcionamineto de servicio de Admisión y Tarjeta Sanitaria, y con los nuevos programas de funcioinamineto del laboratorio introducido este año en nuestro centro de Salud.

7. OBSERVACIONES.

Convendría una ampliación del Manual de acogida con información específica y funcionamineto de todo el aparataje del Centro. Tampoco se ha realizado ninguna referencia a Salud Comunitaria, Consejo de Salud,...

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1168 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1168

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD OLIVER 2019

Nº de registro: 1168

Título
REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD OLIVER

Autores:
LOZANO JOSA SUSANA, CASADO VELILLA MARIA ISABEL, MEDRANO MARINO MARIA PURIFICACION, HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION, MINGOTE TIZNE TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad del paciente

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
PROBLEMA
En el EAP de Oliver no se dispone en el momento actual de un Manual de Acogida. Los EAP son estructuras dinámicas con profesionales que se van trasladando. Esta movilidad del personal obliga a disponer de adecuados protocolos de acogida para orientarles en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos y en conclusión, acompañar al nuevo profesional, bien sea de plantilla, sustituto, residente o estudiante en prácticas; para que de este modo su trabajo redunde en prestar una óptima asistencia a pacientes y usuarios. Consideramos que esto es necesario porque redundará en una óptima asistencia a los usuarios del centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Resultados que se esperan conseguir:
- Mayor cocimiento sobre estructuras, procesos administrativos, asistenciales, así como funciones del equipo
- Adaptación más rápida de los profesionales al equipo de atención primaria
- Mejorar la seguridad del paciente con el correcto conocimiento de los circuitos propios de cada centro por los profesionales.

MÉTODO
Crear un grupo de trabajo interdisciplinar para elaborar dicho protocolo de acogida
Elaborar un manual de acogida, que aporte información detallada en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos, estructura del equipo, límites geográficos, horarios y todo lo inherente a nuestro Centro de Salud para conseguir una óptima asistencia a los usuarios.
Idear un registro que confirme la entrega del manual a los profesionales que se han incorporado al equipo de Oliver en el año 2019 por periodos de trabajo o periodos formativos.
Designar un responsable de referencia, para la entrega del manual de acogida y realice el registro.
Establecer una encuesta-cuestionario que ponga de manifiesto que los profesionales a los que va dirigido el protocolo, han adquirido un conocimiento suficiente del funcionamiento del centro, y explorar el grado de satisfacción de los nuevos profesionales en dicho documento.
El responsable se encargará de dar el manual, encuestas y la información que le sea necesaria.
La encuesta constará un apartado de observaciones en el que nos puedan hacer sugerencias de mejora.

INDICADORES
1. Porcentaje de nuevos profesionales a los que se entrega el documento:
(número de profesionales a los que se ha proporcionado el protocolo de acogida / en relación a los profesionales recién incorporados) por 100, resultado esperado 90%
2. Porcentaje de nuevos profesionales que rellenan la encuesta:
(número de encuesta-cuestionarios realizadas/ número de encuestas entregadas) por 100, resultado esperado 70%
3. porcentaje de nuevos profesionales que acredita conocer el funcionamiento del centro de salud:
(número de encuestas que reflejen conocer al menos el 70% de las respuestas / total de encuestas entregadas)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1168

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD OLIVER 2019

por
100, resultado esperado 70%

4. Porcentaje de nuevos profesionales a los que el documento les ha resultado útil:
(número de encuestas con una calificación superior a 70/ por el número de encuestas contestadas) por 100,
resultado esperado 80%

DURACIÓN

Duración y calendario

Sesión para comunicar y valorar el EAP la pertinencia de iniciar el proyecto. Abril 2019

Reunión de equipo de trabajo para planificar el proyecto. Mayo 2019

Realización del manual de acogida, libro de registro y encuesta-cuestionario Mayo, Junio 2018.

Recogida de datos de abril a diciembre

Evaluación de Diciembre 2019/ Enero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1172

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE OLIVER 2019

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ANA ISABEL HERNANDEZ GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS OLIVER
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON BRUMOS CARMEN
SANZ ABOS EVA MARIA
BENEDICO SANCHEZ CRISTINA
PAMPLONA CIVERA ANA MARIA
BERGA CELMA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesión clínica sobre el programa del paciente crónico complejo, 19 de febrero de 2019, basando en Proceso de Atención del paciente Crónico complejo de Aragón, versión 11/03/19, y entrega de listados de pacientes incluidos en GMA 99 y GMA>97, por cupos Febrero 2019, inicio de revisión de Grupos de Morbilidad Ajustada por encima de percentil 99 y su posible inclusión.

Sesión para comunicar y valorar el EAP Oliver la pertinencia de iniciar el proyecto. 7 de marzo 2019 Mayo 2019, inicio de revisión de pacientes con GMA en percentil entre 97 y 99, y criterios de inclusión. Evaluación cuatrimestral de indicadores con realización de acciones de mejora derivadas de los mismos indicadores, realizando reunión de grupo 17 de septiembre de 2019.

Las actividades realizadas se han ajustado al calendario marcado
- Recursos empleados, listados de paciente con GMA 99 y GMA 97-99 desde Secretaría de Dirección Área 3
- El programa del PCC se difundió entre los profesionales en dos sesiones, para lo cual el grupo de trabajo confeccionó un PowerPoint adaptado al centro salud Oliver
- En las sesiones de EAP se utilizó proyector para explicar cada paso en un power-point. Respecto a la información facilitada a los pacientes que se han ido incluyendo se descargó del mismo programa del PCC de OMI-AP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1- Porcentaje de pacientes con GMA > 99 que se han incluido en Programa: 63.5% (Numerador: Pacientes que pertenecen a un percentil GMA>99 y han sido incluidos en el programa Denominador: total de pacientes que pertenecen a un percentil)

2- Porcentaje de pacientes con GMA 99-97 que se han incluido en Programa: 16.8% (Numerador: Pacientes que pertenecen a un percentil GMA=99-97 y han sido incluidos en el programa Denominador: total de pacientes que pertenecen a un percentil)

3- Porcentaje de pacientes con GMA > 99 incluidos en el programa con cuidador identificado : 35.5%

4- Porcentaje de pacientes con GMA 99 - 97 incluidos con enfermera de referencia identificada: 59.2%

El material con que se ha realizado el proyecto ha sido obtenido mediante la revisión de historias clínicas de OMI-AP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el proyecto de mejora se consideró utilizar el indicador de porcentaje de pacientes incluidos en el programa que no pertenecen a la población diana (GMA <97%). No ha sido posible su uso e interpretación de los resultados debido a que no se disponen de listados de pacientes crónicos complejos incluidos.

Tras la valoración de los datos recogidos en el proyecto se puede estimar que la atención a los pacientes desde el punto de vista de cuidados de enfermería; con GMA >97, al igual que otros pacientes dependientes y crónicos, no han modificado sustancialmente los cuidados proporcionados desde atención primaria. Los cuidados y revisiones ya se estaban realizando por parte del profesional sanitario de atención primaria.

El contacto con cuidadores es esencial en estos pacientes, ya que muchas veces es el medio de comunicación entre paciente y profesional. Tras la realización del protocolo propuesto en OMI-AP, ya se asigna la enfermera de referencia para ese paciente.

Respecto al contacto y conocimiento de su enfermera de referencia, forma parte de la atención a cualquier paciente.

7. OBSERVACIONES.

La derivación al hospital de referencia, no se puede llevar adecuadamente debido a que la atención de la Unidad Del Hospital sólo es posible de lunes a viernes y de 8 a 15 horas. No existiendo una atención íntegra

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1172

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE OLIVER 2019

y continuada para este grupo de morbilidad ajustada. Se han recogido quejas por parte de usuarios por ese horario hospitalario de 8 a 15 horas; puesto que para algunos cuidadores que han de acompañar al paciente tenían que pedir más permisos de trabajo (tratamientos de infusiones de hierro, transfusiones..., podían hacerlo en horario de tarde en Hospital de Día, y la nueva unidad de PCC no da esa opción).

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1172 ===== ***

Nº de registro: 1172

Título
DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE OLIVER

Autores:
HERNANDEZ GARCIA ANA ISABEL, GASCON BRUNA CARMEN, SANZ ABOS EVA, BENEDICO SANCHEZ CRISTINA, PAMPLONA CIVERA ANA MARIA, BERGA CELMA MONTSERRAT, LOZANO JOSA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente el Programa de Atención a Crónicos Complejos del Gobierno de Aragón está teniendo desigual desarrollo en las diferentes zonas sanitarias; mientras en marzo de 2018 ya se habían establecido unidades de atención en Barbastro y Alcañiz; en nuestra Área de salud, apenas se ha desarrollado.

Debido a las características que tiene la población del C.S. Oliver, consideramos que la implementación del programa desde Atención Primaria dará lugar a una atención sanitaria individualizada y continuada, así como una actuación proactiva y preventiva, sobre los factores de riesgo de descompensación, que fomente la participación y corresponsabilidad del paciente y cuidadores en el proceso de la enfermedad.

Por otro lado, se ha dado en 2019, desde DAP Z-3 se ha priorizado, entre otros, los proyectos de Paciente Crónico Complejo.

Dado que la formación ha sido escasa, nos basaremos en el Proceso de atención a pacientes crónicos complejos en Aragón de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón con fecha 11/03/2019.

Iniciando el proyecto con la Identificación, captación y acogida al programa, y posteriormente continuar su desarrollo dependiendo de más formación y desarrollo de coordinación entre niveles.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1 - Identificar en OMI a los pacientes crónicos complejos objeto del proceso. Identificación
- 2- Comunicar al paciente los beneficios de la nueva organización asistencial. Captación
3. Garantizar la valoración integral del paciente.
4. Promover la autonomía y la capacitación de pacientes y cuidadores garantizando que adquieren las competencias necesarias para el manejo de su patología y la detección precoz de descompensaciones
5. Establecer mecanismos en los centros de salud que garanticen a los pacientes crónicos complejos y a su familiar de referencia/cuidador la máxima accesibilidad al servicio de admisión, a su enfermera y a su médico de AP

MÉTODO

Sesión clínica sobre el programa del paciente crónico complejo, Enero 2019

Febrero 2019, inicio de revisión de Grupos de Morbilidad Ajustada por encima de percentil 99 y su posible inclusión.

Sesión para comunicar y valorar el EAP la pertinencia de iniciar el proyecto. Marzo 2019

Mayo 2019, revisión de GMA en percentil entre 97 y 99, y criterios de inclusión.

Evaluación cuatrimestral de indicadores con realización de acciones de mejora derivadas de los mismos indicadores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1172

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE OLIVER 2019

INDICADORES

- 1- Porcentaje de pacientes con GMA = 97% que se han incluido en Programa. (Numerador: Pacientes que pertenecen a un percentil GMA=97y han sido incluidos en el programa Denominador: total de pacientes que pertenecen a un percentil)
- 2- Porcentaje de pacientes incluidos en el programa que no pertenecen a la población diana (GMA =97%) (Numerador: Pacientes que pertenecen a un percentil GMA=97y han sido incluidos en el programa Denominador: Pacientes incluidos en el programa)
- 3- Porcentaje de pacientes incluidos con cuidador identificado
- 4- Porcentaje de pacientes incluidos con enfermera de referencia identificada

DURACIÓN

Enero: sesión clínica programa paciente crónico complejo.
Junio-julio: primer corte de indicadores
Septiembre: segundo corte
Enero 2020: revisión final

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 - 2016/1372

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**

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1674

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 - 2018/0838

1. TÍTULO

DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR MARIN MURILLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SADABA
· Localidad SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAITA EZQUERRA ROSARIO
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se diseñaron carteles de divulgación del blog que se colgaron en lugares visibles del Centro de Salud y Consultorios locales. Se solicitó a los Ayuntamientos de la ZBS, CRA Los Bañales, Comarca de las Cinco Villas, Prensa Comarcal la inclusión del enlace de blog en sus páginas web, blog o redes sociales. La actividad planificada en el proyecto con la escuela no se ha llevado a cabo por falta de planificación con calendario escolar unida a la situación de inestabilidad vivida en el EAP por la falta de hasta el 50% de los profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2018 el blog ha tenido 2632 visitas con 1317 visitantes

2 redes sociales de entidades de la ZBS incluyen enlace del blog / 7 entidades a las que se les solicito.

El buzón de sugerencias del blog no ha recibido ninguna entrada

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque la divulgación del blog ha sido menor de la esperada, el nº de publicaciones realizadas por los profesionales del CS ha sido constante, con temática variada e interesante.

7. OBSERVACIONES.

A lo largo del 2019 se completará el proyecto con la actividad conjunta con la escuela organizando concurso de dibujo.

Se volverá a solicitar a las entidades que incluyan el enlace del blog en sus redes sociales.

Se pensará en alguna actividad para activar el buzón de sugerencias.

Se instará a los miembros del Consejo de Salud a que realicen alguna publicación

*** ===== Resumen del proyecto 2018/838 ===== ***

Nº de registro: 0838

Título
DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA

Autores:
MARIN MURILLO PILAR, LAITA EZQUERRA ROSARIO, 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: Población sana y con patología
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyectos Comunitarios

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Consejo de Salud cuenta con un blog desde Nov 2017. Por distintos motivos la divulgación del mismo ha sido escasa por lo que el nº de entradas es bajo.

El blog se creó con objeto de dar a conocer el funcionamiento del Consejo de Salud y como estrategia del Salud en promoción comunitaria de salud.

El buzón de sugerencias disponible en blog no ha tenido ninguna entrada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0838

1. TÍTULO

DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA

A lo largo de la corta existencia se han publicado de manera periódica artículos de promoción de hábitos saludables, información al usuario de pj : campaña VAG, campaña PCCR...

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- La población adscrita a la ZBS conocerá la existencia del blog
- 2- La población visitará el blog
- 3- El blog servirá de plataforma para nuevos proyectos comunitarios.
- 4-El blog servirá de comunicación entre la comunidad y el Consejo de Salud

MÉTODO

- 1- Diseñar carteles para dar a conocer el blog en la población
- 2-Solicitar a ayuntamientos, asociaciones y entidades de la ZBS que incluyan en sus web, blog o redes sociales el enlace al blog del Consejo de Salud.
- 3- Plantear un actividad de modalidad concurso en la escuela con temática de hábitos saludables que será publicada en blog, de esta manera dar a conocer el blog y el Consejo de Salud entre la población infantil

INDICADORES

- Incremento nº de entradas en blog
- nº web/blog/redes sociales que incluyen enlace a blog / nº web/blog/redes sociales a las que se ha solicitado inclusión
- Incremento nº sugerencias recibidas en buzón.

DURACIÓN

- MAYO 2018: Diseñar carteles.
- JUNIO 2018 Contactar con entidades para solicitar inclusión de enlace a blog en sus redes sociales.
- JUNIO 2018 Contacta con escuela para plantear actividad.
- OCT-NOV 2018:Realizar actividad en escuela.
- DIC 2018: Medir indicadores.

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 - 2018/0838

1. TÍTULO

COMPLETAR LA DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE SADABA

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE PILAR MARIN MURILLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SADABA
· Localidad SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAITA EZQUERRA ROSARIO
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA
BUENACASA LAFUENTE CARMEN
TENIAS GUALLAR JESUS
POLA COBA REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Enero 2019 se realiza reunión con equipo directivo del CRA Los Bañales para establecer las bases y organigrama del concurso de dibujo sobre HÁBITOS SALUDABLES.
Se confecciona cartel convocando el concurso de dibujo el cual se publica en blog del Consejo de Salud de Sádaba el día 3 febrero
Durante el mes de Marzo los alumnos realizan los dibujos para el concurso.
El 27 Marzo se reúne el jurado (equipo directivo + responsable del blog)para determinar los ganadores del concurso.
El 28 Marzo se publican los dibujos ganadores en el blog.
Las publicaciones en blog referentes al concurso de dibujo son compartidas como enlace al blog desde las redes sociales del CRA con el fin de difundir el blog entre las familias del alumnado
La actividad de diseño de cartel para dar a conocer el buzón de sugerencias del blog no ha sido realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Incremento nº visitas: Se alcanzaron 409 visitas al blog con 209 visitantes coincidiendo con la publicación de los dibujos del concurso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que la actividad del blog es constante con publicaciones con temática variada e informaciones en materia de salud y servicios, no se logra incrementar el nº de visitas al blog.
Por otro lado el blog se creó desde el Consejo de Salud y a pesar de la insistencia y oferta en las reuniones del Consejo, solamente los miembros del EAP han realizado publicaciones

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/838 ===== ***

Nº de registro: 0838

Título
DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUDO DE LA ZBS DE SADABA

Autores:
MARIN MURILLO PILAR, LAITA EZQUERRA ROSARIO, 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: Población sana y con patología
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyectos Comunitarios

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Consejo de Salud cuenta con un blog desde Nov 2017. Por distintos motivos la divulgación del mismo ha sido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0838

1. TÍTULO

COMPLETAR LA DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE SADABA

escasa por lo que el nº de entradas es bajo.

El blog se creó con objeto de dar a conocer el funcionamiento del Consejo de Salud y como estrategia del Salud en promoción comunitaria de salud.

El buzón de sugerencias disponible en blog no ha tenido ninguna entrada.

A lo largo de la corta existencia se han publicado de manera periódica artículos de promoción de hábitos saludables, información al usuario de pj : campaña VAG, campaña PCCR....

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- La población adscrita a la ZBS conocerá la existencia del blog
- 2- La población visitará el blog
- 3- El blog servirá de plataforma para nuevos proyectos comunitarios.
- 4-El blog servirá de comunicación entre la comunidad y el Consejo de Salud

MÉTODO

- 1- Diseñar carteles para dar a conocer el blog en la población
- 2-Solicitar a ayuntamientos, asociaciones y entidades de la ZBS que incluyan en sus web, blog o redes sociales el enlace al blog del Consejo de Salud.
- 3- Plantear un actividad de modalidad concurso en la escuela con temática de hábitos saludables que será publicada en blog, de esta manera dar a conocer el blog y el Consejo de Salud entre la población infantil

INDICADORES

- Incremento nº de entradas en blog
- nº web/blog/redes sociales que incluyen enlace a blog / nº web/blog/redes sociales a las que se ha solicitado inclusión
- Incremento nº sugerencias recibidas en buzón.

DURACIÓN

MAYO 2018: Diseñar carteles.
JUNIO 2018 Contactar con entidades para solicitar inclusión de enlace a blog en sus redes sociales.
JUNIO 2018 Contacta con escuela para plantear actividad.
OCT-NOV 2018:Realizar actividad en escuela.
DIC 2018: Medir indicadores.

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 - 2018/0843

1. TÍTULO

CONTROLAR RIESGO D INFECCION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CENTRO SALUD DE SADABA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE TERESA PEREZ GUZMAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SADABA
· Localidad SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO GUSTRAN CARMEN
TORRECILLA PASCUAL JOSE LUIS
MENA GALLIZO ELENA
MARIN MURILLO PILAR
POLA COBA REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE TRANSMITE A TODOS LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA IMPLICADOS (EAP,PAC,EVENTUALES) CONTENIDO DEL PROYECTO, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES.
SE ENTREGA TABLA CON LISTADO DE PRODUCTOS Y PERIODO DE SEGURIDAD MIENTRAS PERMANEZCAN ABIERTOS. TAMBIEN SE COLOCA EN PARED ENCIMA D EL CARRO DICHO LISTADO Y UN RECORDATORIO DE LA IMPORTANCIA DE ROTULAR LOS ENVASES AL ABRIRLOS. ADEMAS SE DEJA UN ROTULADOR INDELEBLE PARA PODER HACERLO.
LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA ADEMAS DE ROTULAR LOS ENVASES MULTIDOSIS CON LA FECHA DE APERTURA,DESECHARAN LOS ENVASES ROTULADOS QUE SE ENCUENTREN FUERA DEL PERIODO DE SEGURIDAD.
USARAN ENVASE MONOSODIS CUANDO SEA POSIBLE Y LOS DESECHARAN SI ESTAN FUERA DE PERIODO DE SEGURIDAD.
LA RESPONSABLE DEL PROGRAMA REALIZARA REVISIONES MENSUALES Y RELLENARA LA TABLA DE REGISTRO DE REVISIONES YA CONFECCIONADA PARA ELLO. EN DICHAS REVISIONES, DESECHARA LOS ENVASES NO ROTULADOS QUE ESTEN FUERA DEL PERIODOD DE SEGURIDAD, Y TAMBIEN LOS APOSITOS QUE ESTEN ABIERTOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
VAN DISMINUYENDO NUMERO DE ENVASES SIN ROTULAR EN EL CARRO, INCLUSO SE HAN DADO 2 REVISIONES MENSUALES EN LAS QUE NO HABIA NINGUN ENVASE ABIERTO SIN ROTULAR, CERO.
TAMBIEN HA HABIDO 2 REVISIONES CON CERO ENVASES FUERA DE FECHA.
PERO OCASIONALMENTE HAY ALGUN APOSITO ABIERTO Y SIN ROTULAR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
AL PRINCIPIO CUESTA UN POCO DE TIEMPO COGER EL HABITO DE ROTULAR Y REVISAR ENVASES,PERO INSISTIENDO Y REALIZANDO ALGUN RECORDATORIO, EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA VA MEJORANDO SU ACTITUD Y POR LO TANTO VA REPERCUTIENDO EN LA MEJORA DE ATENCION AL USUARIO.

7. OBSERVACIONES.
ESTE PROYECTO LOGRA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL USUARIO MEJORANDO EL HABITO LABORAL DE ENFERMERIA, CON MENOR ESFUERZO DEL QUE CUESTAN OTRAS MEJORAS.
MERECE LA PENA INTENTARLO Y SEGUIR INSISTIENDO.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/843 ===== ***

Nº de registro: 0843

Título
CONTROLAR EL RIESGO DE INFECCION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CS SADABA

Autores:
PEREZ GUZMAN TERESA, MORENO GUSTRAN CARMEN, TORRECILLA PASCUAL JOSE LUIS, MENA GALLIZO ELENA, MARIN MURILLO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0843

1. TÍTULO

CONTROLAR RIESGO D INFECCION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CENTRO SALUD DE SADABA

PROBLEMA

El carro de curas de la sala de urgencias del CS es un carro de uso común para todo el personal de enfermería del centro. El material que contiene el carro se usa para realizar curas urgentes o programadas durante el horario de Atención Continuada (A. C.)
El material de curas multidosis del carro (antisépticos, pomadas, colirios, suero fisiológico...) no es debidamente rotulado con la fecha de apertura, así mismo es habitual encontrar apósitos abiertos y almacenados en carro, suponiendo ambas circunstancias un alto riesgo de contaminación del material y consecuentemente un riesgo de infección de las heridas sobre las que se realiza las curas.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Todos los envases multidosis estarán debidamente rotulados con la fecha de apertura.
- 2- Todos los profesionales de enfermería conocerán los periodos de tiempo de seguridad que pueden permanecer los envases abiertos.
- 3- Ningún envase rotulado con fecha de apertura sobrepasará el periodo de tiempo de seguridad aconsejado según las indicaciones de la Farmacia de HCU.
- 4- No se almacenará ningún apósito abierto en carro de curas.
- 5- En el caso de existir presentación mono dosis este será el formato de envase disponible para uso en carro.
- 6- El carro será revisado periódicamente por responsable designado

MÉTODO

- Informar a todos los profesionales de enfermería implicados (EAP, EAC, personal eventual) sobre el proyecto, objetivos y actividades
- Facilitar tabla con listados de productos y periodo de seguridad en el que pueden permanecer abiertos. La tabla es confeccionada por el servicio de Farmacia del HCU.
- Los profesionales de enfermería rotularán los envases multidosis con fecha de apertura
- Los profesionales de enfermería desecharan los envases rotulados que se encuentre fuera de periodo de seguridad.
- Los profesionales de enfermería no almacenarán los apósitos abiertos.
- Los profesionales de enfermería usarán los envases mono dosis disponibles.
- Colocar en carro de curas un rotulador indeleble para facilitar la rotulación.
- Nombrar como responsable de revisiones del carro al responsable del proyecto que realizará revisiones mensuales
- Las revisiones se realizarán mensualmente coincidiendo con el día de solicitud de material al almacén de farmacia del HCU
- Confeccionar tabla de registro de revisiones.
- En la revisión se desecharán los envases no rotulados, los envases rotulados fuera de periodo de apertura seguro, los apósitos que se encuentran abiertos.

INDICADORES

- Indicador 1:
nº envases debidamente rotulados / nº de envases existentes en carro.
Estandar:100%
- Indicador 2:
nº de envases rotulados en periodo óptimo de seguridad /
nº envases rotulados.
Estandar: 75%
- Indicador 3 :
0 apósitos abiertos en carro de curas

DURACIÓN

El periodo de evaluación será de Mayo del 2018 a Diciembre de 2018 realizándose un total de 8 revisiones. Mayo 2018.
Presentación proyecto de Mejora a los profesionales de enfermería implicados.
Reparto de tabla con periodos de seguridad de apertura de productos confeccionada por Farmacia del HCU
Designación del responsable de revisiones y confección de tabla de registro de revisiones.
Diciembre 2018.
Presentación de resultados de indicadores del Proyecto de Mejora

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 - 2018/0843

1. TÍTULO

CONTROLAR RIESGO D EINFECION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CENTRO SALUD DE SADABA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0852

1. TÍTULO

UNCASTILLO SE MUEVE

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN MORENO GUSTRAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SADABA
· Localidad SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALAN ALAYETO BERTA ELISABET

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se presenta actividad en Consejo de Salud Sádaba
Se realiza cartel anunciador para difusión del Proyecto y se publica en el blog del Consejo de Salud
Con fecha 21 Septiembre se inician los paseos
Se han realizado 20 rutas semanalmente.
El Ayuntamiento de la localidad facilitó chalecos de seguridad con el logotipo del proyecto.
Se ha creado grupo de whatsapp con los integrantes fijos del grupo
Se han tratado distintos temas sobre hábitos saludables en las charlas impartidas durante los paseos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº de personas que han mostrado interés por la actividad:45 personas
Nº de participantes en cada sesión fluctuante entre 5 y 25 personas, con una media de 18 participantes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad ha tenido buena acogida en la población de Uncastillo.
Se ha interaccionado socialmente entre población de distintas edades, siendo el sexo fema
nino el más participativo, y entre población sana y población con RCV ya establecido.

7. OBSERVACIONES.

Durante el desarrollo del proyecto tanto la persona responsable como la otra componente del equipo de mejora han sufrido ILT siendo asumida la consecución del proyecto por sus sustitutos.
La actividad programada de encuesta de satisfacción no se ha realizado por encontrarse la responsable de baja laboral y se pospone al mes de junio en el que se dará por terminado el proyecto de mejora.
Asi mismo se valora realizar alguna actividad conjunta con el colegio para dar continuidad al proyecto durante el 2019.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/852 ===== ***

Nº de registro: 0852

Título
UNCASTILLO SE MUEVE

Autores:
MORENO GUSTRAN CARMEN, GALAN ALAYETO BERTA ELISABET

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

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

Caminar a paso ligero cinco veces a la semana, durante al menos 30 minutos puede alargar la esperanza de vida hasta tres años y reducir el riesgo cardiovascular hasta un 11%. Caminar beneficia, de muchas formas, a nuestro sistema cardiovascular. Ayuda a reducir sus principales factores de riesgo, como son la obesidad, la hipertensión, y la diabetes, además, se ha demostrado que también contribuye a un aumento del tono muscular y nos ayuda a controlar el estrés emocional.
También se ha relacionado con la mejora de la interacción social y reafirmación personal
Resulta de suma importancia el fomento de la actividad física, como factor para mejorar la calidad de vida de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0852

1. TÍTULO

UNCASTILLO SE MUEVE

las personas

RESULTADOS ESPERADOS

PRINCIPAL:

Mejorar la salud cardiovascular de la población
Fomentar el ejercicio físico en los adultos de Uncastillo

SECUNDARIOS:

Aumentar el conocimiento sobre hábitos saludables
Fortalecer la red social en la comunidad
Mejorar la calidad de vida en la población diana

MÉTODO

Los paseos tendrán una duración de unos 50 minutos de forma semanal

10 minutos de estiramientos y calentamiento

30 minutos de paseo

10 minutos de estiramientos

Durante el paseo y estiramientos se realizarán charlas sobre hábitos saludables, que habrán seleccionado los participantes durante el paseo anterior. De forma lúdica y en ambiente distendido

Se hará un resumen/ puesta en común del tema tratado ese día al final del paseo

INDICADORES

Grado de aceptación de la actividad: Población diana total / personas que han mostrado interés, aunque no hayan participado en ningún paseo

Número de participantes en cada sesión

Resultados de la encuesta de satisfacción

DURACIÓN

Mayo: Desarrollo del proyecto

Junio: Difusión de la actividad: En el Ayuntamiento de Uncastillo, EAP

Consejo de Salud, Redes sociales

Junio-Septiembre: Captación de personas interesadas

Septiembre: inicio de la actividad (De forma semanal en horario de 9:30- 10:30)

Diciembre: Evaluación y Encuesta de Satisfacción

Junio/19: Final de la actividad.

Evaluación y Encuesta de satisfacción final

OBSERVACIONES

Según el número de participantes y edades, se podrían plantear dos grupos de paseo

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 - 2018/0903

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS SADABA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA MARTA ALVAREZ SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SADABA
· Localidad SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCOLADO ARANDA ANA MARIA
LABORDA EZQUERRA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se solicitó a Dirección el listado de pacientes con IC de nuestro centro.
- Se implementará el uso de GPC entre los profesionales del centro.
- Aumento de oferta servicios: incorporación plantilla autocuidados, visitas programadas en agenda OMI para pacientes con IC
- Se realizó un plan de formación específico: Sesiones Clínicas sobre IC.
- Se nombrará un referente de IC en el centro (responsable del proyecto).
- Creación de documentos con información para autocuidado del paciente e información a cuidadores
- Se comunicará el desarrollo del proyecto al Equipo, Servicio de Medicina Interna de referencia (Hospital de Ejea) y al Consejo de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha reducido los ingresos urgentes por reagudización de IC por la coordinación con el servicio de MI del Hospital de Ejea y la educación dada a los pacientes y sus cuidadores.
Hemos conseguido que todos los profesionales usen las Guías de práctica Clínica sobre IC según la Sociedad de Cardiología.
No ha sido posible acabar la revisión de todos los tratamientos de estos pacientes dado que no se han cubierto bajas labores largas del personal y se han incorporado nuevos profesionales tras el traslado que no conocen a los pacientes crónicos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos aprendido que es importante el seguimiento de GPC para el buen control de los pacientes crónicos (IC en este caso), así como la importancia de explicar a estos pacientes como debe ser su autocuidado e implicarlos en el seguimiento de su tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

No existe una ruta asistencial para pacientes crónicos en Hospital Lozano Blesa ni en Hospital de Ejea. La consecución de los proyectos de mejora se dificulta por los cambios en los equipos de AP.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/903 ===== ***

Nº de registro: 0903

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN EL CS SADABA

Autores:
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA, ALCOLADO ARANDA ANA MARIA, LABORDA EZQUERRA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- Se han observado los siguientes problemas en la atención a nuestros paciente con Insuficiencia Cardiaca:
- Baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP
 - Diferencias en la formación de los profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0903

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS SADABA

- Falta de implementación GPC.
 - Falta de implicación en el proceso de IC
 - Las actividades preventivas comunitarias para IC no se integran en el proceso.
 - No se implementan completamente los medios diagnósticos, terapéuticos, cuidados y recomendaciones.
 - No existe una ruta asistencial definida para IC: planes de cuidados, planes estandarizados.
- Por lo tanto consideramos que debemos iniciar un proyecto de mejora para conseguir un seguimiento óptimo de los pacientes con IC y mejorar la atención que reciben por nuestra parte, Así evitaremos descompensaciones en pacientes con IC e ingresos de repetición.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar las actividades preventivas en IC.
- Reducir los ingresos en descompensaciones agudas.
- Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica.
- Potenciar los cuidados a los pacientes del programa.
- Adecuar el tratamiento farmacológico en IC.
- Mejorar los conocimientos de las GPC de IC de los profesionales del centro.

MÉTODO

- Se solicitará a Dirección el listado de pacientes con IC de nuestro centro.
- Se implementará el uso de GPC entre los profesionales del centro.
- Aumento de oferta servicios: incorporación plantilla autocuidados, visitas programadas en agenda OMI para pacientes con IC
- Se realizará un plan de formación específico: Sesiones Clínicas sobre IC.
- Se nombrará un referente de IC en el centro (responsable del proyecto).
- Se comunicará el desarrollo del proyecto al Equipo, Servicio de Medicina Interna de referencia y al Consejo de Salud

INDICADORES

- Número de ingresos urgentes por reagudización/ Número de pacientes con ICC (Reducción del 2% respecto al año anterior)
- Número de pacientes con IC con vacunación antigripal/ Número de pacientes con IC (Aumento del 10%)
- Número de pacientes vacunados antineumocócica/ Número de pacientes con IC (Aumento del 5%)
- Número de paciente con ICC en los que consta exploración básica (peso, TA, Perímetro abdominal)/ Número de pacientes con IC (Estándar 50%)
- Número de pacientes polimedificados con ICC a los que se ha revisado prescripción / Número de pacientes con IC (Estándar 50%)
- Pacientes con IC en tratamiento con calcioantagonistas / Número de pacientes con IC
- Pacientes con IC en tratamiento con betabloqueantes/ Número de pacientes con IC

DURACIÓN

- Aumento de oferta servicios: agendas OMI, plantilla autocuidados : mayo-diciembre 2018
- Sesiones clínicas: mayo-diciembre 2018
- Comunicación a EAP, Consejo de Salud: mayo- diciembre 2018
- Revisión prescripción: enero-diciembre 2018

OBSERVACIONES

No existe una ruta asistencial de pacientes con IC consensuada con el Hospital Ejea ni con el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, que son nuestros hospitales de referencia, lo que dificultará llevar a cabo este proyecto.

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 - 2018/0903

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN EL CS SADABA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA MARIA ALVAREZ SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SADABA
· Localidad SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABORDA EZQUERRA ROSARIO
MARIN MURILLO PILAR
ESPINOZA MOSQUERA PAUL
MORENO GUSTRAN CARMEN
PEREZ GUZMAN TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se solicitó a la dirección el listado de pacientes con IC del CS Sádaba.

Se realiza formación de los profesionales del centro:

5/9/2019 Sesión impartida por Rosario Laborda (DUE) sobre Aspectos generales de la IC.

9/1/2020 Sesión impartida por Marta Álvarez (Médico) sobre Manejo de la IC.

Ambas sesiones contaron con la asistencia del 100%de los profesionales del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1

nº de ingresos urgentes por reagudización de IC

NO SE CUENTA CON ESTE DATO DADO QUE NO HA SIDO FACILITADO POR EL HOSPITAL

Indicador 2

nº pacientes con IC con VAG/nº pacientes con IC: 53/60-0´883x100- 88´3%

Indicador 3

nº pacientes con IC con vacuna neumococo/nº pacientes con IC: 21/60-0´35x100- 35%

Indicador 4

nº pacientes con IC con exploración básica/nº pacientes con IC: 45/60-0´75x100- 75%

Indicador 5

nº pacientes polimedicados con IC que se les ha realizado revisión prescripción/nº pacientes con IC:

51/60-0´85x100- 85%

Indicador 6

nº pacientes con IC en tratamiento con Calcio-antagonistas / nº pacientes con IC: 17/60- 0´283x100- 28´3%

Indicador 7

nº pacientes con IC en tratamiento con betabloqueantes / nº pacientes con IC: 27/60- 0´45x100- 45%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El hecho de no contar con el dato de los ingresos en hospital por reagudización urgente merma objetividad al

proyecto dado que se desconoce si se ha alcanzado el objetivo primordial de disminuir ingresos hospitalarios.

El intento de disminuir la variabilidad entre criterios profesionales se ha alcanzado mediante las sesiones

formativas.

El compromiso profesional sobre el manejo del paciente con IC ha sido una constante en la dinámica de trabajo del

EAP.

Se tratará de establecer un circuito con cardiología de la zona para facilitar la realización de pruebas

complementarias para el diagnóstico de IC.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/903 ===== ***

Nº de registro: 0903

Título

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN EL CS SADABA

Autores:

ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA, ALCOLADO ARANDA ANA MARIA, LABORDA EZQUERRA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0903

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN EL CS SADABA

Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se han observado los siguientes problemas en la atención a nuestros paciente con Insuficiencia Cardiaca:

- Baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP
- Diferencias en la formación de los profesionales
- Falta de implementación GPC.
- Falta de implicación en el proceso de IC
- Las actividades preventivas comunitarias para IC no se integran en el proceso.
- No se implementan completamente los medios diagnósticos, terapéuticos, cuidados y recomendaciones.
- No existe una ruta asistencial definida para IC.: planes de cuidados, planes estandarizados.

Por lo tanto consideramos que debemos iniciar un proyecto de mejora para conseguir un seguimiento óptimo de los pacientes con IC y mejorar la atención que reciben por nuestra parte, Así evitaremos descompensaciones en pacientes con IC e ingresos de repetición.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar las actividades preventivas en IC.
- Reducir los ingresos en descompensaciones agudas.
- Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica.
- Potenciar los cuidados a los pacientes del programa.
- Adecuar el tratamiento farmacológico en IC.
- Mejorar los conocimientos de las GPC de IC de los profesionales del centro.

MÉTODO

- Se solicitará a Dirección el listado de pacientes con IC de nuestro centro.
- Se implementará el uso de GPC entre los profesionales del centro.
- Aumento de oferta servicios: incorporación plantilla autocuidados, visitas programadas en agenda OMI para pacientes con IC
- Se realizará un plan de formación específico: Sesiones Clínicas sobre IC.
- Se nombrará un referente de IC en el centro (responsable del proyecto).
- Se comunicará el desarrollo del proyecto al Equipo, Servicio de Medicina Interna de referencia y al Consejo de Salud

INDICADORES

- Número de ingresos urgentes por reagudización/ Número de pacientes con ICC (Reducción del 2% respecto al año anterior)
- Número de pacientes con IC con vacunación antigripal/ Número de pacientes con IC (Aumento del 10%)
- Número de pacientes vacunados antineumocócica/ Número de pacientes con IC (Aumento del 5%)
- Número de paciente con ICC en los que consta exploración básica (peso, TA, Perímetro abdominal)/ Número de pacientes con IC (Estándar 50%)
- Número de pacientes polimedcados con ICC a los que se ha revisado prescripción / Número de pacientes con IC (Estándar 50%)
- Pacientes con IC en tratamiento con calcioantagonistas / Número de pacientes con IC
- Pacientes con IC en tratamiento con betabloqueantes/ Número de pacientes con IC

DURACIÓN

- Aumento de oferta servicios: agendas OMI, plantilla autocuidados : mayo-diciembre 2018
- Sesiones clínicas: mayo-diciembre 2018
- Comunicación a EAP, Consejo de Salud: mayo- diciembre 2018
- Revisión prescripción: enero-diciembre 2018

OBSERVACIONES

No existe una ruta asistencial de pacientes con IC consensuada con el Hospital Ejea ni con el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, que son nuestros hospitales de referencia, lo que dificultará llevar a cabo este proyecto.

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 - 2018/0903

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN EL CS SADABA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1041

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO : EDUCACION EN DETECCION Y PREVENCION PARA ALUMNOS DE 3º Y 4º DE LA ESO

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ROSARIO LABORDA EZQUERRA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SADABA
· Localidad SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo - junio 2018 : comunicación al Ampa "Via Romana " y al Equipo directivo del instituto .
Julio - Agosto 2018 : Recopilación material didáctico, y análisis del mismo..
Septiembre 2018 : Reunión con Equipo directivo del centro .
Septiembre- Octubre 2018: elaboración y estructuración del taller y encuestas .
Primeros de Noviembre entrega de encuestas previas a los alumnos y análisis de las mismas .
26 de Noviembre 2018 Realización del taller con alumnos y encuesta final .
Diciembre 2018 : Analisis resultados encuesta y elaboración conclusiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El analisis de las encuestas indica mejoría en conocimientos para detección de violencia de genero en fases iniciales hasta en un 30%, mayor sensibilización con este tema 15% y un 100% satisfacción con el taller realizado .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las encuestas demuestran un alto grado de satisfacción de la totalidad de los alumnos, así como de la participación de los mismos, y aumento de conocimientos y sensibilización con el tema.

Considero que debería hacerse un taller similar al menos una vez al año con alumnos de 3º y 4º de la ESO o incluso preparar otro más adecuado para alumnos de 1º y 2º (que son los otros cursos que hay en nuestra sección).También podría organizarse algún taller para el AMPA .

7. OBSERVACIONES.

Me gustaría saber que otros indicadores podría utilizar para un taller posterior.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1041 ===== ***

Nº de registro: 1041

Título
VIOLENCIA DE GENERO : EDUCACION EN DETECCION Y PREVENCION PARA ALUMNOS DE 3º Y 4º DE LA ESO

Autores:
LABORDA EZQUERRA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: atencion a la comunidad
Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Diversos
estudios y encuestas nos hacen pensar que los adolescentes precisan conocimientos y habilidades para detección de la violencia de genero

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1041

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO : EDUCACION EN DETECCION Y PREVENCION PARA ALUMNOS DE 3º Y 4º DE LA ESO

en todas sus modalidades y en sus primeras manifestaciones .

La violencia de genero es un problema de nuestra sociedad que afecta a la salud en todos sus aspectos. Está demostrado que la educación basada en la igualdad de sexos y oportunidades es la base para erradicar este tipo de violencia .
La adolescencia es una edad adecuada para adquirir conciencia y actitudes.

RESULTADOS ESPERADOS

Educar, instruir y concienciar a los adolescentes .
Prevenir y detectar tipos de relaciones dañinas, así como de abusos en otros ámbitos.

MÉTODO

Reunión con equipo directivo del IES Reyes católicos Sección Sadaba para proponer esta actividad.
Reunión o comunicación al AMPA
Reunión con trabajadora social comarca para informar y solicitar material.
Análisis del material didáctico disponible .
Elaboración guión para charla a alumnos de 3º y 4º ESO.
Dar charla a alumnos de 3º y 4º de la ESO,
Elaborar encuesta satisfacción .

INDICADORES

Se pasará una encuesta previa a esta intervención a los alumnos para ver sus habilidades y conocimientos y posteriormente se pasará otra donde además de preguntar sobre contenidos se preguntará sobre grado de satisfacción y si consideran de utilidad la sesión.

DURACIÓN

Mayo 2018 . Contacto con AMPA y Equipo directivo IES

Junio 2018 . Contacto con servicios sociales de la comarca, Instituto Aragonés de la mujer,

Julio 2018 : Recopilación material formativo y análisis del mismo .

Agosto -Septiembre 2018 elaboración guión, y estructuración charla y de las encuestas .

Primeros Octubre 2018 Reunión con equipo directivo y puesta en común.

Noviembre 2018, charla a alumnos de 3º y 4º de la ESO.

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 - 2018/1122

1. TÍTULO

RUTAS AMABLES POR MI TIERRA, RUTAS SALUDABLES

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN PEREZ-CABALLERO BONA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ GUZMAN TERESA
LAITA EZQUERRA ROSARIO
VIDAL CANCER CONCHA
ESPES BIESCAS MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

16 Mayo/18: Reunión con responsables de CRA Bañales para presentación preliminar del proyecto
25 Mayo/18: Nuevo contacto con CRA Bañales para presentación definitiva del proyecto, concretar cronograma del mismo y personas responsables del proyecto dentro del Centro Educativo
16 Junio/18: Comunicación del proyecto en el Consejo de Salud de Sadaba. Se realizó una presentación en power point.
18 Junio/18: Presentación del proyecto al resto del EAP
Por cuestiones de calendario escolar se pospuso la elaboración del contenido y actividades a realizar con el Equipo del CRA, a partir de Septiembre, con el nuevo curso escolar.
Tras varios intentos de contactar con responsables de CRA entre Septiembre y Octubre/18, no se logro fijar fechas de trabajo. Por motivos de traslado del responsable del proyecto, no se pudo continuar con el cronograma establecido. desistiéndose del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al no poder completarse el proyecto, no se ha obtenido ningún resultado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha quedado pendiente todo el desarrollo del proyecto.
Al ser un proyecto presentado desde el C.S, quizá los profesores no se implicaron en su consecución y falto motivación. Ya que en las reuniones las necesidades sentidas y manifestadas eran diferentes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1122 ===== ***

Nº de registro: 1122

Título
RUTAS AMABLES POR MI TIERRA, RUTAS SALUDABLES

Autores:
PEREZ-CABALLERO BONA CARMEN, PEREZ GUZMAN TERESA, LAITA EZQUERRA ROSARIO, VIDAL CANCER CONCHA, ESPES BIESCAS MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una dieta inadecuada y la falta de actividad física son dos factores de riesgo de las principales causas de enfermedades evitables, como los trastornos cardiovasculares, la obesidad, algunos tipos de cáncer y la diabetes mellitus tipo 2. Frente a esto, caminar se considera a menudo como la forma de actividad física que mayores beneficios aporta para la salud. Además, es una práctica económica, que no requiere de un equipamiento complejo ni de instalaciones específicas, se adapta a multitud de horarios y se puede modular dependiendo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1122

1. TÍTULO

RUTAS AMABLES POR MI TIERRA, RUTAS SALUDABLES

las características personales, como la edad o el estado de salud
La actividad física es uno de los activos que de modo más redundante identifican los niños y jóvenes
El proyecto pretende diseñar una ruta saludable en cada municipio de la ZBS de Sadaba, contando para su diseño con la participación de todos los niños escolarizados en el Colegio Rural Agrupado Bañales; que es un único centro público compuesto por seis localidades (Alera, Biota, Castiliscar, Luesia, Sádaba, Uncastillo). Todos ellos pertenecientes a nuestra ZBS excepto Luesia.
Pretendemos que estas rutas unan distintos puntos identificados como saludables por los niños, medir distancias y dificultad, y en un futuro que cuente con señalización estable

RESULTADOS ESPERADOS

Implicar y sensibilizar a la población escolar en la generación/ promoción de salud.
Fomentar el ejercicio físico de toda la comunidad
Mejorar la salud cardiovascular de la población
Disminuir el grado de obesidad en la población de la ZBS de Sádaba

MÉTODO

1. Contacto con el Centro Educativo CRA Bañales, de la zona rural de Sadaba para presentar el proyecto y establecer una colaboración mutua.
 2. Presentar el proyecto en el Consejo de Salud de la zona
 3. Sesión en el C.S. para dar a conocer el proyecto a todos los integrantes del equipo
 4. Charla a todos los niños del CRA sobre salud
 5. Que los niños identifiquen zona saludables en su entorno
 6. Realizar una ruta saludable que pase por todos los puntos identificados como saludables en su pueblo
- Requisitos:
- a) Tener un recorrido de unos 3 km, que es la distancia aproximada para cumplir las recomendaciones de la OMS.
 - b) Que la ruta sea adecuada para las personas que potencialmente pueden hacer más uso de ella, normalmente personas mayores sin ningún factor invalidante que les impida cumplir las recomendaciones de realizar media hora diaria de actividad física por un trazado accesible y de dificultad baja.
7. Presentar estas rutas en Consejo de Salud, para su inclusión en las páginas Web de los ayuntamientos y su posible señalización estable.
 8. Fomentar los paseos saludables utilizando estas rutas desde las consultas de Atención Primaria.

INDICADORES

1. Numero de reuniones con el CRA Bañales
2. Número de niños que han participado en el trabajo/ total de niños escolarizados en el CRA entre 6-12 años.
3. Número de rutas diseñadas sobre el total de las escuelas del CRA.
4. Numero de reuniones con el Consejo de Salud, en las que se ha participado y trabajado el proyecto en el año.
5. Miembros del equipo participantes/ total de miembros del equipo.

DURACIÓN

1. Mayo 2018: Presentación del proyecto a comunidad Educativa y Miembros del EAP
2. Mayo/ Junio 2018: Elaboración y desarrollo teórico del programa. Contenidos y actividades consensuadas con el CRA Bañales
3. Septiembre 2018: Charla de unos 45 min de duración sobre salud a todos los niños escolarizados en el CRA Bañales de Sadaba
4. Septiembre / Octubre 2018: Trabajo grupal de los niños para la identificación de zonas saludables en cada municipio
5. Octubre 2018: Diseño de la ruta saludable que incluya los puntos identificados, con medición de la distancia entre cada uno de ellos y la distancia total.
6. Noviembre 2018: Presentación de las rutas al Consejo de Salud y difusión entre la población.

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 - 2018/1154

1. TÍTULO

ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ELENA MENA GALLIZO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SADABA
· Localidad SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ PEREZ JOSE MIGUEL
TORRECILLA PASCUAL JOSE LUIS
LIEVANO SEGUNDO MARIA PAOLA
POLA COBA REBECA
BUENACASA LAFUENTE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza en el centro de salud un taller teórico práctico de RCP y DEA destinado a médicos y enfermeras del centro. Desde dirección se nos proporciona un maniquí y un DEA para poder realizar la parte práctica. La Dra. María Paola Liévano es quien prepara el taller tras asistir a un curso de urgencias del 061. Dicho taller se lleva a cabo el 26 de Junio de 2018 con la asistencia de 10 participantes.

Preparamos una guía con las instrucciones para la correcta prueba test del desfibrilador que tenemos en la sala de urgencias. Dicha guía queda colocada en la pared junto al desfibrilador.

Se instaura un calendario de revisiones de maletines, vitrina de urgencias y desfibrilador y una planilla en donde se debe anotar la fecha y las personas que realizan las revisiones así como una hoja en donde se anotan las incidencias encontradas. Estos documentos se colocan en nuestra sala de estar.

Se consensua entre el equipo de urgencias un listado de fármacos y material fungible que debe contener la vitrina y el stock mínimo de cada uno de ellos. Dicho listado se coloca en la propia vitrina.

Se realiza un algoritmo que define el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Dicho documento se entrega vía mail a todos los trabajadores del centro, también se coloca una copia en la pared de admisión, a la vista de los administrativos.

El personal del centro es informado de todas éstas actividades y de dónde se colocan los documentos preparados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1:

Nº revisiones del maletín realizadas/ nº revisiones que se han de realizar según calendario

11/12 x 100= 91.6 % (Se supera el objetivo propuesto)

Objetivo 90 %

Se obtienen los datos de la planilla donde el personal anota las revisiones realizadas.

Indicador 2:

Porcentaje de profesionales que han participado en formación en patología urgente y RCP/nº total de profesionales del centro

10/11 x 100= 90,9 % (Se supera el objetivo propuesto)

Objetivo 80%

Los datos se extraen de la realización del taller teórico práctico de RCP y DEA incluido en el programa de sesiones clínicas del C. S. Sádaba.

Los profesionales quedaron muy satisfechos con la realización de éste taller ya que pudieron actualizar muchos conocimientos sobre atención urgente, además la parte práctica fue de gran utilidad.

Indicador 3:

Existencia de un documento que defina la asignación de casos de atención urgente.

Se elabora dicho documento en función del consenso alcanzado entre los propios trabajadores del centro.

Objetivo: Existencia de dicho documento

Indicador 4:

Porcentaje de los profesionales concededores del documento de asignación de casos de atención urgente/ nº total de profesionales del centro

12/12 x 100= 100 %

Objetivo: 100 %

Se envía una copia a cada uno de los profesionales que trabaja en el centro y se coloca otra en admisión en un lugar estratégico a la vista de todos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de cualquier proyecto que requiere el consenso entre los profesionales siempre viene bien para establecer comunicación, solucionar problemas y opinar sobre diferentes puntos de vista del personal, así

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1154

1. TÍTULO

ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA

conseguimos unificar criterios.

En nuestro caso, el C. S. Sádaba es un centro pequeño y el personal es escaso, el equipo de urgencias lo formamos 4 personas, 2 médicos y 2 enfermeros, trabajando en equipos de 2, nunca llegas a trabajar con tu igual por lo que en ocasiones surgen dudas que se tienen que solucionar casi sin ayuda. La elaboración de protocolos, hojas informativas, etc, ayudan cuando nos encontramos ante una situación poco habitual y no tenemos muy claro cómo actuar.

Estamos contentos con la elaboración de éste proyecto ya que además de que se han cumplido todos los objetivos previstos hemos facilitado el trabajo de los profesionales del centro, no sólo para los habituales, sino también al personal de nueva incorporación, sustitutos..mediante la existencia de varios documentos colocados estratégicamente y que facilitan nuestro trabajo.

Además gracias al taller realizado hemos actualizado conocimientos en RCP y DEA, ya que al trabajar en el medio rural no siempre tenemos acceso o facilidad para acceder a éste tipo de cursos.

Nos queda pendiente conseguir un 100% en cuanto a las revisiones de los maletines, ya que es una función muy importante para que el material esté siempre preparado en óptimas condiciones.

Además estaría bien poder seguir formándonos en atención urgente, bien sea en cursos organizados o preparar nuestros propios talleres de formación.

7. OBSERVACIONES.

Cabe destacar que el número habitual de profesionales es de 12 pero durante la realización del taller había una persona de baja sin sustituto por lo que a la hora de evaluar el indicador 2 se hace sobre 11 profesionales.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1154 ===== ***

Nº de registro: 1154

Título
ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA

Autores:
MENA GALLIZO ELENA, TORRECILLA PASCUAL JOSE LUIS, SANCHEZ PEREZ JOSE MIGUEL, LIEVANO SEGUNDO MARIA PAOLA

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: Urgente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención urgente precisa de un equipamiento clínico, diagnóstico y terapéutico completo y al mismo tiempo fácilmente transportable y manejable de tal modo que todo debe estar dispuesto para facilitar la labor al personal.

Se han detectado los siguientes problemas en nuestro centro:
Variabilidad en los criterios de atención urgente.
Excesivas diferencias profesionales en formación e implicación.
Variabilidad del personal (vacaciones,bajas...)
Dificultad en el seguimiento de procesos de mantenimiento de maletín, vitrina.
Inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador.
Presencia de material y medicamentos caducados.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar criterios.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias y maletines definiendo sus contenidos básicos y facilitando una organización estandarizada en la que se implique a todos los profesionales.
Establecer un mínimo de medicación y material en la vitrina de urgencias.
Garantizar la disponibilidad inmediata de medicación, material y productos sanitarios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1154

1. TÍTULO

ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA

Facilitar un documento conocido por todos los profesionales en el que se indique cuál es el criterio en cada momento para designar al profesional /profesionales responsables de la atención urgente tanto en el Centro de Salud como fuera de él.
Facilitar la labor al personal eventual.
Evitar demoras en la atención urgente.

MÉTODO

Promover la autoformación en atención urgente mediante la realización o participación en cursos y talleres.
Situación en lugares estratégicos documentos gráficos sobre la atención en la patología urgente y el mantenimiento del desfibrilador.
Mantenimiento de los maletines después de su uso y periódicamente mediante un calendario de revisiones.
Consensuar entre el equipo de atención continuada un listado de fármacos y material fungible que debe contener la vitrina y el stock mínimo de cada uno de ellos.
Registro de incidencias.
Realizar un algoritmo que defina el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente.

INDICADORES

Indicador 1:

nº revisiones del maletín realizadas/ nº revisiones que se han de realizar según el calendario

Objetivo: 90%

Indicador 2:

Porcentaje de profesionales que han participado en formación en patología urgente y en RCP/nº total de profesionales del centro

Objetivo: 70%

Indicador 3:

Existencia de un documento que defina la asignación de casos de atención urgente.

Objetivo: Existencia de dicho documento

Indicador 4:

Porcentaje de profesionales conocedores del mismo/ nº total de profesionales del centro

Objetivo: 100%

DURACIÓN

Periodo de evaluación de Enero de 2018 a Enero de 2019.

En Enero de 2019 presentación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1226

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE BERTA ELISABET GALAN ALAYETO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALCOLADO ARANDA ANA MARIA
PEREZ-CABALLERO BONA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- El 13/04/2018 la responsable del proyecto asistió a la jornada de presentación de la estrategia IRASPROA realizada por el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) en Zaragoza.
- El 24/05/2018 se imparte la primera sesión para dar a conocer aspectos y principios generales del Programa de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA) a todo el equipo de Atención Primaria (EAP) del Centro de Salud (CS) de Sádaba.
- El 18/06/2018 se presentó el proyecto de mejora en el Consejo de Salud de la zona básica de salud (ZBS) de Sádaba.
- El 05/07/2018 la responsable del proyecto dio a conocer los detalles y los objetivos que se pretendían alcanzar con el proyecto de mejora a todo el EAP del CS de Sádaba.
- Inmediatamente a la presentación del proyecto, el EAP de nuestro CS se adhiere a los principios generales del PROA.
- El 04/10/2018 se realiza una sesión formativa del PROA: uso racional de antibióticos, resistencias bacterianas, infecciones más frecuentes y el tratamiento empírico más adecuada en Atención Primaria (AP).
- El día 16/10/2018 la responsable del proyecto asistió a reunión de trabajo del PROA en Zaragoza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El EAP de Sádaba nombra a una responsable del uso racional de antibióticos.
- Se han difundido los principios generales del PROA en AP tanto en el EAP como en el Consejo de Salud de ZBS de Sádaba.
- Se han difundido en EAP los informes de consumo y resistencias facilitados por la Dirección del Sector Zaragoza III.
- Se colocaron carteles y posters que facilitaron de la estrategia IRASPROA en las salas de espera del CS y consultorios.
- Se han realizado 3 sesiones formativas sobre el PROA en EAP en las sesiones de reunión de equipo con la asistencia del 100% de los profesionales del CS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A los nuevos médicos que se incorporaron al CS posteriormente al llamamiento de interinidades, se les comentó el proyecto para que se sumaran a las rutinas diarias adoptadas por el EAP.

7. OBSERVACIONES.

- Pese a que el año 2018 fue un año de peculiaridades en el EAP que podrían haber afectado la continuidad del proyecto (traslados de profesionales, bajas laborales y optimización de consultas por falta de sustitutos) se han realizado todas las actividades programadas.
- Por el traslado del profesional responsable de antibióticos del equipo, se nombró a un nuevo responsable.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1226 ===== ***

Nº de registro: 1226

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1226

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
GALAN ALAYETO BERTA ELISABET, ALCOLADO ARANDA ANA MARIA, PEREZ-CABALLERO BONA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril a diciembre 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) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1226

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1095

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE SADABA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE PAUL ESPINOZA MOSQUERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SADABA
· Localidad SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TENIAS GUALLAR JESUS
ARTERO MUÑOZ JOSE IGNACIO
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes, como son respiratorias y urinarias.
Se han monitorizado dos indicadores (DHD antibióticos totales y porcentaje DDD cefalosporinas de 3ª generación) de los que ha propuesto IRASPROA. Cada profesional ha recibido de forma periódica los indicadores de antibióticos que se monitorizan desde IRASPROA.
Los informes se enviaron desde el Servicio de Farmacia.
El responsable del programa asistió a las sesiones organizadas desde dicho Servicio, el 13 de junio de 2019 (infecciones urinarias del adulto), de la que se dio formación al resto de miembros del equipo a través de una sesión clínica en el Centro de Salud, con fecha 3 de octubre de 2019, a la que asistieron el 90% de los profesionales. Otra sesión, sobre informes de utilización de antibióticos, con fecha 1 de octubre de 2019, de la que no se impartió formación al equipo por el cese del profesional responsable.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A fecha de 31 de diciembre, con datos obtenidos de FarmaSalud, para el periodo enero- diciembre de 2019: el tanto por ciento de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos es del 100%.
DHD antibióticos totales, respecto a las cifras obtenidas en 2018 que fueron el 19%, se ha alcanzado un valor de 17'6 DHD en 2019, lo que supone una reducción del 3% en DHD.
Porcentaje DDD cefalosporinas de 3ª generación, respecto a las cifras obtenidas en 2018 que fueron de 2'3%, se ha alcanzado un valor del 4% en 2019. Aunque se ha producido un aumento en el porcentaje, el número de cefalosporinas prescritas ha disminuido porque las DHD de antibióticos se ha reducido de 19 a 17'6.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es de esperar que la formación y la información de los profesionales favorezca la detección de posibles errores en la prescripción de antibióticos.
Se plantea como recomendación la implementación de técnicas de diagnóstico rápido, una optimización y un uso racional de los antibióticos para minimizar la aparición y expansión de resistencias así como evitar la yatrogenia.
Selección del antibiótico del menor espectro posible, según la etiología y las circunstancias del paciente, utilizando la posología más adecuada y la duración mínima que garantice la duración del episodio.

7. OBSERVACIONES.

Ha quedado pendiente la sesión de infecciones de piel y partes blandas.
Con fecha de diciembre de 2019, tanto el responsable como los colaboradores de este proyecto, no forman parte del mismo por su cese en el mes de noviembre. La realización de esta memoria ha corrido a cargo de Marta María Álvarez Sánchez que será la responsable de PROA-AP desde el 2 de diciembre de 2019.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1095 ===== ***

Nº de registro: 1095

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE SADABA

Autores:
ESPINOZA MOSQUERA PAUL, ARTERO MUÑOZ IGNACIO, TENIAS GUALLAR JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1095

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE SADABA

Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO

1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 21,5 (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 2% (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1141

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO, ESTRATEGIAS PARA PREVENCION EN ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ROSARIO LABORDA EZQUERRA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SADABA
· Localidad SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POLA COVA REBECA
PEREZ GUZMAN TERESA
MORENO GUSTRAN CARMEN
ARTERO MUÑOZ IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIÓN CON AMPA(MAYO 2019), REUNION CON EQUIPO DIRECTIVO,(JUNIO 2019), E LABORACION CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR CON ALUNMOS (SEPTIEMBRE 2019), ENTREVISTA Y COMUNICACION POR EMAIL CON JEFE DE ESTUDIOS DE LA SECCION DEL INSTITUTO Y ENVIO DE LA PROPUESTA DELAS ACTIVIDADES A REALIZAR Y EL CRONOGRAMA A SEGUIR Y SOLICITANDO COLABORACION DE PROFESORES DE DISTINTAS AREAS (OCTUBRE 2019), RECEPCION RESPUESTA A LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN INSTITUTO (FINALES OCTUBRE 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NO SE HA PODIDO LLEVAR A ACABO REALIZACION DEL CORTO POR FALTA DE COLABORACION DEL IES (ALEGAN FALTA DE TIEMPO, FALTA DE EXPERIENCIA EN AUDIOVISUALES, ETC...) Y EN CUANTO A LA CHARLA DICEN QUE SE LES HAN OFERTADO DEL IAM CON CONTENIDO SIMILAR .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN PPIO DAMOS POR CONCLUIDO EL PROYECTO, AUNQUE ANTES DE TERMINAR EL CURSO SE COMENTARA DE NUEVO CON EQUIPO DIRECTIVO Y AMPA PARA VALORAR SU NECESIDAD O NO, Y SI HAY POSIBILIDAD DE REALIZARSE FUERA DE HORARIO LECTIVO, O EN OTRO AMBITO QUE NO SEA EL EDUCATIVO .

7. OBSERVACIONES.
EL PROYECTO FIGURA CON OTRO NUMERO DEL DEL 2018, PERO NO SE HA RECIBIDO CERIFICACION DEL ANTERIOR AUNQUE SE ENVIO MEMORIA, POR CONSIDERARSE CONTINUACION .

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1141 ===== ***

Nº de registro: 1141

Título
VIOLENCIA DE GENERO . ESTRATEGIAS PARA PREVENCION EN ADOLESCENTES

Autores:
LABORDA EZQUERRA ROSARIO, POLA COVA REBECA, PEREZ GUZMAN TERESA, MORENO GUSTRAN CARMEN, ARTERO MUÑOZ IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: ESTRATEGICOS ,

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA VIOLENCIA DE GENERO ES UN PROBLEMA DE NUESTRA SOCIEDAD QUE AFECTA A LA SALUD EN TODOS SUS ASPECTOS ESTA DEMOSTRADA QUE LA EDUCACION BASADA EN LA IGUALDAD DE SEXOS Y OPORTUNIDADES ES LA BASE PARA ERRADICAR ESTE TIPO DE VIOLENCIA ..LA ADOLESCENCIA ES UNA EDAD ADECUADA PARA ADQUIRIR CONCIENCIA Y APTITUDES.
VARIOS ESTUDIOS Y ENCUESTAS NOS HACEN PENSAR QUE LOS ADOLESCENTES NECESITAN FORMACION Y TOMAR CONCIENCIA AL RESPETO,

RESULTADOS ESPERADOS
EDUCAR, INSTRUIR Y CONCIENCIAR A LOS ADOLESCENTES PUEDE PREVENIR Y DETECTAR TIPOS DE RELACIONES DAÑINAS ASI COMO DE ABUSOS EN OTROS AMBITOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1141

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO, ESTRATEGIAS PARA PREVENCION EN ADOLESCENTES

MÉTODO

REUNION CON AMPA PARA INFORMAR FAMILIAS, REUNION CON EQUIPO DIRECTIVO . CHARLA TALLER CON ALUMNOS Y ELABORACION VIDEO O CORTO CON ELLOS (GUION, MONTAJE ETC...)

INDICADORES

ENCUESTA CONOCIMIENTOS DETECCION VIOLENCIA GENERO ADOLESCENCIA Y EN GENERAL, DETECCION SEXISMO Y ENCUETA SATISFACION .

DURACIÓN

DESDE MAYO 2019 HASTA OCTUBRE - NOV. 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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 botiquin: 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, botiquin, 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 patologias
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 - 2018/0364

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACION Y REVISION

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE NATALIA GARCIA LAFUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ ABADIAS LUCIA
VIELBA DUEÑAS BEATRIZ
BUIL COMPANY ESTHER
AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas se resumieron en 6:

- 1) Listado consensado (en calidad y cantidad) de material y fármacos en CP/MU.
- 2) Creación de un sistema de registro de control periódico y reposición de material y fármacos (formato papel).
- 3) Creación y mantenimiento "sets" de fármacos+material para determinadas patologías por lo frecuente de su aparición y lo protocolizado de su manejo.
- 4) Realización de sesiones clínicas para actualización conocimientos en área de urgencias.
- 5) Visibilización en zonas estratégicas del área de urgencias de determinados algoritmos útiles sobre la atención de la patología urgente.
- 6) Visibilización y publicitación de documento explícito para designación del "profesional encargado de la atención urgente".

En cuanto al cumplimiento respecto al calendario marcado, éstas han sido las actividades realizadas:

- 1) Abril 2018: Se cumplió el plazo previsto para la presentación del Proyecto de Mejora y la primera sesión (a través del Grupo de Formación del CS) de presentación de distribución CP/MU.
- 2) Octubre 2018: Se cumplió el plazo previsto de valoración de los ítem estipulados.

En cuanto a los recursos empleados: Los materiales: cuaderno que refleja revisiones periódicas CP/MU y suministros periódicos por parte de Farmacia del Sector Z3. Inmateriales: dedicación por parte de los profesionales encargados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos fijados a priori en el diseño inicial se organizaron bajo 4 ítem diferentes. A continuación se detallan con la consiguiente valoración de su consecución:

- 1) Definición de un procedimiento con contenidos básicos del CP/MU según la propuesta organizativa: consecución positiva.
- 2) Optimizar recursos disponibles en el área de Urgencias: priorizando su fácil localización y su estado óptimo: a día de hoy, seguimos valorando pequeños cambios en la localización.
- 3) Constante observación del Listado de Incidencias del CS : Gracias a la estrecha colaboración con el Grupo de Calidad del CS, periódicamente se revisa el listado de cara a introducir futuras mejoras.
- 4) Explicitar y publicitar documento de designación del "profesional encargado de la atención urgente" a todos los miembros del EAP: exhibido en tablón de anuncios.

Su relación con el standard marcado y la ulterior relación con el impacto del proyecto se pueden valorar con esta presentación de Indicadores :

- 1) Valoración a los 6 y 8 meses del inicio del proyecto del porcentaje de revisiones de CP/MU completadas respecto de las previstas: 100% y 100%
- 2) Valoración a los 6 y 8 meses del inicio del proyecto del nº total de incidencias relacionadas con el área de urgencias: 3 y 1, respectivamente.
- 3) Indicadores en relación con el documento del profesional responsable de la atención urgente: 3.1) Indicador 1: existencia o no de dicho documento: Positivo
3.2) Indicador 2: porcentaje de profesionales del EAP conocedores del mismo: 100%
3.3) Indicador 3: porcentaje de profesionales que han participado en formación en patología urgente: Indicador pendiente de evaluar por parte de nuestro Grupo de Formación: se estima que del 80-90% de los miembros del EAP han sido ponentes en al menos una sesión formativa en patología urgente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusión fundamental es la operatividad de este enfoque sistematizado de la atención urgente en nuestro CS. Siempre teniendo en cuenta que las mejoras a introducir deben ser un proceso constante.

Nuestra recomendación es su realización en todas las áreas de urgencias de Centros de Salud u otros organismos. Su sostenibilidad y posibilidad de replicación parecen ser esperables, aunque quedamos atentos a su evolución en el tiempo, así como la valoración de los miembros del EAP de la posibilidad de su replicación en un futuro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0364

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETÍN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACIÓN Y REVISIÓN

a medio plazo.

7. OBSERVACIONES.

Abreviaturas: CP: carro de paradas, MU: maletín de urgencias, CS: centro de salud

*** ===== Resumen del proyecto 2018/364 ===== ***

Nº de registro: 0364

Título

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETÍN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACIÓN Y REVISIÓN

Autores:

GARCIA LAFUENTE NATALIA, HERNANDEZ ABADIAS LUCIA, VIELBA DUEÑAS BEATRIZ, BUIL COMPANY ESTHER, 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: patología urgente
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP.. El carro de paradas y el maletín de urgencias son dos puntos clave en la atención de la urgencia, tanto en el propio Centro de Salud (Carro de Paradas), como extra-centro (Maletín de Urgencias): aunque se viene realizando el mantenimiento de ambos desde hace tiempo, proponemos una sistemática para reposición y control periódico según protocolo intracentro.

Asimismo, creemos útil el mantenimiento de "sets" de urgencias (como el de SCA) y la creación de nuevos (anafilaxia, hipoglucemia, convulsiones y politrauma/sangrante).

RESULTADOS ESPERADOS

-Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y maletín de urgencias con la propuesta organizativa estandarizada.

-optimización de recursos disponibles en el área de urgencias del Centro de Salud: fármacos y materiales, priorizando su fácil localización y garantizando su estado óptimo.

-determinación de las diferentes responsabilidades del personal, en cuanto a revisión y mantenimiento material, fármacos, así como revisión de sus indicaciones.

-mantener actualizados los conocimientos del personal sanitario del centro respecto a la actuación en situaciones de urgencia (colaboración estrecha con el Grupo de Mejora de Formación del Centro de Salud de Sos).

-mantener en constante observación las posibles mejoras a realizar en el área (colaboración estrecha con el Grupo de Mejora de Calidad del Centro de Salud de Sos) a través del Listado de Incidencias del Centro.

-evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indica cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente.

MÉTODO

-listado de material y fármacos disponibles tanto en carro como en maletín, consensuado en calidad y cantidad con los miembros del EAP.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0364

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACION Y REVISION

-creación de un sistema de registro de control periódico y reposición de material y fármacos disponible en formato papel.

-creación y mantenimiento "sets" de fármacos+material para determinadas patologías por lo frecuente de su aparición y lo protocolizado de su manejo.

-realización de sesiones clínicas para actualizar conocimientos en área de urgencias.

-situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

-proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo, se contemplan las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.

INDICADORES

-Abril 2018: presentación del proyecto de mejora en el centro e inicio de la primera sesión presentadora de carro de paradas y nueva distribución del maletín de urgencias.

-Valoración a los 6 meses de inicio del proyecto de : porcentaje de revisiones de carro/maletín completadas respecto a las totales previstas.

-Valoración a los 6 meses de inicio del proyecto de : número total de incidencias relacionadas con el área de urgencias .

-3 indicadores sobre el documento del profesional responsable de la atención urgente:

-Indicador nº 1: existencia o no de dicho documento.

-Indicador nº 2: porcentaje de profesionales conocedores del mismo.

-Indicador nº 3: porcentaje de profesionales que han participado en formación patología urgente.

DURACIÓN

de Abril a Diciembre 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto.

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 - 2018/0465

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE ANTIBIOTICOS EN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ VIELBA DUEÑAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LAFUENTE NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elige como responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP el 1 de Abril de 2018 a la Dra: BEATRIZ VIELBA DUEÑAS.

La responsable acude a la jornada de presentación de IRASPROA el 13 de Abril de 2018.

La responsable difunde la información de la Jornada a los miembros del EAP en Mayo del 2018.

Sesiones clínicas (infecciones, uso de antibióticos) impartidas por el EAP. 1) 9 Octubre 2018 BEATRIZ VIELBA DUEÑAS "IRASPROA" revisión, actualización; 4,44% de asistencia. 2) 16 Octubre 2018 MIGUEL ÁNGEL AGUIRRE DE SANTIAGO "Infecciones prevalentes en adultos en AP"; 4,44% de asistencia. 3) 12 Diciembre 2018 BEATRIZ VIELBA DUEÑAS "Faringoamigdalitis agudas, test rápido de estreptococo"; 4,44% de asistencia.

Colocación de pósters con el lema "Antibióticos, sólo cuando sea necesario" en el Centro de Salud y en los consultorios locales.

Los profesionales del EAP firman el compromiso sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los antibióticos.

Revisión de alertas sobre Fluorquinolonas el 30 Octubre 2018.

La responsable acude a la convocatoria con Farmacia de la GAP Zaragoza 3 el 6 Noviembre 2018. Luego difunde la información recibida al resto del EAP.

La responsable acude al curso "Principios de uso de antibióticos: puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en AP" en Zaragoza el 29 Noviembre 2018. Luego difunde la información recibida al resto del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hay responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP.

La responsable ha acudido a las convocatorias de la GAP. 1) Jornada del 13 Abril 2018. 2) Convocatoria con Farmacia 6 Noviembre 2018. 3) Asistencia al curso 29 Noviembre 2018.

Se han realizado varias reuniones en el EAP sobre buen uso de antibióticos. 1) Mayo 2018 difusión de información de la Jornada del 13 Abril; 5,55% de asistencia. 2) 9 Octubre 2018 BEATRIZ VIELBA DUEÑAS "IRASPROA" revisión, actualización; 5,55% de asistencia. 3) 16 Octubre 2018 MIGUEL ÁNGEL AGUIRRE DE SANTIAGO "Infecciones prevalentes en adultos en AP"; 5,55% de asistencia. 4) 12 Diciembre 2018 BEATRIZ VIELBA DUEÑAS "Faringoamigdalitis agudas, test rápido de estreptococo"; 5,55% de asistencia. 5) 30 Octubre 2018 debate sobre fluorequinolonas; 2,22% de asistencia.

Se consigue el compromiso de los miembros del EAP de optimizar el uso de los antibióticos.

Se emplea el test rápido del estreptococo, si procede, tanto en consulta como en atención continuada (previamente no se había empleado).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusión fundamental es que de nuestra mano está el hacer un uso adecuado de los antibióticos para minimizar el evidente aumento de resistencias a los mismos.

Además tenemos que educar a los pacientes para que usen de forma adecuada los antibióticos cuando proceda.

El EAP de Sos del Rey Católico ha acogido con interés este proyecto y se espera que se sigan haciendo actividades para mantener nuestros conocimientos actualizados para tratar adecuadamente las infecciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/465 ===== ***

Nº de registro: 0465

Título
OPTIMIZACION DE ANTIBIOTICOS EN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
VIELBA DUEÑAS BEATRIZ, AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL, MARTINEZ GIL RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0465

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE ANTIBIOTICOS EN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EL ALARMANTE INCREMENTO DE LAS RESISTENCIAS A LOS ANTIMICROBIANOS ES UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA. LAS INSTITUCIONES SANITARIAS CONSIDERAN LA RESISTENCIA A ANTIBIOTICOS UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA Y SU ABORDAJE UN ASUNTO PRIORITARIO QUE INCLUYE OPTIMIZAR EL USO DE ANTIBIOTICOS. LA A.E.M. HA PUESTO EN MARCHA EN PLAN NACIONAL PARA CONTROL DE LA RESISTENCIA A ANTIBIOTICOS Y A NIVEL DE ARAGON EL PROGRAMA IRASPROA.

RESULTADOS ESPERADOS

OPTIMIZAR EL USO DE ANTIMICROBIANOS PARA EVITAR LA RESISTENCIA A LOS MISMOS
ADHERIRSE A LOS PRINCIPIOS GENERALES PROA (DECALOGO ELABORADO POR EL GRUPO IRASPROA)
REALIZAR FORMACION DEL USO ADECUADO DE ANTIBIOTICOS

MÉTODO

ASISTENCIA A LA JORNADA IRASPROA 13 ABRIL
DAR A CONOCER LOS PRINCIPIOS GENERALES PROA
DAR SESIONES FORMATIVAS RELACIONADAS CON PROA, PERFIL DE RESISTENCIAS A ANTIBIOTICOS, INFECCIONES MAS FRECUENTES Y SU TRATAMIENTO.
PARTICIPAR EN CAMPAÑAS SANITARIAS QUE PROMUEVA IRASPROA EN ARAGON

INDICADORES

TENER RESPONSABLE EN EL EQUIPO (ABRIL)
DIFUSION D ELOS PRINCIPIOS GENERALES PROA EN ATENCION PRIMARIA (MAYO)
INDICADOR: DIFUSION DE INFORME DE CONSUMO/RESISTENCIAS A LOS ANTIMICROBIANOS EN EL SECTOR DE TODOS LOS EAP (SEPTIEMBRE 2018)
OBJETIVO: FORMACION EN USO ADCUADO DE ANTIBIOTICOS
INDICADOR: N° SESIONES REALIZADAS SOBRE PROA
3 SESIONES AL AÑO
POORCENTAJE DE PROFESIONALES SANITARIOS DEL EAP QUE HAN PATICIPADO EN FORMACION PROA, OBJETIVO 80%.
INFORME DEL CENTRO, ACTAS FIRMADAS

DURACIÓN

DE ABRIL A DICIEMBRE 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 - 2018/0658

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

Fecha de entrada: 14/03/2019

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.
PEREZ PORTAL VIRGINIA
BUIL COMPANY ESTHER
HERNANDEZ ABADIAS LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
TRAS RECIBIR POR PARTE DE FARMACIA -AP SECTOR Z-III EL LISTADO DE PACIENTES (23) CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA SE CONSENSÚA ENTRE EL EQUIPO DE AP Y FARMACIA, EXTRAYENDO DE LA LISTA LOS FALLECIDOS (2), TRASLADADOS (1), ANULADOS POR REEVALUACIÓN (3), SIENDO EN TOTAL LOS VÁLIDOS PARA EL PROGRAMA 17 PACIENTES. (dos reuniones de equipo, varias comunicaciones con Farmacia). DE LOS 17, TODOS HAN SIDO VACUNADOS DE LA GRIPE, 16 DE LA PNEUMOCÓCICA (1 SE NIEGA). EN LOS 17 CONSTA REGISTROS DEL PLAN DE CUIDADOS (E. básica, peso, T.A., perímetro abdominal.) y a todos se les ha revisado su plan de tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Vacunación Antigripal : 100%
" Antipneumocócica: 94%
Registro plan de cuidados : 100%
Adecuación Tratamiento: 100%
Fuente: Hª clínica - OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora valora muy positivamente las actividades realizadas y la consecución de los objetivos, no obstante queda pendiente hasta el momento la comunicación al Consejo de Salud.
Le educación para la salud, como habitualmente hacemos, la hemos dejado para los momentos en que tenemos al paciente en consulta o en su domicilio con consejos dietéticos, hábitos de vida saludables y repaso del tratamiento dado que reunirlos a todos en sesiones es inoperante.

7. OBSERVACIONES.
Nos parece que sería muy beneficioso para los pacientes y facilitador para los profesionales que les atienden, que se implementara un Protocolo en OMI de Insuficiencia cardiaca con diversos desplegados a fin de registrar de forma pormenorizada la anamnesis, exploración y plan de actuación en cada consulta programada al menos cada 3 meses a fin de hacer un seguimiento estrecho del paciente para adelantarnos a las complicaciones que con tanta frecuencia se dan en esta patología. A tal fin, me comunico con el Dr. Fernando Bielsa para consultar la posibilidad de programar un nuevo protocolo en nueva interfaz en OMI y me dice que los Dres. José Codes de Calatayud y Jose Mª Turón de Alcañiz están elaborándolo. Me pongo en contacto con ellos y resuelvo colaborar en la elaboración final de tal protocolo a fin de implementarlo para todo el Salud. Lo comunico a la Direccion de Atención Primaria y les parece muy bien.
A tal fin no damos por finalizado este programa hasta que se consiga el objetivo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/658 ===== ***

Nº de registro: 0658

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

Autores:
AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL, VELA JUAREZ RAUL, SANZ JIMENEZ MARIA JOSE, PEREZ PORTAL VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0658

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Pertenece a los proyector estrella del Sector Zaragoza III para 2018.

La Insuficiencia cardíaca es una patología frecuente en nuestra zona, con población envejecida y alta frecuencia de comorbilidades como la Fibrilación Auricular y la Hipertensión Arterial. Es importante por su alta prevalencia y mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar las actividades preventivas de la Insuficiencia Cardíaca entre ellas aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica como prevención primaria: Dirigido a todos los pacientes con Insuficiencia Cardíaca.
2. Reducción de uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios evitando ingresos por descompensación.
3. Potenciar los autocuidados de los propios pacientes consigo mismo y de los cuidadores hacia los pacientes. Dirigido a todos los pacientes con esta patología.
4. Adecuar el tratamiento farmacológico en la Insuficiencia Cardíaca: Dirigido a todos los pacientes con esta patología.

MÉTODO

1. Cambios en la práctica clínica: Implementación Guía Práctica Clínica según la Sociedad Española de Cardiología (www.secardiologia.es)
2. Formación: Sesiones EAP.
3. Listado abierto de pacientes con Insuficiencia Cardíaca en la Zona de Salud.
4. Comunicación del desarrollo del proyecto: Reunión del EAP, Consejo de Salud.

INDICADORES

1. Potenciación de los cuidados en Insuficiencia Cardíaca. Nº de pacientes con este diagnóstico en los que consta la vacunación antigripal (aumentar 10%) y antineumocócica (aumentar 5%).
2. % de pacientes con Insuficiencia Cardíaca en los que const registros del plan de cuidados: Exploración básica, control de peso, perímetro de cintura, Tensión Arterial.
3. Adecuación del tratamiento farmacológico en Insuficiencia Cardíaca: Nº de pacientes polimedicados con esta patología a los que se les ha hecho revisión de tratamiento.

DURACIÓN

Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

1. Cambios práctica clínica: Implementación GPC/Vía Clínica
2. Oferta de Servicios: Plantilla autocuidados / Comunitaria: Mayo - Noviembre 2018
3. Formación : Sesiones EAP : Mayo - Diciembre 2018
4. Listados, comunitaria, indicadores: Marzo - Junio 2018
5. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud: En todo el periodo del Proyecto.

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 - 2018/0658

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATÓLICO

Fecha de entrada: 30/01/2020

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.

PEREZ PORTAL VIRGINIA
BUIL COMPANY ESTHER
HERNANDEZ ABADIAS LUCIA
VIELBA DUEÑAS BEATRIZ
GARCIA LAFUENTE NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 se ha controlado a los pacientes al menos cada 3 meses por enfermería y al menos cada 6 por medicina en dependencia de si se mantenían estables o presentaban alteraciones en su T.A., peso, grado funcional, edemas o procesos intercurrentes. Tres pacientes, dos mujeres y un hombre han fallecido debido a su insuf. Cardíaca (una durante un ingreso hospitalario, otra de parada cardíaca en su domicilio y el varón durante un ingreso por descompensación de su I.C.). Durante 2019 han sido diagnosticados 4 nuevos pacientes. 7 pacientes han debido ser ingresados por diversas causas (Infección respiratoria, Cardiopatía Isquémica, Angina Inestable, Insuf. Respiratoria, Neumonía y Reparación valvular Aórtica) aunque solamente 1 paciente ingresó por Insuf. Cardíaca. En cada revisión, ya sea en consulta o en domicilio se ha revisado su tratamiento actual comprobando que al menos tomaban un betabloqueante, un diurético y un IECA o similar (Entresto) y consta la exploración básica, la presencia de sintomatología sospechosa de desestabilización, peso, toma de tensión arterial y perímetro abdominal. El equipo se ha reunido una vez durante 2019 para valoración general del proyecto siendo la conclusión favorable. El responsable y los colaboradores se han reunido durante 2019 en dos ocasiones para cambios de impresiones y valoración de varios casos clínicos, siendo en general satisfactorio el resultado obtenido, siendo la opinión general de que si el protocolo estuviera ya implementado en OMI facilitaría mucho la labor de los profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Vacunación Antigripal : 100%
" Antipneumocócica: 98%. Sólo 1 paciente se ha negado a la vacuna.
Registro plan de cuidados : 100%
Adecuación Tratamiento: 100%
Fuente: Hª clínica - OMI
En referencia a las estadísticas de los 22 pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca en el Centro de Salud de Sos del R.C. 15 se han mantenido estables todo el año, 7 han requerido ingreso (de ellos 1 sólo debido a agravación de su Insuf. Cardíaca) y 2 han trasladado su domicilio fuera de nuestra zona de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora valora muy positivamente las actividades realizadas y la consecución de los objetivos, no obstante sigue quedando pendiente hasta el momento la comunicación al Consejo de Salud.
Le educación para la salud, como habitualmente hacemos, la hemos dejado para los momentos en que tenemos al paciente en consulta o en su domicilio con consejos dietéticos, hábitos de vida saludables y repaso del tratamiento dado que reunirlos a todos en sesiones es inoperante.
Consideramos imprescindible la colaboración estrecha entre el personal médico, el de enfermería y la familia del paciente junto con el propio paciente.

7. OBSERVACIONES.

Como decíamos en la anterior memoria, nos parece que sería muy beneficioso para los pacientes y facilitador para los profesionales que les atienden, que se implementara un Protocolo en OMI de Insuficiencia cardíaca con diversos desplegables a fin de registrar de forma pormenorizada la anamnesis, exploración y plan de actuación en cada consulta programada al menos cada 3 meses a fin de hacer un seguimiento estrecho del paciente para adelantarnos a las complicaciones que con tanta frecuencia se dan en esta patología. A tal fin, me comunico con el Dr. Fernando Bielsa para consultar la posibilidad de programar un nuevo protocolo en nueva interfaz en OMI y me dice que los Dres. José Codes de Calatayud y Jose Mª Turón de Alcañiz están elaborándolo. Me pongo en contacto con ellos y resuelvo colaborar en la elaboración final de tal protocolo a fin de implementarlo para todo el Salud. Lo comunico a la Dirección de Atención Primaria y les parece muy bien.
En el año 2019 aún no se ha conseguido la implementación del protocolo en OMI, ni en el Sector Zaragoza III, ni en el Sector Calatayud; y aunque en el Sector de Alcañiz el Dr. Jose Mª Turón Alcañiz tampoco lo ha conseguido si que ha conseguido introducir en plantillas Word de OMI las instrucciones para pacientes, la hoja de autocuidados y el predimed.
Dado que en nuestro Sector no aparecen las anteriores plantillas vamos a solicitar que se nos introduzcan.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/658 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0658

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATÓLICO

Nº de registro: 0658

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

Autores:
AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL, VELA JUAREZ RAUL, SANZ JIMENEZ MARIA JOSE, PEREZ PORTAL VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
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
Pertenece a los proyectores estrella del Sector Zaragoza III para 2018.
La Insuficiencia cardíaca es una patología frecuente en nuestra zona, con población envejecida y alta frecuencia de comorbilidades como la Fibrilación Auricular y la Hipertensión Arterial. Es importante por su alta prevalencia y mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas de la Insuficiencia Cardíaca entre ellas aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica como prevención primaria: Dirigido a todos los pacientes con Insuficiencia Cardíaca.
2. Reducción de uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios evitando ingresos por descompensación.
3. Potenciar los autocuidados de los propios pacientes consigo mismo y de los cuidadores hacia los pacientes. Dirigido a todos los pacientes con esta patología.
4. Adecuar el tratamiento farmacológico en la Insuficiencia Cardíaca: Dirigido a todos los pacientes con esta patología.

MÉTODO
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación Guía Práctica Clínica según la Sociedad Española de Cardiología (www.secardiologia.es)
2. Formación: Sesiones EAP.
3. Listado abierto de pacientes con Insuficiencia Cardíaca en la Zona de Salud.
4. Comunicación del desarrollo del proyecto: Reunión del EAP, Consejo de Salud.

INDICADORES
1. Potenciación de los cuidados en Insuficiencia Cardíaca. Nº de pacientes con este diagnóstico en los que consta la vacunación antigripal (aumentar 10%) y antineumocócica (aumentar 5%).
2. % de pacientes con Insuficiencia Cardíaca en los que conste registros del plan de cuidados: Exploración básica, control de peso, perímetro de cintura, Tensión Arterial.
3. Adecuación del tratamiento farmacológico en Insuficiencia Cardíaca: Nº de pacientes polimedicados con esta patología a los que se les ha hecho revisión de tratamiento.

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica: Implementación GPC/Vía Clínica
2. Oferta de Servicios: Plantilla autocuidados / Comunitaria: Mayo - Noviembre 2018
3. Formación : Sesiones EAP : Mayo - Diciembre 2018
4. Listados, comunitaria, indicadores: Marzo - Junio 2018
5. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud: En todo el periodo del Proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0658

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATÓLICO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0827

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

Fecha de entrada: 26/02/2019

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.
CADEVILLA ESEVERRI ELENA
CASALES SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

+A partir de nuestros listados de inmovilizados y dependientes (disminuidos psíquicos, físicos, población infantil con limitaciones que necesitan atenciones especializadas, personas con problemas sensoriales, mayores con deterioros cognitivos, físicos, demencias, etc) hemos ido realizando una valoración completa de los mismos que ha incluido : la capacidad para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas (barthel), un examen físico y del estado actual de salud prestando especial atención a los factores de riesgo de presentar UPP (movilidad reducida, deficiencia nutricional, incapacidad de cambiar de postura por sí misma, alteraciones cognitivas importantes, alteraciones circulatorias que sean pacientes con historia de UPP ó una UPP actual, trastornos inmunológicos como infecciones y neoplasias) y al tto farmacológico (sedantes, corticoides, citostáticos), una evaluación nutricional con un instrumento validado (mini nutritional assessment -MNA-), una evaluación de los aspectos psico-sociales identificando a la persona cuidadora principal y posibles apoyos sociales, así como una evaluación del riesgo de padecer UPP con una escala validada.

+Posteriormente tras la valoración, hemos realizado actividades de formación a los profesionales en una sesión clínica en materia de prevención de UPP que incluya identificación de los pacientes de riesgo y signos de alarma, prevención de nuevas UPP, cambios posturales y educación sanitaria destinada a pacientes y cuidadores.

+Actividades de educación sanitaria destinada a pacientes y cuidadores que ha incluido qué son las UPP, cuáles son sus causas y signos de aparición, cómo hay que prevenirlas, repercusiones de tener una UPP, y técnicas y materiales para la prevención.

+Actividades de elaboración de un plan de cuidados para todos los pacientes que han sido evaluados como pacientes de riesgo. Ese plan incluirá aspectos como factores de riesgo, estado de la piel, capacidad de movilidad del paciente, preferencias del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta la finalización de proyecto no puedo presentar resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendiente de reflejar en la memoria final.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/827 ===== ***

Nº de registro: 0827

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

Autores:
HERNANDEZ ABADIAS LUCIA, CADEVILLA ESEVERRI ELENA, CASALES LABORDA SERGIO

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: TODA PATOLOGÍA QUE OCASIONE UNA DEPENDENCIA A NIVEL FUNCIONAL
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA-EDUCACIÓN SANITARIA-PREVENCIÓN

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0827

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

PROBLEMA

Las UPP(úlceras por presión) representan un importante problema de salud en todos los niveles asistenciales y un problema socio-económico(por el aumento de estancias hospitalarias y el mayor consumo de recursos)
El papel de enfermería es muy decisivo en su abordaje, ya que es aceptado por la comunidad científica que el 95% de las UPP son prevenibles con los cuidados y recursos adecuados.
Por eso desde Atención Primaria, queremos informar y concienciar a la población de riesgo para mantener unas pautas de prevención adecuadas y así poder fomentar su autocuidado

RESULTADOS ESPERADOS

.GENERAL: mejorar la salud y calidad de vida de la población de riesgo mediante la implicación del EAP (equipo de Atención Primaria), de los pacientes y/o cuidadores en la prevención y manejo de las UPP.
.ESPECÍFICOS:
-Incrementar el conocimiento sobre medidas de prevención de UPP en población de riesgo en nuestra zona de salud en un 20%
-Disminuir la incidencia de aparición de úlceras en la población de riesgo mediante el desarrollo y fortalecimiento del conocimiento técnico de UPP y habilidades para la aplicación de prácticas seguras por parte del equipo responsable del tratamiento y cuidado de los pacientes

MÉTODO

-CAPTACIÓN: a través de consulta de enfermería (programada, a demanda, visita domiciliaria),
-DESARROLLO DE LA CONSULTA:
.Valoración COGNITIVA (Test PFEIFFER), social y del entorno del paciente, si fuera preciso citar algún familiar a cargo
.Valoración FUNCIONAL AVD (BARTHEL)
.Cómo escala de valoración de riesgo de úlceras se implementará la ESCALA BRADEM
-Se proporcionará INFORMACIÓN ESCRITA a los pacientes y/o cuidadores sobre: causas UPP, medidas de prevención.método del reloj-cambios posturales
-INTERVENCIÓN MEDIANTE EDUCACION:
.Resolver dudas y corregir errores detectados
.Programar una fecha de revisión periódica
.Sesión clínica en nuestro centro para actualizar conocimientos

INDICADORES

.COBERTURA: N° pacientes incluidos en el programa/n° de pacientes totales en riesgo en el mismo período de intervención
.ACTIVIDAD: n° de pacientes incluidos en el programa a los que se ha realizado la consulta/valoración y entregado la hoja informativa a los 6 meses de iniciada la intervención/n° de pacientes totales incluidos en el programa
.Grado de cumplimiento según la escala de BRADEM a los 6m de inicio del programa/tasa de cumplimiento inicial
.Grado de conocimiento que tiene el paciente sobre cuidados preventivos a los 6m del seguimiento del programa/grado de conocimiento inicial
.SATISFACCIÓN: Grado de satisfacción de los usuarios y de los profesionales con el programa de atención sanitaria sobre prevención de UPP
.SEGUIMIENTO: revisión como mínimo cada 6m que podrá variar en función de las necesidades detectadas
EVALUACIÓN: son necesarios para la evaluación el "REGISTRO DE LOS PACIENTES" incluidos en el programa y la copia de la última escala BRADEM realizada para comparar con la anterior

DURACIÓN

-Comienzo del proyecto de mejora el 1 de Septiembre 2018 si es aprobado
-A lo largo de todo el año (todos los trimestres) se podrán ir realizando consultas/valoraciones con los pacientes que se van captando

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0658

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ VIELBA DUEÑAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL
BUIL COMPANY ESTHER
GARCIA LAFUENTE NATALIA
HERNANDEZ ABADIAS LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- EL GRUPO DEL PROYECTO DE CALIDAD SE HA REUNIDO OFICIALMENTE EN VARIAS OCASIONES EN EL 2019: 2 ABRIL, 7 MAYO, 27 MAYO, 4 NOVIEMBRE.
- A LO LARGO DEL AÑO SE HA DEBATIDO E INTERCAMBADO INFORMACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO AL RESPECTO DEL PROYECTO, A PARTE DE LAS REUNIONES ANTERIORMENTE CITADAS
- EN ABRIL SE INICIÓ EL DESARROLLO DEL "PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN FAA"
- SE HA REVISADO, EXPLICADO Y EMPLEADO EL TEST RÁPIDO DEL ESTREPTOCOCO A, CUANDO HA PROCEDIDO
- LA DRA. B. VIELBA (RESPONSABLE) Y LA DRA. N. GARCÍA (COMPONENTE) HAN REALIZADO EL CURSO "FORMACIÓN DE FORMADORES EN OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN A.P." ORGANIZADO POR EL SALUD-GOBIERNO DE ARAGÓN, DEL 1/6/2019 AL 3/12/2019 Y SE HA COMPARTIDO INFORMACIÓN CON EL RESTO DEL GRUPO
- SE HAN REALIZADO 4 SESIONES CLÍNICAS EN RELACIÓN CON INFECCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- SE ESTÁ DESARROLANDO EL PROTOCOLO PREVISTO
- SE ESTÁ IMPLEMENTANDO EL USO DEL TEST DEL ESTREPTOCOCO A (ANTERIORMENTE EN INFRAUSO)
- SE HAN DADO 4 SESIONES CLÍNICAS SOBRE INFECCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA (SE HABÍA FIJADO HACER 2): "INFECCIONES PREVALENTES EN INSTITUCIONALIZADOS EN A.P. (DR. M.A. AGUIRRE)", "TUBERCULOSIS (DRA. B. VIELBA)", "ACTUALIZACIÓN EN ITUS (DRA. B. VIELBA)", "INFECCIONES PREVALENTES EN PEDIATRÍA EN A.P. (DR. M.A. AGUIRRE)"
- EL GRUPO SE HA REUNIDO EN VARIAS OCASIONES A LO LARGO DEL AÑO
- SE HAN DISEÑADO LAS FICHAS DE RECOGIDA DE DATOS DEL PROTOCOLO
- SE HA OBJETIVADO UN MEJOR MANEJO DE LAS FAA EN EL CENTRO DE SALUD
- OTROS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN EL CENTRO, PERO QUE NO FORMAN PARTE DE ESTE GRUPO, TAMBIÉN ESTÁN HACIENDO USO DEL TEST EN LOS CASOS QUE PROCEDEN EN FAA
- HAY UNA MAYOR CONCIENCIACIÓN DEL USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- COMPARTIR INFORMACIÓN Y TRABAJAR EN UNA MISMA LÍNEA HACE QUE EL MANEJO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS SEA MÁS ADECUADO Y, EN CONSECUENCIA, MEJORE LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y SE HAGA UN USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS, LO QUE ES UN BENEFICIO PARA LA SALUD PÚBLICA
- ES NECESARIO QUE LOS PROFESIONALES ESTEMOS ACTUALIZADOS. EL HACER REUNIONES, SESIONES CLÍNICAS, CURSOS DE FORMACIÓN Y PARTICIPAR EN PROYECTOS DE CALIDAD NOS FACILITA ESA LABOR
- EL GRUPO SEGUIRÁ TRABAJANDO EN ESTE PROYECTO Y EN EL PROTOCOLO QUE ESTÁ EN MARCHA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/658 ===== ***

Nº de registro: 0658

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS

Autores:
VIELBA DUEÑAS BEATRIZ, AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL, BUIL COMPANY ESTHER, GARCIA LAFUENTE NATALIA, HERNANDEZ ABADIAS LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0658

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: ESTRATÉGICO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- La faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las enfermedades más comunes de la infancia.
- La etiología más frecuente es VÍRICA. Si es bacteriana el *Streptococcus pyogenes* (EbhGA) es el germen más frecuente. Son muy raras en menores de 2 años e insólitas en menores de 18 meses.
- Se tiende a sobrediagnosticar la FAA como estreptocócica, lo que implica la prescripción innecesaria de antibióticos.
- Además, no se usan los antibióticos adecuados en muchos casos.
- En España, hay 16 millones de consultas anuales por odinofagia; 20% de las consultas pediátricas; suponen el 55% de la prescripción antibiótica en este grupo de edad.
- Lo primordial y práctico es averiguar si la FAA está causada por el EbhGA.
- Ningún síntoma/signo aislado ofrece un cociente de probabilidad positivo como para superar el 50% de probabilidad de FA por *Streptococo*.
- Los estudios de sensibilidad y especificidad sugieren que el diagnóstico sólo mediante la clínica es erróneo en un 25-50% de los casos.
- Se detecta un uso inapropiado de antibióticos ante FAA víricas. En nuestro Centro de Salud se puede optimizar el uso de antibióticos en FAA. Hasta ahora no se ha empleado el test rápido del estreptococo en FAA dudosas, por lo que se plantea hacer un protocolo ante farinfoamigdalitis agudas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Optimizar el uso de antibióticos para evitar el evidente incremento de las resistencias a antibióticos.
- Educar a los pacientes para evitar automedicación y para que cuando precisen antibiótico cumplan la pauta prescrita.
- Seguir las líneas estratégicas del proyecto IRASPROA.
- Mantener como responsable del uso racional de antibióticos a la Dra. BEATRIZ VIELBA DUEÑAS.
- Instaurar en nuestro Centro de Salud un protocolo de actuación ante FAA, que incluya el uso de los criterios de McIssac y el uso del test rápido del estreptococo cuando proceda.. Fecha de presentación del protocolo al EAP en Abril 2019.
- Población diana: pacientes (mujeres y varones) mayores de 3 años de edad, que acudan tanto a consulta ordinaria como en atención continuada y presenten FAA y que puedan precisar el uso de antibiótico.
- Emplear el antibiótico más adecuado si es una FAA bacteriana.

MÉTODO

- Protocolizar la atención ante un paciente con FAA. En Abril 2019 de presentará dicho protocolo y se repartirán planillas de registro que recojan datos de paciente, criterios McIssac, resultado del test rápido de estreptococo si ha habido indicación de hacerlo, antibiótico si procede (cuál, pauta...), y toda información complementaria que proceda.
- Las planillas de registro serán entregadas a la responsable del proyecto y 2 veces al año se analizarán los resultados con los colaboradores para sacar conclusiones.
- La responsable de IRASPROA mantendrá informado al EAP de cualquier información que se le comunique desde la GAP o desde Farmacia mediante reuniones y/o sesiones clínicas de EAP.

INDICADORES

- Fichas de registro de FAA. Se analizarán si han precisado antibiótico, si se ha prescrito el adecuado y si se ha disminuído el uso inadecuado de antivbióticos. Se analizarán 2 veces al año.
- Al menos 2 sesiones clínicas en el Centro de Salud sobre infecciones en A.P.

DURACIÓN

Del 1 de Abril 2019 al 1 de Abril de 2020, con intención de conituidad indefinida una vez que se instaure el protocolo.
Las vías de comunicación serán tanto presenciales mediante reuniones de EAP como sesiones clínicas, al menos 2 en el año 2019. En caso de que haya miembros del EAP que no pueden asistir presencialmente serán informados mediante correo electrónico. Se hará acta de las reuniones/sesiones y se enviará por correo electrónico al EAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0658

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS

*** ===== **

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 - 2018/0857

1. TÍTULO

DOCUMENTACION HISTORIAS DE EXITUS

Fecha de entrada: 14/01/2019

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.

ADELL RUIZ RAFAEL
ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO
CACHO VAL AURORA
GIL LIGOS MARIA FELISA
RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA
TAUS GREGORIO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Uno de los objetivos estratégicos del Departamento era la documentación de todas las historias de pacientes fallecidos para dejar espacio en el archivo del centro de salud de Tarazona y documentarlas para su "Archivo definitivo" en el archivo D.G.A.

Lo primero que hicimos fue ponernos en contacto con Pedro Gutiérrez para que nos explicara el procedimiento a seguir para archivar correctamente estas historias y cómo debíamos proceder a su traslado.

Se nos informó de que la documentación debía de ser a partir del 01/01/2002 y que en el momento del archivo debían haber transcurrido un mínimo de tres años desde el cierre de la historia clínica, teniendo que ser el formato de "archivo definitivo". Había que identificar cada uno de ellos de forma unívoca de manera que fuera fácilmente legible una vez depositado en las estanterías del almacén. Así que ordenamos todas las historias de exitus desde el año 2002 hasta el 2015 y relacionamos el contenido de cada una de las cajas en la "Hoja de Transferencia de fondos" del Archivo de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón".

En la hoja de remisión rellenamos los siguientes epígrafes:

número de caja, número de expediente (el AR de cada paciente), fecha final (fecha de fallecimiento) y contenido (nombre y apellidos).

Las relaciones las remitimos por triplicado debidamente firmadas y selladas. Una vez comprobada e inventariada la documentación, el Archivo de la Administración nos ha devuelto una copia de la misma que hemos guardado en nuestro centro como justificante del envío.

No obstante, conservamos este documento en formato electrónico en el centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido archivar y relacionar todas las historias desde el año 2002 hasta el 2015. Hasta el día de hoy hemos enviado a Pedro Gutiérrez y a su vez él a Magdalena Gómez (Responsable del Archivo de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón) del año 2002 al 2009, quedando el resto de los años archivados y preparados para su envío cuando así nos lo comuniquen por tener que habilitar espacio en dicho almacén para ellas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido un trabajo costoso porque han sido muchas historias las que hemos tenido que preparar en poco tiempo pero gracias a la colaboración de todo el equipo del proyecto lo hemos conseguido a tiempo. Habiendo quedado espacio en nuestro archivo, objetivo principal del proyecto, seguiremos archivando los exitus de los años siguiente para proceder a su envío cuando corresponda y tener todas las historias en el mismo sitio por si alguna vez son requeridas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/857 ===== ***

Nº de registro: 0857

Título
DOCUMENTACION HISTORIAS DE EXITUS

Autores:
GARCIA HUERTA EMILIA, ADELL RUIZ RAFAEL, ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO, CACHO VAL MARIA AURORA, GIL LIGOS MARIA FELISA, RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA, TAUS GREGORIO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0857

1. TÍTULO

DOCUMENTACION HISTORIAS DE EXITUS

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EXITUS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: ALMACENAMIENTO HISTORIAS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la documentación de todas las historias de pacientes fallecidos.

RESULTADOS ESPERADOS
Dejar espacio en el archivo del centro de salud de Tarazona y documentarlas para su "Archivo Definitivo" en el archivo DGA.

MÉTODO
1.-Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP
2.-Contactar con Dirección de AP para llevar a cabo el proyecto
3.-Documentar historia de exitus a partir de 1-1-2002 hasta 31-12-2014

INDICADORES
Almacenamiento de historias clínicas siendo toda la documentación a partir del 1-1-2012 debiendo haber transcurrido un mínimo de 3 años desde el cierre de la historia.
El formato será el de "Archivo Definitivo".
Documentarlas en cajas relacionando en la "Hoja de transferencia de fonfos" del Archivo de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Conservar este documento en formato electrónico.

DURACIÓN
1.- Difusión e información del proyecto de EAP tras la firma del AC.
2.- Creación del circuito: mayo-junio.
3.- Finalización del proyecto primeros de Diciembre de 2018.
4.- Valoración de la actividad realizada.

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 - 2016/1424

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 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 - 2016/1434

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 matrn.

-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 Gimansio.

-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 realizan 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 - 2018/0637

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA

Fecha de entrada: 21/02/2019

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.

CIORDIA GARCIA MARIA LUISA
GIRON ESTRADA VANESSA
INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE
LATORRE BARRERA SARA
MARTINEZ LAPEÑA MARIA ANGELES
TURRION GONZALEZ JESUS
AGUDO ABAD JARA CARLOTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Una de las primeras cosas que hicimos fue revisar el contenido de maletines de urgencias y carro de paradas. Como estaban creados del proyecto del año anterior, y no recibimos propuestas nuevas sobre ellos, acordamos mantenerlos como estaban así como las revisiones semanales de maletines (lunes y viernes) y mensual del carro.

2. Redactamos un documento sobre la organización de la atención urgente en Atención continuada ante una emergencia tanto en el C. Salud como en exterior/domicilio. En el fondo fue plasmar por escrito la manera en la que estaba organizado el trabajo, que nos pareció correcto tras su análisis y evaluación.

3. Se ha informado de los cursos que han ido surgiendo en materia de urgencias desde el Salud, intentando promover la autoformación. Es verdad, también, que nos han comentado compañeros que han realizado formación en este sentido fuera del Salud.

4. Se han dejado en las salas de urgencias hojas informativas con el protocolo de actuación a seguir ante una RCP y la información relativa al Código Ictus (criterios activación). Además, desde le proyecto PROA se nos ha facilitado a los profesionales del centro las pautas de actuación ante infección urinaria y, dada la utilidad de los mismos y con el fin de unificar la prescripción ante estas patologías, también en Urgencias hemos dejado copia de los mismos en las salas.

5. Se ha intentado, a la par que se atendía el motivo de consulta, educar a la población en el uso de los servicios de Urgencias/A: Continuada.

6. Se procedió a organizar las salas médicas y de enfermería, acotando y marcando el material que tiene que haber en cada una de ellas para facilitar el trabajo y la rápida localización de los materiales en el momento de su uso. La auxiliar es la encargada de la reposición de lunes a viernes, intentando dejar material suficiente para el fin de semana. Si es preciso reponer durante festivos/ fin de semana se encarga el equipo de profesionales trabajando en ese momento.

7. Todas las actuaciones que se llevaron a cabo fueron notificadas en cama momento a través del correo OMI y una vez concretadas y establecidas todas se hizo una sesión de presentación en el centro por parte de la responsable del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El documento que se crea para la atención urgente (emergencia) tanto en C. salud como exterior, además de ser presentado en sesión, se entregó con acuse de recibo para cerciorarnos de que todo el mundo lo recibiera.

2. El 100% de los facultativos y cerca del 90% del profesional de enfermería confirmó haber participado alguna vez en formación patología urgente / RCP.

3. En la sesión relativa a urgencias (y a notificar los cambios realizados en las salas) se recogieron firmas de asistencia con más de un 80% de asistencia de entre los trabajadores

4. Cada mes, desde que en febrero 2018 se creó un documento para revisión de maletines y carro, la responsable del proyecto y de la comisión de urgencias (este año la misma persona) han verificado la realización de dichas revisiones. Siendo de un 90% a día de la emisión de esta memoria para maletines y 85% para carro. Una vez se realiza la revisión mensual se va retirando la hoja de firmas ubicada junto maletines y carro por problemas de espacio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una buena organización del espacio de urgencias, así como documentos por escrito relativos a protocolos/algoritmos/recomendaciones prescripción y actuación ante situaciones de emergencia facilitan el trabajo y ayudan en la Atención Continuada unificando la manera de trabajar entre los diversos profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0637

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA

que las atienden y teniendo clara a quién compete la actuación urgente en cada momento.

Estamos muy satisfechos en la manera que los diferentes profesionales que trabajan en nuestras Urgencias han acogido las propuestas y las reorganizaciones realizadas. Al principio muchos eran muy reticentes a los cambios, pero una vez visto cómo se trabaja y las facilidades encontradas con la organización de las salas nos han reconocido que era necesario hacerlo y nos han expresado su satisfacción. ¡Conseguido! Trabajamos por, para y en equipo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/637 ===== ***

Nº de registro: 0637

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA

Autores:
PEÑA LEON IRENE, GIRON ESTRADA VANESSA, INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE, TURRION GONZALEZ JESUS, MARTINEZ LAPEÑA MARIA ANGELES, AGUDO ABAD JARA CARLOTA, CIORDIA GARCIA MARIA LUISA, LATORRE BARRERA SARA

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: ATENCIÓN URGENTE
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP. Razones:
Variabilidad en los criterios de atención urgente
Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador, etc.
Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explícito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

RESULTADOS ESPERADOS
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.
Situación en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0637

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA

Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/urgencias extrahospitalarias.

INDICADORES

Creación y difusión de un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)

Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no

Objetivo : Existencia de dicho documento

Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo

Objetivo: Superior al 80%

FI: informe del centro y/o visita al EAP

Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..

Objetivo 80%

FI: informe del centro actas firmadas

Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector

Objetivo 80%

FI: informe del centro actas firmadas

Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines

Objetivo 80%

FI: informe del centro y/o visita al EAP

DURACIÓN

De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto.

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 - 2018/0639

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE PILAR COSCOLIN GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLOSO RODANES MARIA ISABEL
GARGALLO GOMEZ PILAR
CASTILLO PARRA CARMEN
LUJAMBIO CHUECA MIREN ITZIAR
SANZ BURGOS LARA
VILLANUA BONET MARIA TERESA
ADELL RUIZ RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Formación de un grupo de trabajo con profesionales médicos del CS de Tarazona. Constitución del equipo de mejora para la realización del proyecto.

2. 2ª Reunión en Mayo-18. Reunión informativa sobre el proyecto de dermatología en AP, exponiendo la necesidad de formación específica en dermatología para profesionales del equipo con la finalidad de mejorar el diagnóstico de las lesiones dermatológicas que atendemos cada día en la consulta de AP. Se plantean los principales objetivos del proyecto: diagnóstico de lesiones malignas dermatológicas y mejora de habilidades para diagnóstico clínico y dermatoscópico, utilización de la dermatoscopia como gran ayuda para reducir la incertidumbre diagnóstica.

Exposición de un listado de patologías benignas subsidiarias de inicio de tratamiento en AP: verrugas víricas, acné leve- moderado, queratosis seborreicas, molluscum, se realiza una actualización en estas patologías.

3. 3ª Reunión. Septiembre-18. Se realiza sesión clínica sobre actualización en tumores cutáneos con el objeto de mejorar el diagnóstico clínico.

4. 4ª Reunión. Noviembre-18. Sesión de formación en dermatoscopia. Se hace una introducción y aproximación inicial al uso del dermatoscopio en AP con sesión formativa para el personal médico del Centro de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Tras la realización de las sesiones se ha conseguido una puesta al día y actualización sobre conocimientos clínicos y dermatoscópicos en lesiones dermatológicas para los médicos del Centro de Salud de Tarazona.

- El porcentaje de médicos que han acudido al menos a 3 de las 4 sesiones realizadas ha sido del 80%.

- No nos ha sido posible medir como indicador el porcentaje de pacientes derivados al Servicio de Dermatología con exploración dermatoscópica al no disponer del dermatoscopio a lo largo del proyecto (el CS está a la espera le sea enviado uno desde la dirección de AP).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El programa de actualización de dermatología para los profesionales del Centro de Salud de Tarazona ha resultado muy enriquecedor, nos ha permitido mejorar las habilidades clínicas para el diagnóstico de lesiones dermatológicas y optimizar las derivaciones a la consulta de dermatología.

- No nos ha sido posible adjuntar en la Historia Clínica del paciente datos de exploración dermatoscópica de las lesiones por no disponer del dermatoscopia a lo largo del proyecto.

- Una vez se disponga de dermatoscopio en el Centro de Salud, se organizarán de nuevo sesiones clínicas para un correcto aprendizaje del manejo del dermatoscopio y poner en práctica los conocimientos obtenidos a lo largo de la realización del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/639 ===== ***

Nº de registro: 0639

Título
HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP

Autores:
COSCOLIN GARCIA PILAR, BELLOSO RODANES MARIA ISABEL, GARGALLO GOMEZ PILAR, CASTILLO PARRA CARMEN, LUJAMBIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0639

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA

CHUECA MIREN ITZIAR, SANZ BURGOS LARA, VILLANUA BONET MARIA TERESA, AGUADO ABAD JARA CARLOTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.

La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas
Objetivos secundarios:
Formación en dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atípico.

MÉTODO

Formación de al menos tres profesionales del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .
Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.
Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....)
Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).

INDICADORES

Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 4). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de médicos que han acudido a al menos tres sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%)
Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%). Fuente de información: audit historias.

DURACIÓN

Formación de los profesionales responsables: Mayo, Junio 2018
Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Junio 2018
Elaboración de sesión consenso patologías banales: tercer trimestre 2018
Sesión formativa tratamientos en AP: cuarto trimestre 2018

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 - 2018/0665

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL BELLOSO RODANES

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESTEBAN GIMENO ANA BELEN
NAVARRO ELIZONDO MARIEN
CASTILLO PARRA CARMEN
PEÑA LEON IRENE
LOPEZ CORONADO JOSE LUIS
COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA
MIRALLAS ROMANILLOS MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Elección de persona responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP: M^a Isabel Belloso Rodanés.
- 2.- Adhesión de los miembros del EAP al proyecto PROA: hoja de firmas realizada a tal efecto.
- 3.- Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA a nivel autonómico (13/04/2018).
- 4.- Realización de actividades de formación sobre uso adecuado de antibióticos realizadas por la responsable del EAP:
 - Reunión 05/07/2018- Principios generales PROA, informe de consumo de antimicrobianos en 2017, mapa de resistencias bacterianas, actualización de nuestra Intranet.
 - Reunión 16/10/2018- Compromiso con el buen uso de antibióticos.
 - Curso "Principios de uso de antibióticos. Puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en Atención Primaria" (29/11/2018).
- 5.- Realización de las sesiones clínicas en el Centro de Salud:
 - Presentación de la estrategia IRASPROA y del Proyecto PROA (07/06/2018): principios generales, objetivos, importancia del proyecto, indicadores, recomendación de utilización de la Guía Terapéutica de Aljarafe.
 - Informe sobre uso de antibióticos en nuestro sector y mapa de resistencias (15/11/2018).
 - Reunión de médicos y pediatras para difundir la revisión de las guías de tratamiento de infecciones urinarias y de ITS realizada en el Sector II (13/12/2018).
- 6.- Asistencia de la responsable de farmacia y PROA a las reuniones del grupo PROA-AP: 31/05/2018, 26/09/2018, 22/11/2018, 20/12/2018.
- 7.- Colocación de carteles informativos sobre el uso adecuado de los antibióticos en las puertas de las consultas y uno de mayor tamaño en la entrada del Centro de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.- Se cumplen los indicadores de adscripción del EAP al PROA-AP: existencia de persona responsable/referente, suscripción de los principios de PROA por el 100% del equipo (mediante hoja de firmas), realización de tres sesiones/reuniones con amplia asistencia del equipo (>80%).
- 2.- Concienciación de los profesionales sobre la importancia de realizar una prescripción responsable de antibióticos para evitar el crecimiento de resistencias que constituye un problema sanitario de primer orden. Algunos profesionales manifiestan cambios en su forma de prescribir utilizando la Guía Terapéutica de Aljarafe y el mapa de resistencias del Sector.
- 3.- Se plantea impulsar la utilización de la prescripción diferida de los antibióticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1.- El proyecto PROA es bien valorado por el equipo, ha tenido muy buena aceptación y se han conseguido algunos objetivos: cambios en la prescripción, utilización de guías terapéuticas y mapa de resistencias.
- 2.- Quedan pendientes aspectos importantes como conocer informes de consumo (ya en marcha) y datos de adecuación de prescripción de antibióticos. Partiendo de esta información, se van a poner en marcha actuaciones dirigidas a la mejora de la prescripción (nuevos proyectos).
- 3.- Es importante impulsar la utilización de test diagnósticos y la prescripción diferida.
- 4.- En conclusión, se trata de un proyecto con una continuidad y sostenibilidad indiscutibles por la magnitud del problema, por las actividades puestas en marcha y por el respaldo que tiene desde el Salud.

7. OBSERVACIONES.

Además de continuar con el trabajo iniciado en los equipos de Atención Primaria y los hospitales, es importante intensificar la formación de los profesionales, por ejemplo, permitiendo el acceso al curso on line ya iniciado a un mayor número de profesionales.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/665 ===== ***

Nº de registro: 0665

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0665

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
BELLOSO RODANES MARIA ISABEL, ESTEBAN GIMENO ANA BELEN, LOPEZ CORONADO JOSE LUIS, PEÑA LEON IRENE, NAVARRO ELIZONDO MARIEN, CASTILLO PARRA CARMEN, MIRALLES ROMANILLOS ISABEL, COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA

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: ENFERMEDADES INFECCIOSAS
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: N° Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2018. Se prevé la continuación en los próximos años.

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 - 2018/0665

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0935

1. TÍTULO

EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PREVENCIÓN Y PRIMEROS AUXILIOS

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE JULIA LASHERAS GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA
MODREGO MOROS MARIA AMPARO
TIRADO VALLEJO MARIA ANGELES
LUJAMBIO CHUECA MIREN ITZIAR
SANZ BURGOS LARA
COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una de las finalidades de este objetivo es acercar al Centro Sanitario a la población escolar de los colegios e institutos de la Zona Básica de Salud y educarlos en la prevención, salud y en los primeros auxilios. Nos reunimos el equipo para concretar las fechas de las visitas, exponer el material tanto teórico como práctico y la organización de los educadores

Las visitas fueron de 1 hora y media recibiendo a los escolares y profesorado :

- 2º y 3º Infantil Educación Especial Comarcal Moncayo (Diciembre 2018)
- 2º y 3º Infantil Comarcal Moncayo (Diciembre 2018)
- 2º ESO Colegio Nuestra Señora del Pilar (Mayo 2018)
- 2ª ESO Colegio Sagrada Familia (Mayo 2018)
- 2º y 3º Infantil Colegio Joaquín Costa (Marzo y Abril 2018)

Las visitas empiezan dando la bienvenida a los escolares y profesorado y se divide a los niños en grupos máximos de 25;

- En Educación Secundaria: mientras un grupo guía y muestra las distintas dependencias del centro de salud, el otro pasa a la clase teórica y a través de un Power Point se les enseña las prácticas de RCP, desfibrilador, maniobras de Heimlich, 112, posición lateral de seguridad y prevenciones. Seguidamente el equipo sanitario dividido en 2 secciones pasa a la práctica, siendo uno de ellos PLS y Heimlich y otro RCP básica (muñeco para masaje y desfibrilador); tres sanitarios para cada sección. Antes y después hacen un test de 5 preguntas eligiendo 1 de las 3 posibilidades y finalmente un cuestionario de calidad
- En Educación Infantil y Educación Especial: la enfermera de Pediatría muestra técnicas y aparatología que habitualmente se usa para las revisiones haciendo hincapié de la alimentación y consejos higiénicos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para la evaluar esta actividad se ha sumado los aciertos de antes y después de las preguntas test que cumplimentaron los niños siendo de un 50 % de fallos antes de las clases teórico/prácticas y un 2% de fallos después de las clases siendo un resultado muy positivo en el aprendizaje de dichas clases

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que la escuela/colegio es un ámbito apropiado para la educación sanitaria y vemos la necesidad de continuar con este proyecto. El cuestionario de calidad demuestra la implicación de los niños para el aprendizaje y la impresión en general ha sido muy buena

7. OBSERVACIONES.

En cuanto a los niños de Educación Infantil, quedaría pendiente para próximas visitar el elaborar un dibujo que refleje sus impresiones y dichos dibujos quedarían expuestos en la entrada del Centro de Salud

*** ===== Resumen del proyecto 2018/935 ===== ***

Nº de registro: 0935

Título
EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PREVENCIÓN Y PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL CENTRO DE SALUD

Autores:
LASHERAS GARCIA JULIA, RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA, MODREGO MOROS MARIA AMPARO, TIRADO VALLEJO MARIA ANGELES, LUJAMBIO CHUECA MIREN ITZIAR, SANZ BURGOS LARA, COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0935

1. TÍTULO

EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PREVENCION Y PRIMEROS AUXILIOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EDUCACIÓN PARA LA SALUD
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde hace 4 años, varios colegios e institutos de Tarazona acuden a visitar el C.Salud para conocer sus instalaciones y servicios.
Los profesionales hemos querido aprovechar estas visitas ya consolidadas para realizar talleres para la Educación en hábitos Saludables, Prevención de Accidentes y Adiestramiento en primeros auxilios. Creemos que el C.Salud es el espacio idóneo para ello.
El presente proyecto queda incluido dentro del proyecto comunitario del acuerdo de Gestión Clínica del Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana:

- niños de Educación Infantil y Primaria (Colegio Comarcal Moncayo y Joaquín Costa, Colegio Ntra Sra Del Pilar y Colegio Sagrada Familia).
- niños de la ESO (Nuestra Señora del Pilar, colegio Sagrada Familia e Instituto Jesús Rubio).
- niños de Educación Especia (Colegio Comarcal Moncayo)

Los objetivos serán distintos según las edades de los niños, en general queremos que todos sepan reconocer las situaciones de riesgo vital, enseñar a activar el sistema de emergencias .

En niños de la ESO: Les entrenaremos a aplicar precozmente la RCP básica y primeros Auxilios.

En niños de infantil y Primaria siendo un grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, les enseñaremos a prevenirlos y cómo actuar ante ellos.

Intentaremos concienciar y educar sobre los beneficios de distintos hábitos saludables a través de unos conocimientos básicos sobre la influencia de la alimentación y el ejercicio físico en la salud y en su defecto de los graves problemas que se derivan del abuso de determinados alimentos, del sedentarismo y el consumo de sustancias tóxicas .

MÉTODO

Mayo 2018: reunión semanal

REUNION del grupo de mejora para determinar :

- Responsable de realizar recorrido en el c- salud.
- Responsables del Taller de RCP.
- Responsables del Taller para niños de infantil y Primaria.
- Responsables del Taller de Educación en hábitos saludables.

Realizar invitación a los distintos Colegios e Institutos de Tarazona

INDICADORES

Niños de infantil: se les da un cuestionario con tres iconos: positivo, neutro y negativo.

Niños de Primaria: se les pasa un cuestionario para recoger las impresiones de los participantes.

Niños de la ESO. Se les da un pretest y un postest adecuado para los niños y para valorar los conocimientos adquiridos.

DURACIÓN

Es un proyecto que viene determinado por el calendario escolar .

En Mayo : visita prevista de alumnos de la ESO (2º de la ESO del Colegio Ntra Sra Del Pilar el 25/05/2018)

Estamos pendientes que nos confirmen los días de visita por parte de dichos colegios.

Fecha inicio del proyecto: Mayo 2018

Finalización del proyecto: Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0935

1. TÍTULO

EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PREVENCIÓN Y PRIMEROS AUXILIOS

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 - 2018/1080

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C.S. DE TARAZONA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE PILAR GARGALLO GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COSCOLIN GARCIA PILAR
ESTEBAN GIMENO ANA BELEN
LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS
NAVARRO ELIZONDO MARIEN
BERGES ZUECO CONSUELO
ADELL RUIZ RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han realizado dos sesiones clínicas, la primera con reunión del grupo de trabajo en el que se alcanzaron acuerdos sobre las actividades e indicadores a llevar cabo y una segunda sesión impartida por el cardiólogo de zona con exposición de las últimas guías y con protocolo para manejo y seguimiento del paciente con IC en AP, criterios de derivación a cardiología.
- Se distribuye listado de pacientes con IC por cupo.
- Desde el C.S Tarazona se han realizado paseos semanales, acompañados por profesionales del C.S.
- A todos los pacientes incluidos en el programa se les ofertó la vacunación antigripal (la vacuna antineumocócica quedaba pendiente de la resolución adoptada desde gerencia).
- Se ha realizado un díptico con información para los pacientes, tanto con recomendaciones sobre hábitos cardiosaludables como con síntomas y signos que pueden indicar un inicio de descompensación de la IC. Se irá entregando a los pacientes o a sus cuidadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Alto grado de satisfacción en los pacientes incluidos en el programa que han participado en los paseos cardiosaludables organizados desde el C.S.
- Porcentaje de pacientes con registro de vacunación antigripal es del 78% y antineumocócica del 19.4%
- Porcentaje de pacientes con registro de constantes relevantes en IC es 63.17%
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con Calcioantagonistas es de un 16%
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con Beta-bloqueantes es del 41.75%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este proyecto se ha realizado una revisión global de la IC, para contribuir a actualizar conocimientos y a mejorar las prestaciones de los profesionales del equipo, abordando desde una perspectiva integral el manejo en consulta y domicilio.

Se han incentivado aspectos educacionales para el autocuidado del paciente mediante el reconocimiento precoz de síntomas, enseñando una serie de habilidades necesarias para mejor control de la enfermedad. Debe preocuparnos en AP el bajo registro de exploraciones complementarias básicas.

En el análisis de los datos cabe destacar la comorbilidad de estos pacientes que limitan el uso de algunos fármacos (EPOC; IRC)

Quedaría pendiente establecer un plan de acción estructurado para el seguimiento precoz tras el alta hospitalaria

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1080

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1080

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C.S. DE TARAZONA

***** **

Nº de registro: 1080

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C.S. DE TARAZONA

Autores:
GARGALLO GOMEZ PILAR, COSCOLIN GARCIA PILAR, ESTEBAN GIMENO ANA BELEN, LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS, NAVARRO ELIZONDO MARIEN, BERGES ZUECO CONSUELO, ADELL RUIZ RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

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
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC.

La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregan en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: ¿Somos capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO

- 1.- Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
2. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
3. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Consejo de salud de zona.

INDICADORES

1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria (Paseos saludables desde el C.S Tarazona) .
2. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica (Si se acuerda desde dirección) Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócica respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP.
3. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP .
4. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia.
5. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia.

DURACIÓN

Proyecto a desarrollar en periodo: Mayo 2018-Enero2019. Se intentará la continuidad del proyecto.

- 1.- Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
- 2.-Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1080

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C.S. DE TARAZONA

3.-Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

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 - 2018/1205

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES DESDE EL C.S. DE TARAZONA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA AMPARO MODREGO MOROS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VILLANUA BONET MARIA TERESA
LATORRE BARRERA SARA
CIORDIA GARCIA MARIA LUISA
LASHERAS GARCIA JULIA
PASCUAL ZALDIVAR JULIA
GIL LAHOZ MARIA PILAR
SANCHEZ DIAZ RAFAELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 11/05/18 elaboramos y distribuimos folletos informativos por el Centro de Salud.
El 31/05/18 las componentes del grupo andamos el trayecto elegido valorando el piso, tránsito de vehículos y longitud. Elaboramos calendario de turnos de paseos.
El 06/06/18 hacemos una charla informativa con los interesados explicando en qué consiste, objetivos, ropa adecuada, día de comienzo y lugar de encuentro.
Julia Pascual, enfermera de Malón, lo hace en su consultorio de Malón.
El 14/06/18 iniciamos los paseos en Tarazona con 18 participantes. Hacemos calentamientos, paseo y estiramientos. Se realizan los paseos todos los jueves, según calendario, hasta el 08/11/18, excepto festividades locales (semana del Pilar y semana del 27/08/18).
El 19/06/18 inician los paseos en Malón con 10 participantes. Pasean todos los martes acompañados de Julia Pascual, excepto en su periodo vacacional que lo hace el grupo sin acompañante.
Los paseos terminan el 16/10/18 con 6 participantes en Malón porque éstos prefieren pasear a horas mas cálidas. En Tarazona, finalizan el 08/11/18 con 10 participantes.
Pasamos encuesta de satisfacción el último día.
En Enero 2019 contactamos vía telefónica con los participantes para computar cuantos continúan paseando.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al final del proyecto continúan paseando en Tarazona 10 de los participantes iniciales (55,55%) y en Malón, 6 (el 60%), alcanzo así el objetivo marcado.
A los 7 meses continúan paseando sin responsable el 75% de los participantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los participantes han aprendido los ejercicios de calentamiento y de estiramiento.
El 100% de los participantes se han sentido cómodos con el grupo y les ha gustado la actividad.
La información del proyecto sólo llegó a personas que acudían al centro de salud, en caso de continuar con el proyecto, publicitaríamos a nivel de redes sociales y de radio local para mayor difusión y captación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1205 ===== ***

Nº de registro: 1205

Título
PASEOS SALUDABLES DESDE EL C.S DE TARAZONA

Autores:
MODREGO MOROS MARIA AMPARO, VILLANUA BONET MARIA TERESA, LATORRE BARRERA SARA, CIORDIA GARCIA MARIA LUISA, LASHERAS GARCIA JULIA, PASCUAL ZALDIVAR JULIA, GIL LAHOZ MARIA PILAR, SANCHEZ DIAZ RAFAELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación para la Salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1205

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES DESDE EL C.S. DE TARAZONA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La nueva conducta de sedentarismo o inactividad física se han relacionado de manera constante, con un aumento de la mortalidad general y por diferentes causas (incluida la cardiovascular). Por tanto, cada vez es más evidente la necesidad de combatir la conducta de sedentarismo o inactividad física para reducir la incidencia de todos los problemas de salud con los que está relacionada.
Para ello se cuenta con dos intervenciones: el consejo sanitario para aumentar los niveles de actividad física y la prescripción de ejercicio

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental de realizar paseos cardiosaludables desde el centro de Salud servirá como apoyo a todos los profesionales del EAP a la hora de prescribir ejercicio físico entre los pacientes en las consultas de enfermería y medicina.

La prescripción de ejercicio es ayudar a las personas a incrementar su nivel de actividad física habitual. Los objetivos específicos de la prescripción de ejercicio varían en función de los intereses de la persona, sus necesidades, entorno y estado de salud. En la mayoría de los casos se prescribe ejercicio para: 1) mejorar la condición física, 2) mejorar la salud reduciendo el riesgo futuro de desarrollar o volver a padecer ciertas enfermedades, y 3) mejorar la seguridad al hacer ejercicio.

Con los paseos saludables se favorece la socialización de las personas .

La población a la que irá dirigido el proyecto es toda la población adulta que pertenezca a la zona básica de Salud de Tarazona.

Los paseos se realizarán en Tarazona y en Malón.

MÉTODO

-Reunión para realizar equipos para realizar los paseos . Mayo 2018

- Captar a los pacientes desde las consultas de EAP . Mayo 2018

-Se realizan carteles informativos, que se distribuyen por el C.Salud. Mayo 2018

-Recoger desde Admisión la lista de las personas que quieren participar en la actividad para poder revisar las enfermedades crónicas de dichos pacientes

-Charla informativa previa a la puesta en marcha de la actividad, explicando recorrido, la ropa que hay que llevar. Junio 2018

-Iniciar los paseos en Junio.

INDICADORES

-Encuesta de satisfacción al finalizar los paseos.

-Primer mes: Registrar el número de pacientes que salen a pasear desde el C.Salud.

- A los 5 meses: Registrar el número de pacientes que se mantienen al finalizar el proyecto. (Qué el 50% de los pacientes que iniciaron los paseos sigan paseando con los responsables).

-A los 7 meses: ver la continuidad del grupo sin salir a pasear con los responsables.

DURACIÓN

Establecer un día a la semana con un horario concreto . Punto de encuentro: El centro de Salud de Tarazona y Consultorio de Malón.

Cada día irán 2 responsables del grupo de mejora para organizar los paseos, (en Malón sólo irá un responsable)

Duración: Inicio junio 2018- Noviembre 2018

En principio nos gustaría que fuese un proyecto de continuidad en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0629

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE TARAZONA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL BELLOSO RODANES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESTEBAN GIMENO ANA BELEN
LOPEZ CORONADO JOSE LUIS
PEÑA LEON IRENE
CASTILLO PARRA CARMEN
MIRALLAS ROMANILLOS MARIA ISABEL
MACIPE COSTA MARIA PILAR
COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se han realizado tres sesiones formativas por parte del PROA-AP del Sector III de forma centralizada a las que acudió la persona responsable de Estrategia PROA del Centro de salud:
-14/03/19: Actualización del tratamiento de infecciones respiratorias.
-13/06/19: Actualización del tratamiento de infecciones urinarias.
-01/10/19: Informes de prescripción de antimicrobianos y monitorización de los indicadores.
La sesión sobre infecciones de piel y partes blandas no se ha realizado ya que todavía no se ha actualizado el capítulo correspondiente de la Guía Autonómica de uso de antimicrobianos en Atención Primaria.
2. En el centro de salud se han impartido dos sesiones clínicas:
-25/04/19: Actualización del tratamiento de infecciones respiratorias. Asistencia de 10 miembros del equipo (35%).
-19/09/19: Actualización del tratamiento de infecciones urinarias. Asistencia de 13 personas (46%).
En ambas se hizo especial hincapié en las patologías subsidiarias de ser tratadas con macrólidos y cefalosporinas de 3ª generación con el objetivo de mejorar nuestra prescripción de ambos grupos de antimicrobianos.

A partir de estas sesiones y realizando recordatorios puntuales con casos clínicos y apoyándonos en el uso de la Guía Antimicrobiana del Sector III hemos pretendido mejorar nuestra prescripción antibiótica tanto cuantitativa como cualitativamente enfocando nuestra estrategia este año más concretamente en los grupos de macrólidos y cefalosporinas de 3ª generación.

Ha quedado pendiente la sesión sobre indicadores de prescripción (debido al traslado de la responsable de PROA del centro de salud) aunque sí se realizó una reunión informal al recibir los informes de prescripción para ver aspectos mejorables.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El dato correspondiente a DHD (tasa de consumo de antibióticos de uso sistémico) ha descendido desde el 23,6 al 18,3 siendo un objetivo cumplido.
2. El consumo relativo de antibióticos de amplio espectro respecto al total es del 37,1%, dato similar al del Sector y al de Aragón.
3. El porcentaje de uso de amoxicilina sin clavulánico se sitúa en el 60.4%, mejor dato que el correspondiente al Sector y a Aragón.
4. El porcentaje de macrólidos ha descendido del 23,6 al 20,9% que muestra una clara mejoría pero se mantiene por encima de los datos del Sector (18%).
5. El consumo de fluorquinolonas también ha descendido claramente del 12,4 al 9,5 acercándose a la media de Aragón.
6. El dato sobre cefalosporinas de 3ª generación (2,1 a 2,2%) ha empeorado ligeramente pero hay que tener en cuenta que debido a que hemos disminuido mucho el dato de consumo global de antibióticos (de 23,6 a 18,3 DHD, es decir el número de DDD totales ha disminuido mucho en 2019) por lo que el % de utilización de cefalosporinas de 3ª generación ha podido aumentar (hasta un 2,2 que no es un dato muy elevado, ya que la media de Aragón está en un 2,4%) sin incrementar realmente el consumo de cefalosporinas respecto al año anterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos nos permiten ser optimistas y pensar que la estrategia implementada es la adecuada aunque hay aspectos sin duda mejorables.

- Es preciso continuar con las sesiones clínicas formativas e intentar que el número de asistentes se incremente.
- Quedan pendientes la sesión sobre interpretación de indicadores de prescripción de antimicrobianos y la sesión sobre actualización de la Guía Autonómica de tratamiento de infecciones de piel y partes blandas.
- Es importante incidir en el uso de Guía de tratamiento PROA cuyo formato y accesibilidad han mejorado de manera importante y que nos facilita la labor asistencial y el tratamiento adecuado de las infecciones.
- Utilizar los tests diagnósticos en las situaciones en las que sea recomendable.
- Implementar la prescripción diferida como herramienta útil para el buen uso de los antimicrobianos en determinados casos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0629

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE TARAZONA

En conclusión, es imprescindible dar continuidad a esta vía de mejora de prescripción porque todavía hay aspectos mejorables. Es importante destacar la implicación y compromiso de cada vez más profesionales en esta estrategia que tiene garantizada la sostenibilidad debido a la magnitud del problema y al respaldo que la estrategia tiene desde el Servicio Aragonés de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/629 ===== ***

Nº de registro: 0629

Título
PROYECTO DE MEJORA DE PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE TARAZONA

Autores:
BELLOSO RODANES MARIA ISABEL, ESTEBAN GIMENO ANA BELEN, LOPEZ CORONADO JOSE LUIS, PEÑA LEON IRENE, CASTILLO PARRA CARMEN, MIRALLAS ROMANILLOS MARIA ISABEL, MACIPE COSTA MARIA PILAR, COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Partiendo del proyecto PROA iniciado el pasado año, insistimos en la importancia de realizar una prescripción antibiótica adecuada con el objetivo de disminuir las resistencias a antibióticos detectadas en los últimos años y que constituye un problema de salud pública importante.
Para ello disponemos de las guías terapéuticas elaboradas en nuestro sector a partir de la Guía de Aljarafe y de los mapas de resistencias realizados en el Servicio de Microbiología del Hospital Clínico Universitario.
Los datos sobre consumo de antibióticos conocidos a través de las sesiones de la estrategia PROA (todavía no transmitidos a los profesionales en su totalidad) indican que hay aspectos que mejorar.
Se ha detectado un uso inapropiado de algunos antibióticos como macrólidos (especialmente azitromicina) y algunas cefalosporinas de 3ª generación (por comodidad de posología, por insistencia de los pacientes, por inercia terapéutica,...) que habría que mejorar.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar algunos de los indicadores de consumo de antibióticos (especialmente macrólidos y cefalosporinas de 3ª generación) tanto en adultos como en población pediátrica de nuestra zona de salud.

MÉTODO
-Sesiones formativas para reforzar el uso de las guías de tratamiento de enfermedades infecciosas. Destacar las patologías en las que es preciso el uso de macrólidos y cefalosporinas de 3ª generación.
-Conseguir el compromiso de los profesionales para hacer un correcto uso de los antibióticos, especialmente de macrólidos y cefalosporinas de 3ª generación.

INDICADORES
Partiremos de los indicadores de prescripción de antibióticos que se nos van a proporcionar próximamente correspondientes a cada profesional y comparados con el resto de EAP, el Sector y la Comunidad Autónoma.
Realizaremos una evaluación a finales del año para ver si hemos conseguido mejorar los datos.
Al no conocer los datos de los que partimos no podemos fijar cifras de objetivos pero cualquier mejora nos parecerá óptima.

DURACIÓN
Las sesiones se impartirán en los próximos tres meses.
La evaluación se realizará a finales de este año 2019.
Se prevé continuidad con otros grupos de antibióticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0629

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE TARAZONA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0735

1. TÍTULO

RCP BASICA, OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP BASICA Y UTILIZACIÓN DEL DESFIBRILADOR EN ESCOLARES

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE JULIA LASHERAS GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA
MODREGO MOROS MARIA AMPARO
COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA
LATORRE BARRERA SARA
SORIA JIMENEZ MARIA
BELLIDO ALCEGA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado varias actividades básicamente para acercar al Centro sanitario a la población escolar de los colegios e institutos de la Zona Básica de Salud y educarlos en la prevenciones, salud y en los primeros auxilios incluidos los de urgencia vital

Nos reunimos el equipo para concretar las fechas de las visitas, exponer el material tanto teórico como práctico y la organización de los educadores

Las visitas fueron de 1 hora y media recibiendo a los escolares y al profesorado:

3º-4º de Eso del Colegio de Nuestra Señora del Pilar y de la Sagrada Familia (mayo 2019)

Damos la bienvenida a los escolares y profesorado y se divide a los alumnos en grupos máximo de 25

1 grupo con un educador se encarga de guiar y mostrar las distintas dependencias del Centro de Salud mientras el otro grupo pasa a la clase teórica u a través del Power Point se les enseña la práctica del RCP, desfibrilador, maniobras de Heimlich, 112, posición lateral de seguridad y prevenciones.

Seguidamente el equipo sanitario dividido en 2 secciones pasa a la práctica, siendo uno de ellos PLS y Heimlich y otro RCP básica (muñeco para masaje y desfibrilador); tres sanitarios para cada sección

Antes y después cumplimentan un test de 5 preguntas eligiendo 1 de las 3 posibilidades y finalmente un cuestionario de calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para evaluar esta actividad se ha sumado los aciertos de antes y después de las preguntas test que cumplimentaron los alumnos siendo de un 60% de fallos antes de las clases teórico/prácticas y un un 0% de fallos después de las clases siendo un resultado muy positivo para el aprendizaje de dichas clases

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todo el equipo creemos que la escuela/colegio es un ámbito apropiado para la educación sanitaria y vemos muy apropiado este aprendizaje para posibles casos en la vida diaria

El cuestionario de calidad demuestra la implicación de los alumnos para el aprendizaje y la impresión en general de todo nuestro equipo ha sido muy buena

7. OBSERVACIONES.

Seria recomendable que el colegio refrescara estos conocimientos adquiridos tan importantes para la vida diaria

*** ===== Resumen del proyecto 2019/735 ===== ***

Nº de registro: 0735

Título
RCP BASICA, OBSTRUCCION DE VIA AEREA, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP BASICA Y UTILIZACION DEL DESFIBRILADOR EN ESCOLARES

Autores:
LASHERAS GARCIA JULIA, RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA, MODREGO MOROS MARIA AMPARO, COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA, LATORRE BARRERA SARA, SORIA JIMENEZ MARIA, BELLIDO ALCEGA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0735

1. TÍTULO

RCP BASICA, OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP BASICA Y UTILIZACIÓN DEL DESFIBRILADOR EN ESCOLARES

Otro Tipo Patología: Educación Sanitaria
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde nuestra experiencia con escolares queremos volver a realizar dicho proyecto encaminado a saber identificar situaciones de riesgo como son la parada cardiorespiratoria (RCP básica), obstrucción de la vía aérea (maniobra de Heimlich) y manejo del desfibrilador (DESA) y creemos que es el Centro de Salud el lugar idóneo para realizar dicho proyecto

RESULTADOS ESPERADOS
En general queremos que sepan reconocer una situación de riesgo vital como son parada cardiorespiratoria, atragantamiento y activar los sistemas de emergencia
Tener los conocimientos básicos para la utilización del desfibrilador y realización precoz de la resucitación cardiorespiratoria y maniobra de Heimlich.
Este proyecto va destinado a los escolares de 3º de la ESO de distintos colegios de Tarazona

MÉTODO
Reunión de equipo a finales de Marzo para concretar el proyecto y división del equipo en grupos encaminados a establecer:
educador para el recorrido del Centro de Salud
educador para la sesión del Power Point
educadores para los talleres prácticos

Reunión semanal para la organización del equipo en los días de la visita de escolares y cuestiones varias

El material del que disponemos es :

1 Desa para el manejo de la desfibrilación
1 muñeco para el aprendizaje de la RCP

INDICADORES
Se les invita a los distintos colegios y el día que acuden al Centro de Salud cumplimentarán un cuestionario pre test sobre los temas que vamos a tratar antes del recorrido por el centro, la sesión teórica del Power y el taller Practico y posteriormente cumplimentarán de nuevo el mismo cuestionario para valorar los conocimientos aprendidos

Al terminar se les entregará un cuestionario para recoger impresiones de los alumnos

DURACIÓN
Es un proyecto que viene determinado por el calendario escolar.
Las primeras visitas tanto del Colegio Nuestra Señora del Pilar como del colegio Sagrada Familia se realizará en el mes de Abril (pendientes de que confirmen los días) y la finalización del proyecto será en Enero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0882

1. TÍTULO

TRANSFERENCIA HISTORIAS CLINICAS ZONA RURAL

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE EMILIA GARCIA HUERTA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADELL RUIZ RAFAEL
ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO
CACHO VAL MARIA AURORA
GIL LIGOS MARIA FELISA
RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA
TAUS GREGORIO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Uno de los objetivos estratégicos del Departamento era la documentación de todas las historias clínicas de pacientes fallecidos que se encuentran archivadas en los consultorios del EAP de Tarazona para dejar espacio en ellos y documentarlas para su "Archivo Definitivo" en el archivo de la administración de la D.G.A.

Lo primero que hicimos fue presentar el proyecto al EAP (Coordinador EAP) y hablar con los binomios de los consultorios (Médico y ATS) para el traslado de dichas historias clínicas al Servicio de Admisión del C.S. Tarazona.

Una vez que tuvimos todas las historias en nuestro servicio, contactamos con Dirección de AP Sector III para que nos enviaran el procedimiento a seguir para la Transferencia de las Historias Clínicas al Archivo de la Administración de la D.G.A. y también nos informaran del procedimiento para solicitar, si en algún momento fuera necesario, alguna historia clínica que ya estuviera de el Archivo de la Administración.

Documentamos y ordenamos todas las historias de exitus desde el año 2002 hasta el 2015, ya que en el momento del archivo deben haber transcurrido un mínimo de tres años desde el cierre de la historia clínica y las archivamos en el modelo de archivador "Archivo Definitivo".

El contenido de cada una de las cajas las relacionamos en la "Hoja de Transferencia de Fondos" del Archivo de la Administración para lo cual nos enviaron una hoja modelo. Una vez cumplimentadas se remitieron por correo electrónico a Magdalena Gómez (Jefa de Sección Archivo DGA) y dada la conformidad es cuando se enviaron las cajas a dicho Archivo para lo cual nos pusimos en contacto con Pedro Gutierrez (encargado de avisar a la empresa encargada de ir a los centros rurales a recogerlas).

En dicha "HOJA" debía constar: el nº de caja, siendo un número correlativo empezando desde el 1, de manera que fuera fácilmente legible para su traslado y colocación en las estanterías del archivo; el nº de expediente (AR de cada paciente); fecha final (año de fallecimiento) y, contenido (nombre y apellidos).

Las relaciones las remitidos por duplicado en formato papel debidamente firmadas y selladas. Una vez ingresadas en el Archivo de la Administración nos devolvieron una de las hojas cumplimentadas con la signatura definitiva (número de caja) para facilitar la consulta de los expedientes.

No obstante, conservamos este documento también en formato electrónico en el centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido archivar y relacionar todas las historias de pacientes fallecidos de la zona rural desde el año 2002 hasta el 2015 y hemos enviado la relación de todos los pacientes a Magdalena Gómez (Jefa de Sección de Archivo de la D.G.A.)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a la colaboración de todos los componentes del proyecto y a la implicación de los binomios de los consultorios periféricos del EAP de Tarazona hemos conseguido alcanzar el objetivo principal del proyecto.

Seguiremos archivando los exitus de los siguientes años para proceder a su envío cuando corresponda y tener todas las historias archivadas en el Archivo de la Administración de la DGA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/882 ===== ***

Nº de registro: 0882

Título
TRANSFERENCIA HISTORIAS CLINICAS ZONA RURAL

Autores:
GARCIA HUERTA EMILIA, ADELL RUIZ RAFAEL, ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO, CACHO VAL MARIA AURORA, GIL LIGOS MARIA FELISA, RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA, TAUS GREGORIO MARIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0882

1. TÍTULO

TRANSFERENCIA HISTORIAS CLINICAS ZONA RURAL

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: EXITUS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la documentación de todas las historias clínicas de pacientes fallecidos que se encuentran archivadas en los consultorios del EAP de Tarazona.

RESULTADOS ESPERADOS

Dejar espacio en dichos consultorios y documentarlas para su "Archivo Definitivo" en el archivo de la administración de la DGA.

MÉTODO

- 1.- Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP
- 2.- Contactar con binomio de los consultorios para el traslado de las historias clínicas al servicio de admisión del C.S. Tarazona.
- 3.- Documentar historias de exitus a partir del 1-1-2002 hasta 31-12-2015
- 4.- Enviar Archivos Definitivos
- 5.- Sesión al EAP sobre Documentación y Archivo (Ponente Dr. Carlos Seco).

INDICADORES

Almacenamientos de historias clínicas siendo toda la documentación a partir del 1-1-2002 debiendo haber transcurrido un mínimo de 3 años desde el cierre de la historia.
El formato será el de "Archivo definitivo".
Relacionar cada una de las cajas en la "Hoja de transferencia de fondos" del Archivo de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Conservar dicho documento en formato electrónico y enviarlo por correo a Magdalena Gómez (Jefa de Sección Archivo DGA)

DURACIÓN

- 1.- Difusión e información del proyecto de EAP tras la firma del AC.
- 2.- Creación del circuito: marzo-abril
- 3.- Finalización del proyecto Diciembre de 2019
- 4.- Valoración de la actividad realizada

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1011

1. TÍTULO

SEGUIMOS ORGANIZANDO EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 30/01/2020

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.

CIORDIA GARCIA MARIA LUISA
GIRON ESTRADA VANESSA
INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE
LATORRE BARRERA SARA
MARTINEZ LAPEÑA MARIA ANGELES
SORIA JIMENEZ MARIA
TURRION GONZALEZ JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Durante el 2º y 3º trimestre del año nos reunimos en múltiples ocasiones para revisar el contenido del almacén y tras ello procedimos a actualizar las cosas que son necesarias, tras preguntar y consensuar, pidiendo unas y quitando otras.
2- Una vez que teníamos claro qué debía haber en el almacén ideamos cómo organizar y rotular. Para ello nos reunimos con la técnico de Salud que nos aportó ideas y explicó cómo se hace en otros sitios. Con nuestras ideas y sus aportaciones procedimos a pedir gavetas y perfiles para rotular y utilizamos cajetines que habían sobrado de un proyecto previo.
3. Con el material recibido, durante el inicio del 4º trimestre procedimos a reorganizar el almacén y rotular. En tema de medicamentos separamos vía oral, intravenosa y tópica y nos decidimos por una organización alfabética.
4. Acordamos que, como hasta ahora, sería la TCAE quien se encargase de las caducidades disponiendo siempre en primera línea las cosas que antes caducasen y con un sistema de marcado de las cosas con caducidad próxima (remarcar con rotulador). En este mismo tema decidimos que debíamos intentar no desperdiciar tantas cosas caducadas y para ello ideamos un sistema de notificación trimestral a los compañeros, mediante correo OMI, para recordar revisar los materiales y medicamentos de las consultas y maletines de cada uno y todo lo que fuera a caducar en los siguientes 3 meses dejarlo en un espacio ideado para ello en el almacén y que la TCAE, una vez recogido, se encargase de intentar darle salida antes que a otros productos iguales con caducidad más larga.
5. Así mismo, a la hora de intentar determinar los mínimos a pedir nos decantamos por el pacto de farmacia pues tras revisarlo vimos que era acorde a las necesidades habituales del C. Salud.
7. Finalmente, aunque ya habíamos ido explicando las acciones realizadas a los compañeros, hicimos una reunión conjunta en el propio almacén, Además, enviamos ya el 1º recordatorio OMI (a medidos del 4º trimestre) para revisar caducidades de nuestras consultas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Organización y rotulación del almacén.
Disponer de un lugar para depositar material próximo a caducar en el almacén.
Establecer las necesidades a pedir/mínimos.
Sesión informativa al finalizar el proyecto para darlo a conocer: asistencia 76%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante un buen orden para localizar fácilmente las cosas, aunque sea la primera vez que entras en el almacén.
Importancia control de caducidades. Esto implica también seguridad..
Dar el valor a las cosas de las que disponemos e intentar no desperdiciar material (economía y medio ambiente).
Es un trabajo de todos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1011 ===== ***

Nº de registro: 1011

Título
SEGUIMOS ORGANIZANDO EL CENTRO DE SALUD

Autores:
PEÑA LEON IRENE, GIRON ESTRADA VANESSA, INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE, TURRION GONZALEZ JESUS, MARTINEZ LAPEÑA MARIA ANGELES, CIORDIA GARCIA MARIA LUISA, LATORRE BARRERA SARA, SORIA JIMENEZ MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1011

1. TÍTULO

SEGUIMOS ORGANIZANDO EL CENTRO DE SALUD

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: todas
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Partiendo de los proyectos de urgencias realizados en años previos, insistimos en una buena organización de los espacios. En este caso no sería sólo una organización correcta del almacén, sino también la tenencia de los materiales correctos pues revisadas las existencias presentes en el mismo hay muchas cosas que no se usan y se caducan.

Además, importancia de organización de la salida de materia del almacén con un registro del mismo (para control de stock), así como concienciar de no acumular en las consulta aquellos materiales que se caducan e intentando en este caso la recirculación de los materiales en fechas próximas a su caducidad para su aprovechamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar organización del almacén y control de caducidades del stock.
Crear un registro de salida de materiales y de vuelta cuando están próximos a la caducidad

MÉTODO

Reuniones del grupo de trabajo y con los miembros del equipo del C. Salud para recabar información sobre los materiales que se consideran necesarios en el almacén y sobre los que sobran. Usar las mismas para concienciar sobre el acúmulo de cosas en las consultas..
Organización del almacén, rotulando los cajetines con lo que contienen y reorganización de las estanterías/espacio del almacén dejando a la vista lo más usado.

INDICADORES

Existencia de hoja de registro de salida: si/no.
Existencia de hoja de vuelta de material al almacén con caducidades registradas: si/no.
Organización del espacio: si/no
Rotulación de cajetines: si/no.
Sesión informativa al finalizar el proyecto para darlo a conocer. Al menos 70% de asistencia del personal.

DURACIÓN

Trimestres 2º-3º-4º de 2019 con evaluación a final de este año 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1435

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA. TELEDERMATOLOGIA

Fecha de entrada: 29/02/2020

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.

BELLOSO RODANES MARIA ISABEL
MACIPE COSTA MARIA PILAR
GARGALLO GOMEZ PILAR
TURRION GONZALEZ JESUS
CIORDIA GARCIA MARIA LUISA
PEÑA LEON IRENE
INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Formación de un grupo de trabajo con profesionales médicos del CS de Tarazona. Constitución del equipo de mejora para la realización del proyecto.
2. 2ª Reunión en Mayo-19. Reunión informativa sobre el proyecto de dermatología en AP, exponiendo la necesidad de formación específica en dermatología para profesionales del equipo con la finalidad de mejorar el diagnóstico de las lesiones dermatológicas que atendemos cada día en la consulta de AP. Se plantean los principales objetivos del proyecto: diagnóstico de lesiones malignas dermatológicas y mejora de habilidades para diagnóstico clínico y dermatoscópico, utilización de la dermatoscopia como gran ayuda para reducir la incertidumbre diagnóstica. Exposición de un listado de patologías benignas subsidiarias de inicio de tratamiento en AP: verrugas víricas, acné leve- moderado, queratosis seborreicas, molluscum, se realiza una actualización en estas patologías.
3. 3ª Reunión. Junio-19. Se realiza sesión clínica sobre actualización en tumores cutáneos con el objeto de mejorar el diagnóstico clínico.
4. 4ª Reunión. Julio-19. Reunión formativa sobre el uso del dermatoscopio enviado por la Dirección de Atención Primaria del Sector III, informando sobre el manejo del dispositivo y soporte informático necesario para la utilización de imágenes clínicas y dermatoscópicas de lesiones dermatológicas subsidiarias de consulta a través de teledermatología.
5. 5ª Reunión. Octubre-19. Puesta en común de dudas y dificultades encontradas por parte de los profesionales en el manejo del dermatoscopio y aportaciones de los médicos para mejorar el desarrollo de este proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Tras la realización de las sesiones se ha conseguido una puesta al día y actualización sobre conocimientos clínicos y dermatoscópicos en lesiones dermatológicas para los médicos del Centro de Salud de Tarazona.
- El porcentaje de médicos que han acudido al menos a 4 de las 5 sesiones realizadas ha sido del 80%.
- En el último trimestre de 2019 se ha comenzado a utilizar la interconsulta con teledermatología, aunque con el inconveniente añadido de los importantes cambios en el Equipo tras la incorporación de los nuevos compañeros médicos en Noviembre-19.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El programa de actualización de dermatología para los profesionales del Centro de Salud de Tarazona ha resultado muy enriquecedor, nos ha permitido mejorar las habilidades clínicas para el diagnóstico de lesiones dermatológicas y optimizar las derivaciones a la consulta de dermatología.
- Tras el último concurso de traslados de Médicos, ha habido importantes cambios en el Equipo de Atención Primaria de Tarazona con incorporación de nuevos compañeros al equipo (8 médicos nuevos se han incorporado al centro desde Noviembre-19). Nos parece muy importante poder continuar con este proyecto para lo cual ya se ha solicitado nueva formación en teledermatología para el Equipo para poder continuar con los objetivos del mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1435 ===== ***

Nº de registro: 1435

Título
HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA. TELEDERMATOLOGIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1435

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA. TELEDERMATOLOGIA

Autores:
COSCOLIN GARCIA PILAR, BELLOSO RODANES MARIA ISABEL, MACIPE COSTA MARIA PILAR, GARGALLO GOMEZ PILAR, TURRION GONZALEZ JESUS, CIORDIA GARCIA MARIA LUISA, INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE, PEÑA LEON IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica. La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuado. Con un dermatoscopio adecuado es posible tomar imágenes dermatoscópicas de las lesiones y adjuntarlas a la interconsulta que realicemos a Dermatología, de esta forma agilizaremos las consultas entre AP y dermatología.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo primario:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas
Objetivos secundarios:
Formación en dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia.
Realizar las interconsultas a dermatología aportando además de datos clínicos, características dermatoscópicas de las lesiones, así como imagen dermatoscópica de las mismas.

MÉTODO

Formación de los médicos del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermoscopio . Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP. Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....) Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).
Formación en el manejo del soporte informático necesario para la realización de consultas con teledermatología, adjuntando las imágenes dermatoscópicas de las lesiones a la interconsulta virtual a Dermatología.

INDICADORES

Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 4). Fuente de información: Actas con firma de asistentes. Porcentaje de médicos que han acudido a al menos tres sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%) Fuente de información: Actas con firma de asistentes. Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%). Fuente de información: audit historias.
Porcentaje de interconsultas virtuales solucionadas a través de la información clínica e imágenes dermatoscópicas emitidas desde AP al Servicio de dermatología sin necesidad de presencia física del paciente en la consulta de Dermatología.

DURACIÓN

Formación de los profesionales responsables: Mayo, Junio 2019 Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Junio 2019 Sesión formativa sobre el soporte informático necesario para adjuntar imágenes dermatoscópicas a las interconsultas virtuales a Dermatología: Junio de 2019 Elaboración de sesión consenso patologías banales: tercer trimestre 2019 Sesión formativa tratamientos en AP: cuarto trimestre 2019 .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1435

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA. TELEDERMATOLOGIA

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 - 2016/0543

1. TÍTULO

LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO-MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION 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-SESPO.-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-SESPO.-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 - 2019/0600

1. TÍTULO

PREVENCION DE MALOCLUSION Y HABITOS BUCODENTALES EN NIÑOS DE 4-5 AÑOS

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ESTRELLA MARTINEZ MARCO
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS TARAZONA
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LASHERAS GARCIA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 16 de Enero del 2019 iniciamos la organización de este proyecto. Tras varias conversaciones entre la enfermera pediátrica y la higienista dental, sobre el número de niños de cuatro años, que acudían a la consulta de pediatría con caries y hábitos perniciosos que podían derivar en maloclusiones dentales, nos reunimos, para iniciar el proyecto en el que adelantamos la primera revisión odontológica de 6 a 4 años.

El proyecto se comunicó al odontólogo, la pediatra, el coordinador de enfermería y la coordinadora médica del Centro de Salud de Tarazona.

Se han realizado reuniones periódicas entre la enfermera pediátrica y la higienista dental.

La forma en que se procedió a realizar la intervención fue: la enfermera pediátrica captaba a los niños de 4 y 5 años, aprovechando la revisión en esa edad y los derivaba a la higienista dental.

La higienista dental ya en consulta, realizaba la revisión bucodental, la educación en hábitos de salud bucodental, colocaba flúor, realizaba los sellados en fosas y fisuras en los casos necesarios y efectuaba la recogida de datos (edad del niño, fecha de nacimiento, CAOD y cod, hábitos perniciosos, tipo de oclusión, forma y duración de lactancia.)

Respecto a la evaluación del programa, habría que destacar que la coordinación entre pediatría y odontología ha sido primordial para la realización de este programa.

Los materiales utilizados han sido los habituales en las revisiones dentales de los niños de 6 años (espejos de exploración, flúor en barniz y en gel, cubetas, sellados de fisuras, etc.)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados obtenidos han sido los siguientes; se ha realizado la revisión dental a 56 niños en edades comprendidas entre 4 y 5 años, de los cuales el 82% presentaba una normo-oclusión y el 18% una oclusión alterada. De los niños observados con maloclusión, un 80% tenían hábitos perniciosos, mientras que solamente el 9% de los niños con una oclusión correcta, mantenían hábitos como chuparse el dedo o usar chupete y biberón.

Respecto a las caries, el 43% de los niños observados presentaban caries en dientes deciduos, pudiendo provocar la prematura pérdida de esas piezas y con ello, posibles maloclusiones.

La comparación respecto al inicio y final no se puede realizar debido a que es un programa que empieza de cero. Hasta ahora no se realizaban revisiones periódicas a niños en esta franja de edad.

El grado de consecución de los objetivos, habrá que analizarlo en los próximos dos años, cuando los niños de este proyecto alcancen la edad de 6 años y en la revisión de esa edad se contrasten los datos con años anteriores.

La participación ha sido elevada y ha tenido un gran acogimiento en las familias de Tarazona.

Los objetivos no alcanzados todavía no se pueden evaluar.

El interés mostrado por las madres, nos motivó para reunirnos con el matron de Tarazona e iniciar una captación de embarazadas, para en un futuro realizar un programa para revisiones y educación de salud bucodental en embarazadas y recién nacidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de revisiones en edad preescolar, ayuda a identificar numerosos factores de riesgo de las maloclusiones e identificar hábitos nocivos que provocan caries dental y maloclusiones, de manera que favorece la intervención precoz y la prevención de las mismas.

Este proyecto pretende mantenerse en el tiempo, al menos dos años de sostenibilidad, para poder realizar comparativas y ampliar el número de visitas a la consulta de odontología de los niños en edad preescolar.

El programa en un principio no necesita reorientación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/600 ===== ***

Nº de registro: 0600

Título
PREVENCION DE MALOCLUSION Y HABITOS BUCODENTALES EN NIÑOS DE 4-5 AÑOS

Autores:
MARTINEZ MARCO ESTRELLA, LASHERAS GARCIA JULIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0600

1. TÍTULO

PREVENCION DE MALOCLUSION Y HABITOS BUCODENTALES EN NIÑOS DE 4-5 AÑOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades dentales
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde nuestra experiencia en la Consulta observamos en gan número de niños/as con problemas de maloclusión y principios de caries muchos de ellos motivados por hábitos nocivos, los cuales son mejorables con una educación sanitaria dirigida a padres y a niños/as desde la infancia

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer y mejorar los hábitos nocivos de maloclusión en niños/as.
- Educación sanitaria para la prevención de caries en la infancia.

MÉTODO

- Participan enfermera de pediatría e higienista dental.
- Captación de niños/as en edades comprendidas de 4-5 años, aprovechando la revisión efectuada por pediatría en dichas edades.
 - Derivación a la higienista Dental de dichos niños.
 - Educación sanitaria para la prevención y maloclusión dental y hábitos bucodentales.

INDICADORES

Contabilizar el número de niños/as que acuden a la higienista dental derivados por la enfermería de pediatría a los cuatro años.
Valorar resultados.

DURACIÓN

Es un proyecto que viene determinado por las citas programadas de enfermería de pediatría de cuatro años. De esta se deriva a higienista dental.
Fecha de inicio del proyecto: febrero del 2019. Finalización del proyecto: Enero 2020.
Reunión de las participantes para clarificar conceptos y recogidas de datos.

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 - 2016/0789

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 - 2018/0671

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL BUÑUEL GRANADOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAUSTE
· Localidad TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ FRANCES ANTONIO
ZUECO OLIVAN GEMMA
MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA
MOLINES FUERTES HORTENSIA
AREVALO AMATRIAIN INMACULADA
JACA PINZOLAS JUAN CARLOS
ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
29/11/18: Formación sobre dermatoscopia en el Centro de Salud de Tauste
20/12/18: Reunión en Hospital Clínico para formación en dermatoscopia del coordinador del proyecto y presentación del proyecto de teledermatología
21/12/18: Reunión de equipo para explicar el proyecto de teledermatología y nociones básicas en dermatoscopia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se han adquirido conocimientos básicos en dermatoscopia por parte del equipo, para poder diferenciar la patología maligna que precisa valoración urgente de la patología que se puede demorar su valoración
- El equipo ha tenido acceso durante un tiempo limitado al uso de un dermatoscopio y el interés de los profesionales por valorar las lesiones con el mismo, ha aumentado tras las formaciones realizadas
- Se ha comenzado a adquirir destreza en el manejo de dermatoscopio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- El interés de los profesionales por valorar las lesiones hiperpigmentadas con el dermatoscopio, ha aumentado tras las sesiones de formación.
- Queda pendiente la dotación de dermatoscopio al equipo y la puesta en marcha del proyecto de teledermatología.
- Una vez que se disponga de este elemento, es de esperar que mejore la derivación de las lesiones al servicio de dermatología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/671 ===== ***

Nº de registro: 0671

Título
HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE

Autores:
BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL, LOPEZ FRANCES ANTONIO, ZUECO OLIVAN GEMMA, MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA, MOLINES FUERTES HORTENSIA, AREVALO AMATRIAIN MARIA INMACULADA, JACA PINZOLAS JUAN CARLOS, ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0671

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE

El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.

La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal:

Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas

Objetivos secundarios:

Formación en dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia.

MÉTODO

Formación de al menos 1 profesional del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .

Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.

Valoración de las lesiones mediante dermatoscopia, previo a su envío a Dermatología, si procede.

INDICADORES

-Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 3). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.

-Porcentaje de médicos que han acudido a al menos 2 sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%)

Fuente de información: Actas con firma de asistentes.

-Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 1%, en el cupo del profesional que ha recibido formación por parte del sector). Fuente de información: audit historias.

DURACIÓN

-Formación de los profesionales responsables: Fechas que establezca la Dirección del Sector

-Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Solicitado en el Plan de Necesidades de 2018.

Pendiente de adjudicación de presupuestos.

-Sesiones formativas del Equipo: Se realizarán con posterioridad a la recepción del Dermatoscopio y a la formación recibida por el responsable del proyecto.

OBSERVACIONES

En principio se va a incluir uno de los cupos de medicina, que será el evaluado, aunque la práctica se extenderá al resto de profesionales, con la peculiaridad de los consultorios periféricos, dado que la ubicación del Dermatoscopio va a ser la cabecera del centro de salud.

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 - 2018/0671

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO EN DERMATOSCOPIA EN EL EAP DE TAUSTE

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL BUÑUEL GRANADOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAUSTE
· Localidad TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ FRANCES ANTONIO
ZUECO OLIVAN GEMMA
MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA
MOLINES FUERTES HORTENSIA
AREVALO AMATRIAIN INMACULADA
JACA PINZOLAS JUAN CARLOS
ANTONIO CARRERAS GIRALDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

29/11/18: Formación sobre dermatoscopia en el Centro de Salud de Tauste
20/12/18: Reunión en Hospital Clínico para formación en dermatoscopia del coordinador del proyecto y presentación del proyecto de teledermatología
21/12/18: Reunión de equipo para explicar el proyecto de teledermatología y nociones básicas en dermatoscopia
13/05/19: Sesión en EAP Tauste
11/07/19: Formación sobre plataforma para Teledermatología
18/11/19: Presentación del proyecto a los nuevos facultivos incorporados al equipo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se han adquirido conocimientos básicos en dermatoscopia por parte del equipo, para poder diferenciar la patología maligna que precisa valoración urgente de la patología que se puede demorar su valoración
- El equipo ha tenido acceso durante un tiempo limitado al uso de un dermatoscopio y el interés de los profesionales por valorar las lesiones con el mismo ha aumentado tras las formaciones realizadas
- Se ha comenzado a adquirir destreza en el manejo de dermatoscopio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El interés de los profesionales por valorar las lesiones hiperpigmentadas con el dermatoscopio, ha aumentado tras las sesiones de formación.
- Se ha retrasado la dotación de dermatoscopio al equipo y, por la tanto, la participación en el proyecto de Teledermatología
- Una vez que se disponga de este elemento, es de esperar que mejore la derivación de las lesiones al servicio de Dermatología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/671 ===== ***

Nº de registro: 0671

Título
HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE

Autores:
BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL, LOPEZ FRANCES ANTONIO, ZUECO OLIVAN GEMMA, MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA, MOLINES FUERTES HORTENSIA, AREVALO AMATRIAIN MARIA INMACULADA, JACA PINZOLAS JUAN CARLOS, ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0671

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO EN DERMATOSCOPIA EN EL EAP DE TAUSTE

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.

La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal:

Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas

Objetivos secundarios:

Formación en dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia.

MÉTODO

Formación de al menos 1 profesional del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .

Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.

Valoración de las lesiones mediante dermatoscopia, previo a su envío a Dermatología, si procede.

INDICADORES

-Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 3). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.

-Porcentaje de médicos que han acudido a al menos 2 sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%)

Fuente de información: Actas con firma de asistentes.

-Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 1%, en el cupo del profesional que ha recibido formación por parte del sector). Fuente de información: audit historias.

DURACIÓN

-Formación de los profesionales responsables: Fechas que establezca la Dirección del Sector

-Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Solicitado en el Plan de Necesidades de 2018.

Pendiente de adjudicación de presupuestos.

-Sesiones formativas del Equipo: Se realizarán con posterioridad a la recepción del Dermatoscopio y a la formación recibida por el responsable del proyecto.

OBSERVACIONES

En principio se va a incluir uno de los cupos de medicina, que será el evaluado, aunque la práctica se extenderá al resto de profesionales, con la peculiaridad de los consultorios periféricos, dado que la ubicación del Dermatoscopio va a ser la cabecera del centro de salud.

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 - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JOSE LAUDO TESAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAUSTE
· Localidad TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA
ZUECO OLIVAN GEMMA
FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION
JIMENEZ IBAÑEZ MILAGROS
MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA
MOLINES FUERTES HORTENSIA
LURI PASTOR ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A) Actividades: Este proyecto tiene como objetivo mejorar el manejo de la Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria en la Zona Básica de Salud de Tauste. Es el Proyecto Estratégico estrella del sector III para los años 2018 y 2019, siendo por ello un Proyecto de Seguimiento. Según la casuística existe una baja cobertura, gran variabilidad y ciertas desigualdades en la atención a la Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria, como son: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en la formación de los profesionales y una baja implicación en el proceso de control y seguimiento de la Insuficiencia Cardíaca por parte de los Equipos de Atención Primaria. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración de la colaboración Atención Primaria-Atención Especializada, implementación de Guías de Práctica Clínica, y aumento de la resolutiveidad de la Atención Primaria en el manejo y seguimiento de la Insuficiencia Cardíaca.

La Insuficiencia Cardíaca tiene una prevalencia del 1-2 % en la edad adulta y aumenta a más del 10 % en personas mayores de 70 años. La mortalidad al año del diagnóstico es del 7 % en los pacientes estables, y del 17 % en los que han estado ingresados. Con estos datos tomamos conciencia de la importancia de esta patología y de la necesidad de poder manejarla desde Atención Primaria.

Inicialmente, el día 9/4/2018 tuvo lugar la presentación del Proyecto al EAP de Tauste en una reunión entre los integrantes del mismo, donde se explicó el Acuerdo de Gestión firmado para el año 2018 y en la que se expusieron los diferentes proyectos del Sector III. En una posterior reunión celebrada el día 26/4/2018 se adjudicaron los proyectos a las personas más interesadas en cada uno de ellos. En el Proyecto de Insuficiencia Cardíaca, la población diana era toda aquella que estaba en los listados facilitados desde el Servicio de Farmacia del sector III del Salud correspondiente a la zona básica de salud de Tauste que estuvieran codificados en OMI con el código K77.

Se solicitó colaboración al Servicio de Cardiología de referencia para nuestro Centro de Salud, y se desplazó a Tauste el Dr. Monzón, Cardiólogo del Hospital Clínico de Zaragoza para impartir una charla sobre los aspectos más prácticos de la Insuficiencia Cardíaca el día 9/5/2018.

Se convocó a una sesión al estamento de Enfermería de la zona básica para elaborar un plan de medición de variables intermedias de proceso, relativo a insuficiencia cardíaca, consistente en planes de cuidados, planes estandarizados e implicación del paciente en el manejo y control de los síntomas de la Insuficiencia Cardíaca. Todo ello se pudo articular a través de las diferentes herramientas del programa OMI.

Asimismo el día 3/12/2018 tuvo lugar una sesión clínica por mi parte para repasar los aspectos más dudosos acerca del abordaje y manejo de la Insuficiencia Cardíaca desde que se inició el Proyecto en Mayo de 2018.

El día 9/9/2020, tuvimos una reunión de los miembros del EAP en la cual repartí a los facultativos del centro de salud, los listados que previamente me habían remitido desde el Departamento de Farmacia del Sector III, relativos a los pacientes con Insuficiencia Cardíaca y toma conjunta de Beta-Bloqueantes, así como los que tenían prescritos Calcio-Antagonistas (Diltiazem y Verapamilo). El objetivo era revisar los listados y pautar de forma preferente Beta-Bloqueantes cardioselectivos como Bisoprolol o Nebivolol; y evitar en la medida de lo posible la toma de Diltiazem y Verapamilo, ya que son desencadenantes de descompensación de la Insuficiencia Cardíaca, siendo preferible si no queda otra opción, la toma de Amlodipino.

Continuando con el calendario de sesiones clínicas, el día 23/9/2019, se impartió por parte del Dr. Daniel Escribano, Médico de Familia del Centro de Salud Oliver de Zaragoza, la sesión titulada "Mejora de la atención a la Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria", donde nos aportó sus conocimientos y experiencia.

Por último, el día 20/1/2020, como responsable del Proyecto, presenté una última sesión donde repasamos los aspectos fundamentales del mismo, así como las impresiones de los miembros del EAP con respecto al desarrollo del Proyecto, manifestando un nivel de satisfacción alto.

Al inicio del proyecto se expusieron distintas Guías de Práctica Clínica para intentar consensuar los apartados más interesantes de cada una de ellas y adaptarlos a la forma de trabajar en Atención Primaria. Para ello se consultaron las siguientes publicaciones:

+ Consenso 2017 de la ACC (American College of Cardiology) sobre el manejo de la Insuficiencia Cardíaca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

+ Guía de Práctica Clínica sobre tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica elaborada por el Ministerio de Sanidad en 2016.
+ Guía ESC (Sociedad Europea de Cardiología) 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Aguda y Crónica.
+ Manual práctico del manejo integral del paciente con Insuficiencia Cardíaca Crónica, 4ª edición; del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.
El desarrollo de todo este proyecto se le comunicó en una reunión al Consejo de Salud de la zona en Septiembre de 2018 dando su conformidad y satisfacción por su implementación.

B) Calendario: Se estableció un calendario a desarrollar desde Mayo de 2018 hasta Enero de 2020, incluyendo reuniones de EAP para seguimiento de las actividades, preparación de las sesiones, aportar ideas a desarrollar, reuniones del Consejo de Salud, etc...

C) Recursos empleados: Uso racional de recursos: Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento por parte de pacientes y familiares, adecuada comunicación Atención Primaria-Atención Especializada, implementación de Guías de Práctica Clínica, y aumento de la capacidad de resolución en la atención de la Insuficiencia Cardíaca por parte de la Atención Primaria.

D) Acciones realizadas: Como mejora de las actividades preventivas se propuso como actividad comunitaria, Grupos de Ejercicio Físico durante los veranos de 2018 y de 2019 consistente en paseos saludables de familiares y pacientes con Insuficiencia Cardíaca, acompañados de 2 enfermeras del Centro de Salud cambiando el itinerario cada día y siempre por terreno lo más llano posible, siendo esta una actividad que tuvo una buena acogida y con un alto grado de satisfacción por parte de los participantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A) Estándar marcado: - Reducción de las consultas en el Servicio de Urgencias Hospitalarias en el centro de referencia de nuestra zona básica de salud, en este caso, el Hospital Clínico de Zaragoza. Dirigidos a la población con Insuficiencia Cardíaca con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables. Para ello se propone la medición del siguiente indicador: N° Ingresos potenciales / N° Ingresos urgentes con reagudización de Insuficiencia Cardíaca respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. - Potenciación de los cuidados en Insuficiencia Cardíaca: se recomienda el siguiente indicador: N° pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca en los que consta la vacunación antigripal. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal respecto al año anterior.

- Pendiente establecer circuito para la vacunación del neumococo que actualmente depende exclusivamente de Atención Especializada. El objetivo es un aumento del 5% en vacunación antineumocócica respecto al año anterior. Recientemente se ha elaborado el nuevo Calendario de Vacunación del Adulto en donde se recomienda la vacuna antineumocócica polisacáridica de 23 serotipos a todas las personas que cumplan los 65 años de edad durante el año en curso y no hayan recibido una dosis en los últimos 5 años.

- Porcentaje de pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control de peso, perímetro de cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. - Adecuación del tratamiento farmacológico en Insuficiencia Cardíaca: N° de pacientes polimedificados con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%.

- Porcentaje de pacientes en tratamiento con Calcio-Antagonistas, en concreto Diltiazem y Verapamilo, respecto al total de pacientes con Insuficiencia Cardíaca. Objetivo: medir situación de partida.
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con Beta-Bloqueantes respecto al total de pacientes con Insuficiencia Cardíaca. Objetivo: medir situación de partida.

B) Impacto: a falta del pertinente análisis estadístico de los datos durante los años 2018 y 2019, nuestra percepción subjetiva es que ha mejorado la identificación y el control de los síntomas de descompensación de la Insuficiencia Cardíaca por parte de pacientes y familiares, así como el manejo de las dosis de diuréticos para control de los signos y síntomas congestivos: edemas y disnea. Hay que tener en cuenta que la primera causa de descompensación de una Insuficiencia Cardíaca Estable es la no cumplimentación de la medicación pautada y/o mal manejo de diuréticos por parte de pacientes y familiares.

C) Indicadores: a la espera de que el trabajo desarrollado en el Proyecto de Insuficiencia Cardíaca del Centro de Salud, se refleje en los indicadores señalados como objetivos. Para ello solicitaremos se nos envíen estos resultados una vez se procesen los datos por parte del Servicio de Farmacia del Sector III

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones y Recomendaciones: la Insuficiencia Cardíaca es una patología que se puede y se debe abordar desde Atención Primaria dada su alta prevalencia entre la población mayor de 65 años, ya que los Médicos de Familia disponemos de los conocimientos y habilidades suficientes tanto para su diagnóstico como para su tratamiento y seguimiento de las posibles complicaciones.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

*** ===== Resumen del proyecto 2018/763 ===== ***

Nº de registro: 0763

Título
MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Autores:
LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE, LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA, ZUECO OLIVAN GEMMA, FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION, JIMENEZ IBAÑEZ MARIA MILAGROS, MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA, MOLINES FUERTES HORTENSIA, LURI PASTOR ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso.
Uso racional de recursos: Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, adecuada comunicación AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la capacidad de resolución en la atención de la IC por parte de A.P.
Actividad: Intentar identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido. Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC. Pendiente establecer circuito para la vacunación del neumococo que actualmente depende exclusivamente de A.Especializada.
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
Cambios en la práctica clínica: Implementar el conocimiento y uso de la GPC-
Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos con Medicina Interna.
Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.

INDICADORES
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo...) en el contexto de IC.
2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal . Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN

Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
2. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
3. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

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 - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO JOSE LAUDO TESAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAUSTE
· Localidad TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA
ZUECO OLIVAN GEMMA
FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION
JIMENEZ IBAÑEZ MILAGROS
MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA
MOLINES FUERTES HORTENSIA
LURI PASTOR ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Actividades: este proyecto tiene como objetivo mejorar el manejo de la Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria en la Zona Básica de Salud de Tauste. Es el proyecto estratégico estrella del sector III para 2018. Según la casuística existe una baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en la formación de los profesionales y una baja implicación en el proceso de control y seguimiento de la IC. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de Guías de Práctica Clínica, y aumento de la resolutiveidad de la AP en la atención de la IC.

La Insuficiencia Cardíaca tiene una prevalencia del 1-2 % en la edad adulta y aumenta a más del 10 % en personas mayores de 70 años. La mortalidad al año del diagnóstico es del 7 % en los pacientes estables y del 17 % en los que han estado ingresados. Con estos datos tomamos conciencia de la importancia de esta patología y de la pertinencia de su adecuado manejo desde AP.

Inicialmente, el día 9/4/2018, tuvo lugar la presentación del proyecto al EAP de Tauste en una reunión entre los integrantes del equipo donde se explicó el acuerdo de gestión firmado para el año 2018 y en la que se expusieron los diferentes proyectos.

En una posterior reunión celebrada el día 26/4/2018 se adjudicaron los proyectos a las personas más interesadas en cada uno de ellos. En el Proyecto de Insuficiencia Cardíaca, la población diana era toda aquella que estaba en los listados facilitados desde el Servicio de Farmacia del sector III del Salud correspondiente a la zona básica de salud de Tauste que estuvieran codificados en OMI con el código K77.

Una de las claves del buen funcionamiento del Proyecto en cuestión, es la adecuada codificación a través de OMI del diagnóstico de IC, ya que si no los listados facilitados, incluirían diagnósticos variados y se desvirtuaría el resultado final. Para ello en la sesión del 26/4/2018 se hizo un repaso completo sobre la forma correcta de codificar la IC en OMI para evitar errores que conllevaran resultados finales erróneos.

Se solicitó colaboración al Servicio de Cardiología de referencia para nuestro CS, y se desplazó a Tauste el Dr. Monzón, Cardiólogo del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza para impartir una charla sobre los aspectos más prácticos de la Insuficiencia Cardíaca el día 9/5/2018.

Se convocó a una sesión al estamento de Enfermería de la zona básica para elaborar un plan de medición de variables intermedias de proceso relativo a insuficiencia cardíaca consistente en planes de cuidados, planes estandarizados e implicación del paciente en el manejo y control de los síntomas de la IC. Todo ello se pudo articular a través de las diferentes herramientas del programa OMI.

Asimismo el día 3/12/2018 tuvo lugar una sesión clínica por mi parte para repasar los aspectos más dudosos acerca del abordaje de la Insuficiencia Cardíaca desde que se inició el Proyecto en Mayo 2018. Al inicio del proyecto se expusieron distintas Guías de Práctica Clínica para intentar consensuar los apartados más interesantes de cada una de ellas y adaptarlas a la forma de trabajar en Atención Primaria. Para ello se consultaron las siguientes publicaciones:

* Consenso 2017 de la ACC (American College of Cardiology) sobre el manejo de la Insuficiencia Cardíaca.

* Guía de Práctica Clínica sobre tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca crónica elaborada por el Ministerio de Sanidad en 2016.

* Guía ESC (Sociedad Europea de Cardiología) 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca aguda y crónica. * Manual práctico del manejo integral del paciente con Insuficiencia Cardíaca Crónica, 4ª edición; del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

El desarrollo de todo este proyecto se le comunicó al Consejo de Salud de la zona en Septiembre 2018 dando su conformidad y satisfacción por su implementación y el beneficio que iba a aportar a la población de referencia.

2.- Calendario: Se estableció un calendario a desarrollar desde Mayo 2018 hasta Diciembre 2018 incluyendo reuniones de EAP para seguimiento de las actividades, preparación de las sesiones, aportación de ideas a desarrollar, reunión del Consejo de Salud, etc...

3.- Recursos empleados: Uso racional de recursos: Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, adecuada comunicación AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la capacidad de resolución en la atención de la IC por parte de la AP.

4.- Acciones realizadas: Como mejora de las actividades preventivas se propuso como actividad comunitaria, Grupos de Ejercicio Físico durante el verano 2018 consistente en paseos saludables de familiares y pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

con IC acompañados de 2 enfermeras del centro de salud cambiando el itinerario cada día y siempre por terreno lo más llano posible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Estándar marcado:

* Reducción de las visitas al Servicio de Urgencias Hospitalarias en el centro de referencia de nuestra zona básica de salud, en este caso, el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza., dirigidos a la población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables. Para ello se propone la medición del siguiente indicador:

Nº Ingresos potenciales / Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%.

* Potenciación de los cuidados en IC: se recomienda el siguiente indicador, Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal. Objetivo: aumento 10 % en vacunación antigripal con respecto al año anterior.

* Pendiente establecer circuito para la vacunación del neumococo que actualmente depende exclusivamente de A.Especializada. El objetivo es un aumento del 5% en vacunación antineumocócica respecto al año anterior.

Recientemente se ha elaborado el nuevo Calendario de Vacunación del Adulto en donde se recomienda la vacuna antineumocócica polisacáridica de 23 serotipos a todas las personas que cumplan los 65 años de edad durante el año en curso y no hayan recibido una dosis en los últimos 5 años. Por parte de Enfermería se ha elaborado un protocolo para vacunar a todos estos pacientes ya que se ha facilitado el envío de las vacunas del Neumococo a los Centros de Salud.

* Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida.

* Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedcados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%.

* Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida.

* Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida.

2.- Impacto: A falta del pertinente análisis estadístico de los datos durante el año 2018, nuestra percepción subjetiva es que ha mejorado la identificación y el control de los síntomas de descompensación de la IC por parte de pacientes y familiares, así como el manejo de las dosis de diuréticos para control de edemas / disnea.

3.- Indicadores: a la espera de que el trabajo desarrollado en el Proyecto de IC del Centro de Salud, se refleje en los indicadores señalados como objetivos; para ello solicitaremos se nos envíen estos resultados una vez se procesen los datos por parte del Servicio de Farmacia del Sector III.

En cuanto a los listados de pacientes en tratamiento con Calcio-antagonistas y con Beta-bloqueantes, han sido requeridos en 2 ocasiones al Servicio de Farmacia del Sector III, sin conseguir que los enviaran para poder revisarlos y adecuar a cada paciente su tratamiento de forma más personalizada y de acuerdo a las GPC que hemos manejado en el Proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La IC es una patología que se puede abordar desde AP dada su alta prevalencia entre la población mayor de 65 años, ya que disponemos de los conocimientos suficientes tanto para su diagnóstico como para su tratamiento y seguimiento de posibles complicaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/763 ===== ***

Nº de registro: 0763

Título
MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Autores:
LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE, LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA, ZUECO OLIVAN GEMMA, FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION, JIMENEZ IBAÑEZ MARIA MILAGROS, MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA, MOLINES FUERTES HORTENSIA, LURI PASTOR ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.

La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso. Uso racional de recursos: Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, adecuada comunicación AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la capacidad de resolución en la atención de la IC por parte de A.P. Actividad: Intentar identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido. Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a, la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC. Pendiente establecer circuito para la vacunación del neumococo que actualmente depende exclusivamente de A.Especializada.
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO

Cambios en la práctica clínica: Implementar el conocimiento y uso de la GPC-
Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos con Medicina Interna.
Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.

INDICADORES

1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo...) en el contexto de IC.
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios. Ingresos potencialmente N° Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal . Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: N° de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN

- Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
 2. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
 3. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

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 - 2018/0781

1. TÍTULO

PROGRAMA D EOPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EAP TAUSTE

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ASTIER PEÑA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAUSTE
· Localidad TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ FRANCES ANTONIO
LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE
BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL
LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA
GUILLEN GALVE MARIA
BANDRES OLIVAN MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año se realizaron varias sesiones en relación con el proyecto para facilitar la concienciación del buen uso de antibióticos en las diferentes patologías.

1. Sesión de presentación del programa PROA-AP.: 16/04/18
2. Sesión de revisión de tratamientos antibióticos en las infecciones respiratorias altas y bajas.: 22/05/18
3. Sesión de revisión de tratamientos antibióticos en las infecciones urinarias.: 04/06/18
4. Revisión de tratamientos antibióticos en niños (otitis, faringoamigdalitis...) : 10/09/18
5. Decálogo del programa IRASPROA. Compromiso d los profesionales con los principios de buen uso de antibióticos.: 05/11/18

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los profesionales reconocen el uso de guías de uso de antibióticos presentadas a lo largo del año, con lo que se reduce la utilización de antibióticos. Aunque no tenemos datos objetivos, si es la sensación subjetiva de todo el equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El haber entrado en el proyecto ha servido para concienciar al personal del equipo del buen uso de los antibióticos en las diferentes patologías infecciosas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/781 ===== ***

Nº de registro: 0781

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
ASTIER PEÑA MARIA PILAR, LOPEZ FRANCES ANTONIO, BELLO GIL JOSE LUIS, LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE, BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL, LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA, GUILLEN GALVE MARIA, BANDRES OLIVAN TERESA

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: Control de resistencias antibioticas
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0781

1. TÍTULO

PROGRAMA D EOPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EAP TAUSTE

diagnósticos y terapéuticos.

Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.

A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.

Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).

Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO

Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.

Dar a conocer los principios generales PROA.

Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.

Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES

Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)

Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo)

Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)

Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.

Indicador: N° Sesiones realizadas sobre PROA:

Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.

Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 60%

FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN

De abril a diciembre de 2018. Se prevé la continuación en los próximos años.

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 - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

Fecha de entrada: 29/01/2019

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
CARREERAS GIRALDA ANTONIO
BELLO GIL JOSE LUIS
TENA DOMINGO INMACULADA
ASTIER PEÑA MARIA PILAR
ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL
LURI PASTOR ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. ACTIVIDADES DE ORGANIZACION

OCTUBRE 2017

Reunión en Consulta de Pediatría del Centro de Salud, de Pediatra y Enfermera de Pediatría con la Directora de la Escuela Infantil de Tauste, esta ultima plantea si desde el Servicio de Pediatría podemos colaborar y asesorarles respecto al tema de alimentación infantil, para que ellos a su vez expliquen a los padres que alimentos deberían llevar los niños para realizar unas " Meriendas Saludables " .

NOVIEMBRE 2017

El Servicio de Pediatría del Centro de Salud solicita por teléfono una reunión con el Equipo Directivo del Colegio Publico Alfonso I de Tauste para solicitar su colaboración y explicar en que consiste este proyecto, se fija fecha.
Este proyecto podría hacerse extensivo a los Colegios de Novillas y Pradilla, pueblos que pertenecen al EAP de Tauste.

Reunión en el Colegio de Equipo Directivo, Pediatra y Enfermera de Pediatría de Tauste, donde se firma el "Modelo de Acuerdo entre el Centro de Salud y Centros Educativos para la Promoción de la Salud", estableciéndose la justificación, objetivos, actuaciones, interlocutores y evaluación para llevar a cabo este proyecto.

A LO LARGO DE LOS CURSOS ESCOLARES 2017- 2018 y 2018-2019

Se realizan distintos contactos telefónicos quedando establecidas las fechas de realización de las acciones o intervenciones realizadas.

FORMACIÓN

La Responsable del proyecto asistió en 2017 a los cursos de Atención Comunitaria del Sector 3 Zaragoza y de ellos aporta información por escrito al Colegio de una Guía de un Proyecto de Salud Comunitaria, colaboración con Centros Educativos, integración en la Agenda Comunitaria del Centro de Salud, así mismo se da Información de la Convocatoria de Acreditación de Centros Escolares como Escuela Promotora de Salud (BOA) y funcionamiento de SARES

DOTACIÓN DE RECURSOS

Lugares de realización de Actividades:

CP Alfonso I (Clases y Biblioteca)

Centro de Salud de Tauste

Materiales:

Material sanitario, laminas y dibujos, fichas escolares, reactivos para realización de Taller Lavado de Manos, proyectores, ordenadores, peluches, ambulancia de la zona.

Recursos Humanos.

Profesorado del Colegio, profesionales del Centro de Salud y Técnicos de Ambulancia que colaboraron en un taller.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN DEL PROYECTO

Difusión Interna al EAP en Reuniones de Equipo, explicando la inclusión del Proyecto en Acuerdo de Gestión de 2018 y evolución del proyecto así como envío de fotografías y videos de los talleres realizados en un grupo de WhatsApp interno de los trabajadores del EAP Tauste.

Difusión Externa al Consejo de Salud de la Zona dado que en las distintas sesiones se aporta información de todo lo referente a Atención Comunitaria del Centro de Salud.

INTERVENCIÓN ACCIONES REALIZADAS

OCTUBRE 2017

Contactos telefónicos y reuniones en Consulta de Pediatría del Centro de Salud, de Pediatra, Enfermera de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

Pediatría y Directora de Escuela Infantil Tauste, quedando establecido un Modelo de " Meriendas Saludables" que la Directora de la Escuela trasmite a los padres al respecto.
Se hace extensiva la colaboración en otros temas por parte del Servicio de Pediatría mediante la Guía de Ayuda para Centros Docentes.

NOVIEMBRE 2017

Pediatra y Enfermera de Pediatría acuden al Colegio Alfonso I de Tauste a impartir un Taller sobre " El Resfriado y Hábitos Saludables "

Se hace en horario escolar a las 3 clases de 1º de Educación Infantil por separado

Colabora el profesorado de las 3 clases, proyectando un breve vídeo en relación al tema. Se aporta por parte de Pediatría laminas de dibujos explicativos, material sanitario y peluches para practicar con los niños haciéndoles partícipes en el taller.

MARZO 2018

En el CP San Nicasio de Novillas la Medico de Familia y Enfermera acuden a colaborar con la Maestra de Educación Infantil en el Proyecto que se está llevando a cabo en el aula " El Cuerpo Humano y mi Peditra"

JUNIO 2018

Se imparte el Taller de "Lavado de Manos" por Peditra, Enfermera de pediatría y un Medico de Familia del EAP. Se lleva a cabo en la Biblioteca del Centro Escolar de Tauste impartándose a 2 grupos por separado uno de 2º y otro de 3º de Educación Infantil.

Se proyecta una sesión didáctica y se lleva material necesario con reactivos practicando con los niños.

ENERO 2019

2 grupos de unos 15 niños cada uno de 3º de Educación Infantil del CP Tauste visitan el Centro de Salud acompañados por sus profesoras

Se hace un paseo explicativo para que conozcan a los profesionales que trabajan en el centro y las funciones que desempeñan.

La Peditra y Enfermera de Pediatría los guían por Admisión, zona de Medicina General, Matrona, Fisioterapia, Urgencias y Consulta de Pediatría donde realizan un simulacro de consulta haciendo ellos el papel de peditra enfermera y paciente.

Así mismo se les enseña por adentro y por fuera la ambulancia del 061 del Centro Base.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se obtenido unos resultados de impacto, la cooperación entre el centro de salud y educativo para la promoción de la salud de la comunidad escolar facilita la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables, aumentando las competencias en salud de los escolares y permitiendo que haya un acercamiento entre el ámbito escolar y sanitario.

El colegio público Alfonso I de Tauste ha pasado a ser Escuela Promotora de Salud lo cual nos parece muy importante para la sostenibilidad del proyecto.

Los Indicadores utilizados han sido:

Nº de Reuniones (6)

Nº de Talleres Realizados (4)

Nº de Profesionales, los descritos en esta memoria.

Fichas escolares y dibujos donde se plasma lo aprendido antes y después de la realización del taller.

Encuesta de satisfacción y resultados del proyecto a profesores y profesionales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Sería buena la realización de una Agenda Comunitaria del Centro de Salud para una mejor organización de estos proyectos, sigue faltando conocimiento de la Atención Comunitaria en si.

El proyecto nos parece sostenible y útil, sobre todo ahora que el Colegio ha pasado a ser Escuela Promotora de Salud.

7. OBSERVACIONES.

Es importante que haya apoyo por parte de las Gerencias y EAP para el mejor desarrollo de estos temas comunitarios ya que a veces requiere mucho esfuerzo a nivel personal de los participantes

*** ===== Resumen del proyecto 2018/788 ===== ***

Nº de registro: 0788

Título
SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

Autores:

GUILLLEN GALVE MARIA, LORENTE SERRANO MARIA CARMEN, CARRERAS GIRALDA ANTONIO, BELLO GIL JOSE LUIS, TENA DOMINGO INMACULADA, ASTIER PEÑA MARIA PILAR, ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL, LURI PASTOR ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Niños

Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proyecto se adscribe en los objetivos del Acuerdo de Gestión del Centro de Salud de Tauste de 2018, se enmarca dentro de las líneas estratégicas de promoción de las actividades comunitarias, nos parece útil, con posibilidad de buenos resultados y capacidad de continuación en el tiempo.

El proyecto surge de manera bidireccional:

Por una parte al inicio del curso escolar 2017 - 2018 la Escuela Infantil de Tauste solicita la colaboración del equipo de Pediatría para fomentar hábitos de salud saludables en cuanto a la alimentación ofrecida en dicha escuela.

Por otra parte el equipo de Pediatría, se plantea la realización de un proyecto de colaboración con los centros educativos de la zona, participando conjuntamente con el profesorado y actuando sobre el alumnado, fomentando medidas y comportamientos saludables que mejoren la salud y bienestar de los escolares y apoyando su participación en el cuidado de la salud y prevención de enfermedades dirigidas a promover la salud de la comunidad educativa. Se justifica el proyecto, dado que la cooperación entre el centro de salud y educativo para la promoción de la salud de la comunidad escolar, hace posible realizar un abordaje global facilitando la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables aumentando las competencias en salud de los escolares, permitiendo además que haya un acercamiento entre ámbito escolar y sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un marco de acercamiento y colaboración coordinada entre el EAP y centro educativo que permita asegurar la sostenibilidad de estas actuaciones, fomente un entorno saludable y aumente las competencias en salud de los escolares y profesorado.

Se plantea que el proyecto sea el paso previo a que el CEIP Alfonso I se convierta en Escuela Promotora de Salud. La actividad va dirigida a la población de la Escuela Infantil, niños de 3 meses a 3 años, a través de su profesorado

A nivel escolar en los CEIP Alfonso I de Tauste y San Nicasio de Novillas se trabaja con niños de Educación Infantil.

Según el tipo de actividad se trabajará con clases individualizadas o en grupos.

MÉTODO

Reuniones y contactos telefónicos Escuela Infantil de Tauste y Pediatría para establecer pautas de alimentación saludable, haciéndose extensiva la colaboración en otros temas mediante la Guía de Ayuda para Centros Docentes. Reunión Pediatría con equipo directivo del CEIP Alfonso I de Tauste, estableciendo el Modelo de Acuerdo entre Centro de Salud y Educativo para la promoción de la Salud, identificando los objetivos e intervenciones educativas que se realizarán a lo largo de los cursos 2017-2018 y 2018-2019, trabajando con metodologías participativas, aplicando técnicas en grupos pequeños.

Pediatra y enfermera acudirán a las clases de 1ª Educación Infantil (3 clases de unos 15 alumnos) para impartir unos talleres y trabajar con los escolares y profesores de dichas clases, sobre "El resfriado y hábitos saludables". Se lleva material sanitario, láminas de dibujos y peluches para practicar con los niños.

Pediatra, Enfermera y Médico de Familia impartirán otro taller sobre "higiene de Manos" en la Biblioteca del Centro Escolar con material necesario para su desarrollo, 2 grupos, uno con niños de 2º y otro de 3º de infantil. Visitas de escolares al Centro de Salud para conocer las instalaciones, servicios, profesionales que trabajan en él y funciones que desempeñan, se enseñarán espacios y materiales de Admisión, Pediatría, Medicina, Matrona, Fisioterapia y Urgencias.

Médico y Enfermera de Novillas (Consultorio de la ZBS de Tauste) imparten un taller con la profesora de Infantil dentro de un proyecto del colegio "El cuerpo humano y mi pediatra". Se intentará que alumnos puedan ir al consultorio a conocerlo.

Comunicación del Proyecto y sus fases evolutivas periódicamente al EAP de Tauste y Consejo de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

INDICADORES

Nº de reuniones realizadas con Centros Educativos que participan en el Proyecto
Nº de Talleres impartidos
Nº de Participantes
Fichas escolares y dibujos donde se plasma la realización de lo aprendido comparativamente antes y después del taller realizado o visitas escolares- sanitarias
Encuesta a profesores y profesionales participantes de satisfacción y resultados obtenidos con el proyecto

DURACIÓN

Oct Nov 2017 Reuniones Escuela Infantil Tauste y Pediatría
Oct Nov 2017 Reunión CEIP Tauste y Pediatría -
Realización 1er taller
Mar 2018 Taller en CEIP Novillas
Jun 2018 2º Taller en Colegio Tauste
Oct Nov 2018 Visitas de escolares a centro de Salud

OBSERVACIONES

Colaboración del EAP para cubrir las ausencias de profesionales intervinientes

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 - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Fecha de entrada: 29/01/2020

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.
CARREERAS GIRALDA ANTONIO
ISASA CHUECA JOSE ANTONIO
MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA
LORENTE SERRANO MARIA CARMEN
LURI PASTOR ALICIA
AREVALO AMATRIAIN INMACULADA
ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES DE ORGANIZACIÓN

MARZO 2019

Planificación por parte de Pediatra y Enfermera de Pediatría de las actividades a realizar a lo largo del año y como se llevarían a cabo, con el fin de dar continuidad al proyecto (fechas, temas, materiales, participantes, etc).

ABRIL 2019

La pediatra solicita por teléfono una reunión con el Equipo Directivo del C P Alfonso I de Tauste para explicar en qué consistirían las actividades de este año y forma de llevarlas a cabo.
Se fija fecha de dicha reunión .

MAYO 2019

El día 7 se celebra la reunión antes mencionada acordándose:

En mayo se realizará un Taller de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) a los alumnos de tercero de Educación Infantil .

A lo largo del curso escolar 2019-2020 se plantean distintas posibilidades:

- Un taller de RCP para alumnos más mayores e incluso para padres de alumnos.
- Un taller para profesores basándonos en la Guía de Ayuda para Centros Docentes en el manejo de situaciones de Salud en el Ámbito Escolar.
- Charla informativa a Profesores de la Vacunación Antigripal cuando sea la fecha de comienzo de la campaña de este año.

SEPTIEMBRE 2019

El Equipo de Pediatría se plantea que al igual que se hace con el Colegio, se podrían realizar actividades con el Instituto Río Arba de Tauste por lo que se solicita una reunión de toma de contacto con el Secretario de dicho instituto.
Se fija fecha.

OCTUBRE 2019

Reunión el día 10 de Octubre, asisten Eduardo Muñoz Ubide (Secretario y Profesor de Educación Física del IES), María Guillén Galve (Pediatra y Referente de Atención Comunitaria del C S Tauste) y María Carmen Lorente Serrano (Enfermera de Pediatría y Presidenta del Consejo de Salud Tauste)

Se plantean las siguientes propuestas de colaboración:

Charlas y Talleres de Prevención de la Drogadicción, que impartiría el Enfermero de Salud Mental adscrito al CS. En las Jornadas de Alimentación Saludable del IES, la Pediatra y Enfermera darían una Charlas a Alumnos de primero y segundo de la ESO, sobre dicho tema.

A este respecto se acuerda que a familias de alumnos del instituto con sobrepeso y pocos recursos (que no puedan costearse una actividad deportiva extra escolar) se les dirija al profesor de Educación Física para proponerles una propuesta de actividad física autónoma (progresión de carrera, caminatas saludables...) como ya están haciendo en EF.

Se valora la incorporación del profesorado de EF como Recurso Activo de Salud.

Participación en el Proyecto de Descansos Posturales con la impartición de una Charla por parte de la Fisioterapeuta del Centro de Salud.

Por último se plantea la posibilidad de formar parte de la Mesa del Deporte Escolar cuyo objetivo es trabajar conjuntamente profesorado de EF, monitores y patronato de deportes de Tauste y servicio de Pediatría. Se plantea como idea positiva que los pediatras cuenten con un listado de contactos (actividad, horarios, lugar, precio, teléfono y mails) de las personas o asociaciones deportivas que desarrollan actividades deportivas con alumnos en edad escolar para que desde Pediatría puedan poner en contacto a los pacientes y entrenadores y "recetar actividad física".

DICIEMBRE 2019

Tras varios contactos telefónicos entre posibles personas implicadas en los planteamientos anteriores quedan

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN INFANTIL

definidas las Charlas por parte de Pedí, Salud Mental y Fisioterapeuta con fechas y contenidos a tratar.

ACCIONES REALIZADAS

EL 31 de Mayo se realiza un Taller de RCP, con alumnos de 3º de Educación Infantil, 2 clases de 17 niños por clase.

Se lleva a cabo en el aula de Psicomotricidad del CP Alfonso I de Tauste.

La Peditra y Enfermera dan primero una Teoría utilizando "peluches" adaptada a la edad, después se pone en Práctica haciendo partícipes a los niños que actúan tanto de sanitarios como de pacientes.

Se utiliza la música de RCP del barquito chiquitito, previamente se había proporcionado a los profesores, el enlace del vídeo "RCP en el cole" para que lo vieran y practicaran antes del día de realización del taller.

El 7 de Octubre, en la Biblioteca del Colegio, se realiza un Taller de Manejo de situaciones de salud, en el ámbito escolar, concretamente se habla de que hacer ante una Convulsión, una Crisis de Asma, una Reacción Alérgica importante, Hipoglucemia en niños Diabéticos y algún otro tema como lipotimias, accidentes escolares, etc. Es impartido por Peditra y Enfermera de Peditría a todo el Profesorado del Centro.

La última semana de Octubre Peditra y Enfermera acuden al Colegio e informan de la Vacunación Antigripal, se acuerda un día en el que la Enfermera acudirá al Colegio vacunar a los Profesores que lo demanden y así se hace el día 29 de noviembre alas 14 h al finalizar las clases.

Peditra y Enfermera de Peditría imparten unas Charlas sobre Alimentación Saludable en el IES Río Arba de Tauste mediante un Power Point elaborado por dichas profesionales.

La duración de la charla es de 50 minutos máximo (es el tiempo de clase) en horario de Tutoría, las clases tienen cañón y ordenador.

Los grupos son de entre 20 y 25 alumnos:

14 de Enero a las 11,25. 1º ESO C (en aula 1º C) y 1 ESO D + PAI (en aula de 1º D)

15 de Enero a las 12,40. 2º ESO C + PMAR C (en aula 2º C) y 2º ESO D + PMAR D (aula 2º D)

21 de Enero a las 11,25. 1º ESO A (en aula 1º A) y 1º ESO B (en aula 1º B)

22 de Enero a las 12,40. 2º ESO A (en aula 2º A) y 2º ESO B (en aula 2º B)

DOTACIÓN DE RECURSOS

Lugares de realización de actividades, las descritas anteriormente, salas y aulas del Colegio e Instituto.

Materiales sanitarios (gorros, calzas para taller RCP, aparato de Glucemia, cámaras de inhalación, aparato para inyección de adrenalina, medicamento anti convulsivo para el Taller a Profesorado, vacunas Antigripales para su administración y material que conlleva) proyectores, ordenadores, peluches, Power Point.

Profesorado del Colegio e Instituto y Profesionales del Centro de Salud.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN DEL PROYECTO

Difusión al Equipo del Centro de Salud en Reuniones explicando la evolución del proyecto así como envío de fotografías y vídeos de los talleres en el grupo de WhatsApp interno de los trabajadores del EAP Tauste.

Difusión externa al Consejo de Salud de la Zona dado que en las sesiones del Consejo se aporta información de lo referente a Atención Comunitaria del CS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han obtenido unos resultados de Impacto dado que el trabajo conjunto de Centro de Salud y Centros Educativos facilita la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables, promueve la salud y aumenta las competencias en salud de escolares y profesorado y permite que haya un acercamiento y un caminar de la mano entre el ámbito escolar y sanitario.

Los indicadores han sido:

Nº de Reuniones Incluyendo contactos telefónicos y vía on line, antes descritas.

Nº de Talleres Realizados, antes descritos.

Nº de Profesionales implicados, antes descritos.

Dibujos donde se plasma lo aprendido antes y después de la realización del taller.

Encuesta de satisfacción y resultados del proyecto a alumnos y profesores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto nos parece útil, nos proporciona un aprendizaje bidireccional, nos enseña a trabajar en red, debería mantenerse en el tiempo.

Queda pendiente de completar los talleres del instituto mencionados, Charlas de Salud Mental y Fisioterapeuta que se harán a lo largo del curso pero ya después del envío de la memoria del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

Es importante el apoyo de Gerencia y EAP ya que la realización de estos proyectos comunitarios requieren de un esfuerzo a nivel personal de los participantes muchas veces no reconocido fundamentalmente por desconocimiento de la dinámica de estos temas.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/788 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Nº de registro: 0788

Título
SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

Autores:
GUILLEN GALVE MARIA, LORENTE SERRANO MARIA CARMEN, CARRERAS GIRALDA ANTONIO, BELLO GIL JOSE LUIS, TENA DOMINGO INMACULADA, ASTIER PEÑA MARIA PILAR, ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL, LURI PASTOR ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto se adscribe en los objetivos del Acuerdo de Gestión del Centro de Salud de Tauste de 2018, se enmarca dentro de las líneas estratégicas de promoción de las actividades comunitarias, nos parece útil, con posibilidad de buenos resultados y capacidad de continuación en el tiempo.
El proyecto surge de manera bidireccional:
Por una parte al inicio del curso escolar 2017 - 2018 la Escuela Infantil de Tauste solicita la colaboración del equipo de Pediatría para fomentar hábitos de salud saludables en cuanto a la alimentación ofrecida en dicha escuela.
Por otra parte el equipo de Pediatría, se plantea la realización de un proyecto de colaboración con los centros educativos de la zona, participando conjuntamente con el profesorado y actuando sobre el alumnado, fomentando medidas y comportamientos saludables que mejoren la salud y bienestar de los escolares y apoyando su participación en el cuidado de la salud y prevención de enfermedades dirigidas a promover la salud de la comunidad educativa. Se justifica el proyecto, dado que la cooperación entre el centro de salud y educativo para la promoción de la salud de la comunidad escolar, hace posible realizar un abordaje global facilitando la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables aumentando las competencias en salud de los escolares, permitiendo además que haya un acercamiento entre ámbito escolar y sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un marco de acercamiento y colaboración coordinada entre el EAP y centro educativo que permita asegurar la sostenibilidad de estas actuaciones, fomente un entorno saludable y aumente las competencias en salud de los escolares y profesorado.
Se plantea que el proyecto sea el paso previo a que el CEIP Alfonso I se convierta en Escuela Promotora de Salud. La actividad va dirigida a la población de la Escuela Infantil, niños de 3 meses a 3 años, a través de su profesorado
A nivel escolar en los CEIP Alfonso I de Tauste y San Nicasio de Novillas se trabaja con niños de Educación Infantil.
Según el tipo de actividad se trabajará con clases individualizadas o en grupos.

MÉTODO
Reuniones y contactos telefónicos Escuela Infantil de Tauste y Pediatría para establecer pautas de alimentación saludable, haciéndose extensiva la colaboración en otros temas mediante la Guía de Ayuda para Centros Docentes. Reunión Pediatría con equipo directivo del CEIP Alfonso I de Tauste, estableciendo el Modelo de Acuerdo entre Centro de Salud y Educativo para la promoción de la Salud, identificando los objetivos e intervenciones educativas que se realizarán a lo largo de los cursos 2017-2018 y 2018-2019, trabajando con metodologías participativas, aplicando técnicas en grupos pequeños.
Pediatra y enfermera acudirán a las clases de 1ª Educación Infantil (3 clases de unos 15 alumnos) para impartir unos talleres y trabajar con los escolares y profesores de dichas clases, sobre "El resfriado y hábitos saludables". Se lleva material sanitario, láminas de dibujos y peluches para practicar con los niños.
Pediatra, Enfermera y Médico de Familia impartirán otro taller sobre "higiene de Manos" en la Biblioteca del Centro Escolar con material necesario para su desarrollo, 2 grupos, uno con niños de 2º y otro de 3º de infantil.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Visitas de escolares al Centro de Salud para conocer las instalaciones, servicios, profesionales que trabajan en él y funciones que desempeñan, se enseñarán espacios y materiales de Admisión, Pediatría, Medicina, Matrona, Fisioterapia y Urgencias.
Médico y Enfermera de Novillas (Consultorio de la ZBS de Tauste) imparten un taller con la profesora de Infantil dentro de un proyecto del colegio "El cuerpo humano y mi pediatra". Se intentará que alumnos puedan ir al consultorio a conocerlo.
Comunicación del Proyecto y sus fases evolutivas periódicamente al EAP de Tauste y Consejo de Salud.

INDICADORES

Nº de reuniones realizadas con Centros Educativos que participan en el Proyecto

Nº de Talleres impartidos

Nº de Participantes

Fichas escolares y dibujos donde se plasma la realización de lo aprendido comparativamente antes y después del taller realizado o visitas escolares- sanitarias

Encuesta a profesores y profesionales participantes de satisfacción y resultados obtenidos con el proyecto

DURACIÓN

Oct Nov 2017 Reuniones Escuela Infantil Tauste y Pediatría

Oct Nov 2017 Reunión CEIP Tauste y Pediatría -

Realización 1er taller

Mar 2018 Taller en CEIP Novillas

Jun 2018 2ºTaller en Colegio Tauste

Oct Nov 2018 Visitas de escolares a centro de Salud

OBSERVACIONES

Colaboración del EAP para cubrir las ausencias de profesionales intervinientes

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 - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 29/12/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO CARRERAS GIRALDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAUSTE
· Localidad TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BANDRES OLIVAN MARIA TERESA
LORENTE SERRANO MARIA DEL CARMEN
AREVALO AMATRIAIN INMACULADA
TENA DOMINGO INMACULADA
JACA PINZOLAS JUAN CARLOS
FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION
JIMENEZ IBANEZ MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Se ha confeccionado un protocolo interno para la gestión de la Atención Urgente de nuestro centro, donde constan los criterios para la activación de los profesionales, contemplando también situaciones excepcionales como la ausencia del profesional correspondiente por causas no previsibles o que el sujeto sea un desplazado ajeno a nuestra zona de salud.
2- Se ha creado igualmente un documento interno para la gestión de incidencias del personal de guardia.
3- Se ha diseñado también un protocolo interno sobre el carro de parada y el maletín de urgencias, donde consta el contenido, la distribución y la cantidad de cada fármaco, material instrumental o material desechable.
4- Se ha creado una tabla para la asignación de los profesionales del EAP para la supervisión y mantenimiento de los diferentes ítems de la sala de urgencias.
5- En relación al proyecto, en 2018 hemos realizado en el centro las siguientes sesiones y talleres:
SESIÓN DE ACTUALIZACIÓN DE ECG EN URGENCIAS
TALLER DE RCP EN ADULTO Y NIÑO (2 DIAS)
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN EL NIÑO (DIRIGIDO A GRUPO DE CRIANZA)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con la creación de un documento explícito, se han clarificado los criterios de asignación de profesionales para la Atención Urgente, tanto dentro como fuera del centro de salud, incluyendo situaciones excepcionales. También se redactó un documento donde se explicaban los pasos a seguir ante una posible indisposición del personal de guardia.
Asociadas al protocolo del carro de parada, se han realizado unas fotos que se han colocado en la pared anexa, para identificar con rapidez la distribución del material en cada uno de los cajones.
Igualmente se ha colocado junto a la camilla de urgencias la última actualización del manejo de la PCR (AHA 2018). Se obtuvo una asistencia masiva de profesionales del EAP (> 80%) a las sesiones de actualización de ECG y RCP. Como actividad social se realizó un taller de primeros auxilios en el niño, dirigido a padres y cuidadores, con una gran acogida y asistencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la Atención Urgente es preciso tener los conceptos claros, tanto en la activación de recursos como en la asistencia médica. Con el documento interno que hemos creado, se ha pretendido simplificar el primer aspecto y con las sesiones y talleres, una actualización teórico-práctica adecuada.
Con el mantenimiento y supervisión de los ítems de la sala de urgencias por todos los profesionales, hemos pretendido conseguir un contacto directo periódico que genere una familiaridad que después agilice las actuaciones que pueda precisar una Atención Médica Urgente.
Finalmente reseñar que tuvimos una gran acogida por parte de padres y cuidadores habituales en la sesión sobre primeros auxilios en el niño, dicha sesión fué impartida por la pediatra y la matrona. En dicho taller se dieron también pautas básicas ante situaciones frecuentes en el niño, tales como fiebre, tos, diarrea,... dirigido sobretodo a hacer un uso adecuado del servicio médico de atención continuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/896 ===== ***

Nº de registro: 0896

Título
ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA. CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

CARRERAS GIRALDA ANTONIO, BANDRES OLIVAN TERESA, LORENTE SERRANO MARIA CARMEN, FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION, JIMENEZ IBAÑEZ MARIA MILAGROS, AREVALO AMATRIAIN MARIA INMACULADA, JACA PINZOLAS JUAN CARLOS, TENA DOMINGO INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP.

Razones:

Variabilidad en los criterios de atención urgente
Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador,.. etc.
Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explícito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada.

RESULTADOS ESPERADOS

Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO

Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.
Situarse en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.
Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/urgencias extrahospitalarias.

INDICADORES

Creación y difusión de un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)

Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no

Objetivo : Existencia de dicho documento

Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo

Objetivo: Superior al 80%

FI: informe del centro y/o visita al EAP

Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..

Objetivo 80%

FI: informe del centro actas firmadas

Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector

Objetivo 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

FI: informe del centro actas firmadas
Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP

DURACIÓN
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto.

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 - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 02/02/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO CARRERAS GIRALDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAUSTE
· Localidad TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AREVALO AMATRIAIN INMACULADA
BANDRES OLIVAN MARIA TERESA
LORENTE SERRANO MARIA DEL CARMEN
TENA DOMINGO INMACULADA
FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION
JIMENEZ IBÁÑEZ MILAGROS
JACA PINZOLAS JUAN CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Se ha confeccionado un protocolo interno para la gestión de la Atención Urgente de nuestro centro, donde constan los criterios para la activación de los profesionales, contemplando también situaciones excepcionales como la ausencia del profesional correspondiente por causas no previsibles o que el paciente sea un desplazado ajeno a nuestra zona de salud.

2- Se ha creado igualmente un documento interno para la gestión de incidencias del personal de guardia (tanto en días laborales como en festivos). En él se hace hincapié, en que el profesional indispuerto no podrá abandonar el puesto de guardia (salvo situaciones de causa mayor y previa comunicación al centro regulador del 061) hasta que llegue otro compañero.

3- Se ha diseñado también un protocolo interno sobre el carro de parada y el maletín de urgencias, donde consta el contenido, la distribución y la cantidad de cada fármaco, material instrumental o material desechable. Después de cada uso hay que reponer todo el material utilizado y proceder a precintar de nuevo el carro.

4- Se ha creado una tabla para la asignación de los profesionales del EAP para la supervisión, mantenimiento y revisión de caducidades de los diferentes ítems de la sala de urgencias (maletín, carro de curas, medicación oral, medicación inyectable, carro de parada, material de suturas,...) en la que en cada mes un miembro del EAP se encargará de la revisión de los apartados que le hallan sido asignados.

5- Durante 2018 se han realizado en el centro las siguientes sesiones y talleres:

SESIÓN DE ACTUALIZACIÓN DE ECG
TALLER DE RCP EN ADULTO Y NIÑO (2 DÍAS)
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN EL NIÑO (DIRIGIDO A GRUPO DE CRIANZA)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con la creación de un documento explícito, se han simplificado los criterios de asignación de profesionales para la Atención Urgente, tanto dentro como fuera del centro de salud, incluyendo situaciones excepcionales. También se redactó un documento donde se explicaban los pasos a seguir ante una posible indisposición del personal de guardia.

Anexo al protocolo del carro de parada, se han realizado unas fotos que se han colocado en la pared junto a él, para identificar con rapidez el contenido y la distribución del material en los diferentes cajones.

Igualmente se ha colocado junto a la camilla de urgencias, un póster con la última actualización del algoritmo de RCP (AHA 2018).

Se obtuvo una asistencia masiva de profesionales del EAP (> 80%) a las sesiones y talleres de actualización de ECG y RCP.

Como actividad social se realizó un taller de primeros auxilios en el niño, dirigido a padres y cuidadores, con una gran acogida y asistencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la Atención Urgente es preciso tener los conceptos claros, tanto en la activación de recursos como en la asistencia médica. Con el documento interno que hemos creado para la activación de profesionales se ha pretendido simplificar el primer aspecto y con las sesiones y talleres, una actualización teórico-práctica adecuada.

Con el mantenimiento y supervisión de los ítems de la sala de urgencias por todos los profesionales, hemos pretendido conseguir un contacto directo periódico que genere una familiaridad que después agilice las actuaciones que pueda precisar una Atención Urgente.

Finalmente reseñar que tuvimos una gran acogida por parte de padres y cuidadores habituales en la sesión sobre primeros auxilios en el niño, en la que también colaboraron la pediatra y la matrona de nuestro EAP. En dicho taller se dieron también pautas básicas ante situaciones frecuentes en el niño, tales como fiebre, tos, diarrea,... dirigido sobretodo a hacer un uso adecuado del servicio médico de atención continuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/896 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

Nº de registro: 0896

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA. CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Autores:
CARRERAS GIRALDA ANTONIO, BANDRES OLIVAN TERESA, LORENTE SERRANO MARIA CARMEN, FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION, JIMENEZ IBAÑEZ MARIA MILAGROS, AREVALO AMATRIAIN MARIA INMACULADA, JACA PINZOLAS JUAN CARLOS, TENA DOMINGO INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP.

Razones:
Variabilidad en los criterios de atención urgente
Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador,.. etc.
Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explícito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada.

RESULTADOS ESPERADOS
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.
Situarse en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.
Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/urgencias extrahospitalarias.

INDICADORES
Creación y difusión de un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)
Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no
Objetivo : Existencia de dicho documento
Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

Objetivo: Superior al 80%

FI: informe del centro y/o visita al EAP

Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..

Objetivo 80%

FI: informe del centro actas firmadas

Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector

Objetivo 80%

FI: informe del centro actas firmadas

Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento

del carro, sala de urgencias y maletines

Objetivo 80%

FI: informe del centro y/o visita al EAP

DURACIÓN

De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1167

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EAP TAUSTE

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA MARTINEZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAUSTE
· Localidad TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ FRANCES ANTONIO
LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE
BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL
GUILLEN GALVE MARIA
BANDRES OLIVAN MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año se realizaron varias sesiones en relacion con el proyecto para facilitar la concienciacion del buen uso de antibioticos en las diferentes patologias.
Sesión de revision de tratamientos antibioticos en las infecciones respiratorias altas y bajas
Sesion de revision de tratamientos antibioticos en las infecciones urinarias
Sesion de revision de tratamientos antibioticos en piel y partes blandas y final

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los profesionales hicieron uso de las guias de uso de antibioticos presentadas a lo largo del año con lo que se reduce el uso de antibioticos.
- En el uso de antibioticos de uso sistémico, el EAP de Tauste disminuyó su uso de Enero a Marzo 2019 con respecto al mismo periodo del 2018
- En el uso de antibioticos de espectro reducido con respecto al total el EAP de Tauste en el año 2019 aumentó su uso con respecto al mismo periodo del año anterior
- En el % consumo de amoxicilina sin clavulanico el EAP Tauste en el año 2019 aumento su uso con respecto al mismo periodo del 2018
- En el consumo de macrolidos con respecto al total % el EAP Tauste en el año 2019 mantuvo su uso con respecto al mismo periodo del 2018 (el EAP es consciente de que hay que ir mejorando en este punto)
- En el consumo de fluorquinolonas respecto al total EAP Tauste en el año 2019 disminuyó su uso con respecto al mismo periodo de 2018
- En el consumo de cefalosporinas de 3generacion el EAP Tauste en el año 2019 disminuyó su uso con respecto al mismo periodo de 2018
- En el % consumo amoxicilina respecto al total el EAP Tauste en el año 2010 mantuvo su uso con respecto al mismo periodo del 2018 (el EAP es consciente de que hay que ir mejorando en este punto)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El EAP Tauste es consciente de los puntos a mejorar, por lo que se seguiran dando sesiones formativas relacionadas con proa en atencion primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1167 ===== ***

Nº de registro: 1167

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE TAUSTE

Autores:
MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA, LOPEZ FRANCES ANTONIO, LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE, BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL, GARCIA MONTENEGRO ALBERTO, GUILLEN GALVE MARIA, BANDRES OLIVAN MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1167

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EAP TAUSTE

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).

El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.

También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.

Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO

1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.

2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES

% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.

Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 25,7 (reducción de 2% respecto a 2018)

-Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 2,0%

DURACIÓN

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.

Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.

Abril: infecciones respiratorias

Junio-Septiembre: infecciones urinarias.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2016/0670

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 - 2018/0713

1. TÍTULO

EVITAR LA INCOMPARENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE DIEGO CALAVIA SARNAGO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALINDO MORALES GEMA
AZNAR VIDALLER CARMEN
LOIDI PLA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- JULIO 2018: Elaboración por parte de Gema Galindo y Diego Calavia, del documento a entregar a los pacientes, en el momento de citarse para primera consulta de Fisioterapia en las Unidades de Fisioterapia de C.S. Universitas y C.S. Delicias Sur, en el servicio de Admisión de su Centro de Salud. En esta nota se les explica a los pacientes cómo deben anular su cita, en el caso de que no puedan asistir a la misma y además, trata de concienciarles de que lo hagan en beneficio de todos.

2- JULIO 2018: Comunicación de Gema Galindo y Diego Calavia mediante reunión o mediante e-mail con los Jefes de Admisión de los Centros de Salud: Universitas, Delicias Norte, Oliver, Delicias Sur, La Bombarda y Valdefierro, para recordar a los administrativos del servicio de admisión, la importancia de asegurarse de que todos los pacientes recogen y entienden el documento citado en el anterior apartado, en el momento de citarse para la primera consulta de Fisioterapia.
A los pacientes se les empieza a entregar dicho documento a partir del 1 DE AGOSTO DE 2018.

3- JULIO 2018: Elaboración por parte de Gema Galindo y Diego Calavia de un documento para facilitar a los MAP de los respectivos Centros de Salud, en el que se les explica de la problemática existente en cuanto a las ausencias a la primera consulta de fisioterapia en las Unidades de Fisioterapia de C.S. Universitas y C.S. Delicias Sur. Además en este documento se les recuerda la existencia del Procedimiento de Atención Fisioterápica del Sector III y del Protocolo de derivación a las Unidades de Fisioterapia de AP, para tratar de que las derivaciones sean lo más correctas posibles, priorizando los problemas agudos respecto a los crónicos.

4- JULIO 2018: Comunicación de Gema Galindo y Diego Calavia mediante reunión o mediante e-mail con los Coordinadores Médicos de los Centros de Salud: Universitas, Delicias Norte, Oliver, Delicias Sur, La Bombarda y Valdefierro, para facilitarles el documento anteriormente citado, y solicitarles que faciliten dicho documento a los MAP de sus correspondientes centros.

5- 2 DE NOVIEMBRE 2018 - 26 DE FEBRERO DE 2019: registro por parte de Gema Galindo, Maria Angeles Loidi, Carmen Aznar y Diego Calavia, del nº de pacientes citados en primera consulta de fisioterapia especificando el nº de incomparencias, en las respectivas Unidades de Fisioterapia de C.S Universitas y C.S Delicias Sur.
En este punto modificamos el calendario previsto y comenzamos con la recogida de datos en el mes de noviembre, en lugar de empezar en el mes de septiembre como teníamos previsto. Esto lo hicimos debido a que a los pacientes se les empezó a entregar el documento en admisión, en el momento de citación para primera consulta de fisioterapia, el 1 de agosto de 2018. Teniendo en cuenta que en nuestras unidades tenemos una lista de espera para primera consulta de unos 3-4 meses, así dimos tiempo para que los pacientes que pidieron cita en agosto comenzaran a llegar a nuestras consultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El indicador utilizado ha sido: nº de pacientes que no acuden a primera consulta de fisioterapia de las Unidades de Fisioterapia de los centros de salud Universitas y Delicias Sur / nº de pacientes citados en primera consulta de fisioterapia en las Unidades de Fisioterapia de los centros de salud Universitas y Delicias Sur X 100.
La recogida de datos se realizó a través los fisioterapeutas responsables de las Unidades de Fisioterapia tanto en turno de tarde como en turno de mañana en ambos centros de salud.
El resultado obtenido tras la recogida de datos entre el 2 de noviembre de 2018 y el 26 de febrero de 2019 ha sido de 18,5 % de incomparencias, es decir, el 81,5 % de los pacientes citados para primera consulta de fisioterapia SI que acuden a la cita.
El estándar marcado al inicio de este proyecto era del 95% en los primeros 6 meses, con lo que no hemos conseguido llegar a este objetivo, quedándonos en un 81,5 %.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Podemos decir que no hemos conseguido llegar al estándar del 95 % marcado al inicio del proyecto, lo que nos indica que pese a nuestro esfuerzo desde las Unidades de Fisioterapia, finalmente la decisión de asistir o no a la consulta está en manos del propio paciente así como de otras múltiples causas.
La existencia de este porcentaje de incomparencias es una problemática importante para el buen funcionamiento de las Unidades de Fisioterapia de AP, ya que afecta a la lista de espera de la unidad y además supone una carga de trabajo administrativo de los fisioterapeutas responsables, que deben dedicar tiempo de la jornada para localizar nuevos pacientes que cubran las huecos creados ante dichas incomparencias.
Consideramos que sería interesante seguir aportando ideas para tratar de mejorar estas cifras y reducir el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0713

1. TÍTULO

EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR

número de incomparecencias a primera consulta de fisioterapia, para mejorar con ello la eficiencia de la Unidad y del trabajo de los fisioterapeutas responsables.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/713 ===== ***

Nº de registro: 0713

Título
EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR

Autores:
CALAVIA SARNAGO DIEGO, GALINDO MORALES GEMA, LOIDI PLA MARIA ANGELES, AZNAR VIDALLER CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: CALIDAD. EFICIENCIA.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
CADA SEMANA ENCONTRAMOS DE MEDIA 2 PACIENTES QUE NO ACUDEN A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA. ESTE PROBLEMA AFECTA A LOS FISIOTERAPEUTAS DE AMBOS CENTROS DE SALUD (UNIVÉRSITAS/DELICIAS SUR) Y A TODOS LOS PACIENTES QUE ESTÁN ESPERANDO PARA SER ATENDIDOS PUESTO QUE AUMENTA LA DEMORA CON CITAS DE CONSULTAS QUE NO SON EFECTIVAS.
LAS CAUSAS DE ESTE PROBLEMA SON:
- LA EXCESIVA DEMORA ENTRE EL MOMENTO DE LA CITACIÓN Y EL MOMENTO DE LA CONSULTA LO QUE PROVOCA QUE EL PACIENTE OLVIDE LA CITA.
- LA INADECUADA DERIVACIÓN DESDE MEDICINA PRIORIZANDO PROBLEMAS CRÓNICOS DANDO COMO RESULTADO QUE LOS AGUDOS SE RESUELVAN ANTES DE LA CITA OTORGADA EN FISIOTERAPIA.
- EL DESCONOCIMIENTO DEL PROCESO Y LA DIFICULTAD QUE ENCUENTRAN LOS PACIENTES PARA ANULAR LA CITA CUANDO NO PUEDEN ACUDIR.
- FALTA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DEL PACIENTE DE NO ANULAR LA CITA, CUANDO ES SABEDOR DE QUE NO VA A ACUDIR A DICHA CONSULTA.
LAS CONSECUENCIAS QUE ÉSTO GENERA SON:
- NO APROVECHAMIENTO EFICAZ DEL TIEMPO DE TRABAJO DE LOS FISIOTERAPEUTAS.
- SOBRECARGA ADMINISTRATIVA DEL FISIOTERAPEUTA AL TENER QUE LOCALIZAR A OTRO PACIENTE PARA OCUPAR ESE LUGAR EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

RESULTADOS ESPERADOS
REDUCIR O EVITAR LAS INCOMPARECENCIAS A PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LOS CENTROS DE SALUD UNIVÉRSITAS Y DELICIAS SUR ENTRE EL 1-9-18 Y EL 28-2-19.

MEJORAR LA EFICACIA DEL TRABAJO DE LOS FISIOTERAPEUTAS.

MÉTODO
1. ASEGURAR DESDE ADMISIÓN QUE EL PACIENTE RECOGE Y COMPRENDE EL RECORDATORIO DE LA CITA.
2. RECORDAR LOS PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN (PREFERENTES/ORDINARIOS) A FISIOTERAPIA AP A LOS FACULTATIVOS PARA REDUCIR EL TIEMPO DE ESPERA EN LOS PROCESOS AGUDOS.
3. ENTREGAR JUNTO A LA CITA DE FISIOTERAPIA UN DOCUMENTO EXPLICANDO EL PROCESO PARA FACILITAR LA ANULACIÓN DE LA CITA.
4. CONCIENCIAR AL PACIENTE DE LA IMPORTANCIA DE ANULAR LA CITA MEDIANTE LA EXPLICACIÓN DE LOS PROBLEMAS QUE CONLLEVA LA NO ANULACIÓN EN EL DOCUMENTO DEL PUNTO 3.

INDICADORES
Nº PACIENTES QUE NO ACUDEN A PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LOS CENTROS DE SALUD UNIVÉRSITAS Y DELICIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0713

1. TÍTULO

EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR

SUR ENTRE EL 1-9-18 Y EL 28-2-19 / Nº DE PACIENTES CITADOS EN PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LOS CENTROS DE SALUD UNIVÉRSITAS Y DELICIAS SUR ENTRE EL 1-9-18 Y EL 28-2-19 X 100

ESTÁNDAR DEL 95% LOS PRIMEROS 6 MESES; POSTERIORMENTE DEL 100%.

DURACIÓN

- JULIO 2018: ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO QUE EXPLICA EL PROCESO PARA FACILITAR LA ANULACIÓN DE LA CITA Y CONCIENCIA DE LA IMPORTANCIA DE ANULARLAS. DIEGO CALAVIA Y GEMA GALINDO.
- JULIO- AGOSTO 2018: REUNIÓN ENTRE DIEGO CALAVIA Y GEMA GALINDO CON LOS JEFES DEL SERVICIO DE ADMISIÓN DE LOS CSDELICIAS SUR Y UNIVÉRSITAS PARA QUE RECUERDEN A LOS ADMINISTRATIVOS LA CONVENIENCIA DE ASEGURARSE DE QUE TODOS LOS PACIENTES RECOGEN Y ENTIENDEN EL RECORDATORIO DE LA CITA.
- JULIO-AGOSTO 2018: REUNIÓN DE DIEGO CALAVIA Y GEMA GALINDO CON LOS MAP DE SUS RESPECTIVOS CS, RECORDANDO LOS PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA AP, INCIDIENDO EN LA PRIORIZACIÓN DE LOS CASOS AGUDOS.
- DE SEPTIEMBRE/18 A FEBRERO/19: REGISTRO DEL Nº DE PACIENTES CITADOS EN PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA ESPECIFICANDO LAS INCOMPARECENCIAS. DIEGO CALAVIA, CARMEN AZNAR, GEMA GALINDO, M ANGELES LOIDI.

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 - 2018/0766

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS UNIVERSITAS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR AZNAR TEJERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MURILLO LAHOZ EVA
DIESTE AISA LUCIA
PERALTA GINES MARIA
MUNIESA GRACIA PAULA
GIL GARCIA MJESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se reliazan tres reuniones del grupo, una de ellas con la Técnico de Salud, para la elaboración del proyecto.
Se presenta al EAP en una reunión, donde además se proporcionan los listados de cada cupo, tanto a medicina como a enfermería. Se recuerda el proyecto en otra reunión de EAP tras el verano.
Enfermería además se reúne tras asistir a la presentación de IC y Enfermería por parte de Gerencia.
Se diseña una hoja informativa al paciente para fomentar autocuidado y detectar signos de alarma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado de los indicadores serán proporcionados en la evaluación de la Cartera de Servicios.
El EAP se ha concienciado de la importancia del cocntrol de esta patología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes si conocen y comprenden mejor su enfermedad, se involucran más en el autocuidado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/766 ===== ***

Nº de registro: 0766

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S .UNIVERSITAS

Autores:
AZNAR TEJERO PILAR, MURILLO LAHOZ EVA, OSES SORIA AMALIA, DIESTE AISA LUCIA, BONED JIMENO CARMEN, PERALTA GINES MARIA, BOLSA ENFEDAQUE PAZ, GIL GARCIA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según revisiones realizadas existe una baja cobertura y gran variabilidad en la atención, medios diagnósticos, terapias, cuidados .
Es necesario mejorar la adhesión al tratamiento y mejorar la aplicación de GPC.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar actividades preventivas.
- Reducción de servicios Hospitalarios.
- Aumentar cobertura vacunal antigripal y antineumocócica.
- Fomentar autocuidado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0766

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS UNIVERSITAS

- Adecuar tto. farmacológico.

MÉTODO

Reunión con EAP, para explicar proyecto.

Reunión con Médicos y enfermería de forma diferenciada para incidir en los objetivos que son competencia de cada uno y de los comunes.

Reparto de listados de pacientes con IC de cada cupo, para incidir en las actividades con estos pacientes.

INDICADORES

Mejora de la cumplimentación de RCV.

Reducción uso Servicio Hospitalario.

Aumento de cobertura vacunal : Gripe y Neumococo.

Número de pacientes con IC a los que se realiza revisión de tto.

Número de pacientes en tto con Calcioantagonistas respecto del total con IC.

Número de pacientes con IC en tto con betabloqueantes respecto del total.

DURACIÓN

Fecha prevista el día 30 de mayo con la reunión de EAP.

Resto de actividades a lo largo del año con reuniones bimensuales para incidir en las actividades.

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 - 2018/0883

1. TÍTULO

PROGRAMA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA UNIVERSITAS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE PEDRO LIZANDRA FRON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAJARIN ANA BELEN
ALONSO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Eleccion del responsable de equipo Abril 2018
Asistencia a la jornada de presentacion IRASPROA 13 Abril 2018
Difusion de la informacion de la jornada a los miembros del equipo Mayo 2018
Sesion de antibioticos en el E A P y firma de compromiso de los profesionales para proteger a los pacientes mediante el buen uso de los antibioticos : dia 15 Noviembre 2018 ; asistieron un 50 % de los profesionales médicos del Equipo.
Colocacion de poster y salvapantallas Noviembre 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nombramiento de un responsable
2 reuniones : Presentacion del proyecto en Mayo 2018
Seleccion del uso de antibioticos ; resistencia de antibioticos Noviembre 2018
Presencia de alrededor 50% de médicos del Centro de Salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Presentacion del panorama sobre el uso de antibioticos en atención primaria
Poner en conocimiento las actitudes recomendadas para las diversas patologias mas frecuentes en atención primaria y compromiso de los profesionales en el buen uso de los antibioticos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/883 ===== ***

Nº de registro: 0883

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
LIZANDRA FRON PEDRO, PAJARIN SANCHEZ ANA, ALONSO PEDRAZA ANGELES, MUNIESA GRACIA PAULA, MORATILLA LOPEZ ISABEL, MOLINER MATEO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
el incremento en la resistencia a los antibioticos supone una dificultad para el manejo de infecciones comunitarias y Hospitalarias

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0883

1. TÍTULO

PROGRAMA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA UNIVERSITAS

Optimizar el uso de antibioticos (ab.) en atención primaria asumiendo unos principios de racionalidad

MÉTODO

asistencia a jornada IRASPROA dia 13 Abril

dar a conocer los principios generales

sesiones formativas relacionadas con el uso racional de ab. Perfil de resistencias a las infecciones habituales en atención primaria

INDICADORES

tener un responsable del uso de ab en el equipo

.difusion de los principios generales de uso racional de ab.

indicador : difusion del informe consumo / resistencias a los ab.

.formacion del uso adecuado de ab.

indicador : nº de sesiones realizadas

.presentacion del programa

% profesionales que participan en el proyecto

DURACIÓN

De abril a Diciembre 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 - 2018/1052

1. TÍTULO

PROMOCION DE AUTOCUIDADOS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE AMALIA OSES SORIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PERALTA GINES MARIA
AZNAR TEJERO PILAR
SEDILES CABELLO ANA ISABEL
TORRES TRASOBARES BELEN
MATA BORDONABA ROSARIO
CALAVIA SARNAGO DIEGO
TEJERO LOPEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron varias reuniones desde el mes de junio, del grupo de trabajo, con dos líneas de actuación:

- Realizar paseos saludables para pacientes de más de 65 años o jubilados.
Los paseos se iniciaron en el mes de Octubre, los martes de 9:30-10:30. La actividad comienza con 10 minutos de calentamiento, se pasea al tiempo que se responden, comentan preguntas/dudas de los pacientes y se termina con 10 minutos de estiramientos.

El grupo ha ido creciendo paulatinamente teniendo una media de 26 pacientes.

- Promoción de salud en Institutos de nuestra zona.

Se han dado charlas de Hábitos saludables y de primeros auxilios en dos Institutos quedando pendiente otro más que por razones de agenda escolar se postpuso a 2019. Previamente se pasó una encuesta a los alumnos sobre hábitos saludables.

Se programaron visitas al Centro de Salud para alumnos de primaria, que por razones de agenda escolar quedaron programadas para inicio del 2019.

Se realizó reunión de EAP para dar a conocer el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido al retraso en el inicio de la actividad y como dicha actividad no se va a cerrar, los indicadores se realizarán a final del año actual. Se decidió no realizar medida de la TA ya que se ha priorizado la actividad social.

Resultados obtenidos : Mantener la actividad de paseos saludables.

Realizar charlas en Institutos / Colegios de la zona.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo que forma este proyecto está totalmente satisfecho por la buena acogida por parte de los pacientes, que a pesar de haber iniciado la actividad en meses con tiempo frío, se ha conseguido aumentar el número de participantes.

Queda pendiente la encuesta de satisfacción, ya que se inició en Octubre no se consideró oportuno hacerla por la poca trayectoria del proyecto.

Los pacientes han pedido la posibilidad de hacer dos días a la semana.

7. OBSERVACIONES.

Amalia Oses Soria, responsable de este proyecto se desplazó con el concurso de traslados. En la actualidad la responsable es Pilar Aznar Tejero

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1052 ===== ***

Nº de registro: 1052

Título
PROMOCION DE LOS AUTOCUIDADOS

Autores:
OSES SORIA AMALIA, BONED JIMENO CARMEN, MUNIESA GRACIA PAOLA, DIESTE FRANCA CAROLINA, APARICIO TORNAY NURIA, PEREZ MOYA ANTONIO, CONTI CUESTA ANTONIA, GIL CLAVERIA GREGORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1052

1. TÍTULO

PROMOCION DE AUTOCUIDADOS

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sobrepeso, diabeticos,hipertensos, escolares
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dada la elevada población con sobrepeso, sedentarismo y malos hábitos en la alimentación, se plantea la promoción de hábitos saludables para dicha población

RESULTADOS ESPERADOS
-Promover y motivar autocuidado a través de dietas, ejercicio, e intercambio de experiencias que favorezcan una actitud de cambio en la mejora de dichos hábitos
-La población a la que va dirigida sería enfermos crónicos, escolares
-Interacción de la población con los profesionales y entre ellos

MÉTODO
-Elaboración de la parte teórica y ejercicios
-Elaboración de encuesta.
-Charlas en centro escolares, asociaciones de vecinos y mayores.
-Información a la población,talleres y paseos saludables.
-Atención individualizada en consulta programada
-Recogida de datos y evaluación

INDICADORES
- Número de talleres programados y realizados >80 %
-Número de pacientes satisfechos > 80%.

DURACIÓN
Planificación: Junio 2018
Talleres: Tercer y cuarto trimestre 2018
Evaluación:Septiembre y 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 - 2018/1092

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO OPTIMO DE CONSULTA DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE EVA MURILLO LAHOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OSES SORIA AMALIA
AZNAR TEJERO PILAR
TEJERO LOPEZ TERESA
ROC SERRANO JOSE CARLOS
SEDILES CABELLO ANA ISABEL
TORRES TRASOBARES BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNION EAP PARA INFORMAR DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS
INFORME AL EAP PARA COMUNICAR LA FORMA DE REGISTRO DE LAS MEDICACIONES USADAS PARA SU REPOSICIÓN
REVISIÓN Y MANTENIMIENTO DE SALA DE URGENCIAS
REVISIÓN Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CORRECTO REGISTRO DE LAS REVISIONES
CORRECTO REGISTRO DEL USO DE LA MEDICACIÓN
CONCIENCIACIÓN DEL EAP EN USO DE SALA DE URGENCIAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
MEJORAR LA CALIDAD DEL REGISTRO DEL USO DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE TODO EL EAP
MEJORAR EL USO DE LA SALA DE URGENCIAS, SIGUE SIENDO MULTIDISCIPLINAR EN OCASIONES A PESAR DE ESTAR EL EAP INFORMADO
MEJORAR LA REPOSICION DE MEDICAMENTOS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1092 ===== ***

Nº de registro: 1092

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA C.S. UNIVERSITAS

Autores:
MURILLO LAHOZ EVA, OSES SORIA AMALIA, DIESTE AISA LUCIA, TORRES TRASOBARES MARIA BELEN, GORGOJO ITOIZ PUY, PERALTA GINES MARIA, ROMAN DIEZ MARI FE, RIVAS RODRIGUEZ ENRIQUE

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: PATOLOGIA URGENTE NO DEMORABLE
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: EVITAR LAS DEMORAS PREVISIBLES EN LA ATENCIÓN URGENTE, AUMENTANDO LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA ATENCIÓN URGENTE ES UN PUNTO ESPECIALMENTE SENSIBLE E IMPORTANTE DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL EAP.
RAZONES:
-VARIABILIDAD EN LOS CRITERIOS DE ATENCIÓN URGENTE
-EXCESIVAS DIFERENCIAS ENTRE LOS PROFESIONALES EN CUESTIÓN DE FORMACIÓN E IMPLICACIÓN.
-INADECUADA ORGANIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS SALAS DE URGENCIAS Y MALETINES, CON ACÚMULO DE MEDICACIÓN EN OCASIONES Y FALTA DE ELLA Y DE MATERIAL EN OTRAS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1092

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO OPTIMO DE CONSULTA DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD

- INADECUADO CONTROL DE MEDIOS TERAPEÚTICOS, COMO EL DESFIBRILADOR, ETC.
- INADECUADO USO POR PARTE DE LA POBLACIÓN DEL HORARIO DE ATENCIÓN CONTINUADA

RESULTADOS ESPERADOS

- DEFINIR UN PROCEDIMIENTO CON LOS CONTENIDOS BÁSICOS DEL CARRO DE PARADAS Y EMERGENCIAS CON LA PROPUESTA ORGANIZATIVA ESTANDARIZADA.
- CONSEGUIR LA BUENA ORGANIZACIÓN DEL CARRO DE PARADAS Y MALETÍN DE URGENCIAS, Y QUE TODO EL EAP SE FAMILIARICE CON ÉL Y SE RESPONSABILIZE DE SU ADECUADO MANTENIMIENTO.
- EDITAR UN DOCUMENTO CONOCIDO POR TODO EL EAP, Y DEJÁNDOLO EN UN LUGAR ACCESIBLE PARA TODOS, INDICANDO CLARAMENTE LOS PROFESIONALES QUE DEBEN HACERSE CARGO DE DICHA URGENCIA EVITANDO ASÍ LA DEMORA EN LA ATENCIÓN URGENTE, TANTO EN EL PROPIO CENTRO COMO LA DOMICILIARIA.
- HACER PROPUESTAS DE EDUCACIÓN SANITARIA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN PARA INCREMENTAR LA EFICACIA Y EFICIENCIA DE LA ATENCIÓN URGENTE POR UN USO ADECUADO.
- PROPORCIONAR TALLERES DE FORMACIÓN Y MANTENIMIENTO DE HABILIDADES DE LOS PROFESIONALES EN ATENCIÓN URGENTE Y RCP, ASI COMO DEL USO DEL DESFIBRILADOR
- MEJORAR LA GESTIÓN DE LAS SALAS DE URGENCIAS, MALETÍN Y CARRO DE PARADAS.

MÉTODO

- PROMOVER LA AUTOFORMACIÓN EN ATENCIÓN URGENTE EN EL C.S., ORGANIZANDO SESIONES CLÍNICAS SOBRE RCP Y LAS DIVERSAS PATOLOGÍAS URGENTES
- SESIONES FORMATIVAS SOBRE EL USO DE FÁRMACOS EN ATENCIÓN URGENTE, SOBRE EL MANEJO DE ECG, ASPIRADOR, DESFIBRILADOR POR PARTE DE TODO EL EAP, SOBRE LA LOCALIZACIÓN DE TODO ELLO EN LA SALA DE URGENCIAS, PARA TIULARES Y PERSONAL EVENTUAL, PARA LA FAMILIARIZACIÓN CON LA SALA DE URGENCIAS Y EVITAR DEMORAS EN LA BÚSQUEDA DE LOS NECESARIO.
- UNA REUNIÓN SEMESTRAL CON EL EAP, PARA LA CONCIENCIACIÓN Y MOTIVACIÓN EN LA COLABORACIÓN DEL MANTENIMIENTO DEL MALETÍN Y LA SALA DE URGENCIAS.
- PROPORCIONAR AL EAP UNA MATRIZ PARA QUE DEFINAN EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR, DEJANDO ESTA MATRIZ TANTO EN ADMISIÓN COMO EN LA SALA DE URGENCIAS

INDICADORES

- CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN DOCUMENTO CONOCIDO POR TODO EL EAP EN EL QUE SE ESPECIFIQUE EL PERSONAL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN URGENTE DENTRO Y FUERA DEL C.S.
- INDICADOR:EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO
- OBJETIVO:GARANTIZAR LA RAPIDEZ EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE EVITANDO DEMORAS, POR LA EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO.
- INDICADOR: PORCENTAJE DE PROFESIONALES QUE CONOCEN DICHO DOCUMENTO
- OBJETIVO : SUPERIOR AL 80%
- F I: INFORME DEL CENTRO Y/O VISITA AL EAP
- PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL EAP QUE AHN PARTICIPADO EN FORMACIÓN EN PATOLOGÍA URGENTE Y EN RCP.
- OBJETIVO : 80%
- F I: INFORME DEL CENTRO, ACTAS FIRMADAS
- NÚMERO TOTAL DE PROFESIONALES DEL CENTRO QUE HAN ASISTIDO/PARTICIPADO EN AL MENOS UNA SESIÓN RELATIVA A URGENCIAS/NÚMERO TOTAL DE PROFESIONALES DEL SECTOR
- .OBJETIVO : 80%
- F I: INFORME DEL CENTRO, ACTAS FIRMADAS
- QUE EXISTA CONSTANCIA POR ESCRITO DE LOS CONTENIDOS Y LAS REVISIONES DE MANTENIMIENTO DEL CARRO, SALA DE URGENCIAS Y MALETINES.
- OBJETIVO 80%
- FI: INFORME DEL CENTRO Y/O VISITA AL EAP
-

DURACIÓN

DE FEBRERO A DICIEMBRE DE 2018.SE PREVÉ LA CONTINUACIÓN DEL PROYECTO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0674

1. TÍTULO

PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ESTELA MILLAN SOBRINO
· Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLAN FERNANDEZ YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
HEMOS VISTO UN TOTAL DE 33 PACIENTES QUE HABÍAN ESTADO EN TRATAMIENTO PREVIO CON QUIMIOTERAPIA. A CADA UNO DE ELLOS SE LES HA RELLENADO UNA FICHA DENTAL ANOTANDO, NÚMERO DE DIENTES CON CARIES, AUSENCIA DE PIEZAS DENTALES, PRESENCIA DE NECROSIS EN HUESO MAXILAR, PRESENCIA DE MUCOSITIS, PRESENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL.
LAS RECOMENDACIONES E INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL SE HAN DADO EN LA CONSULTA DIRECTAMENTE A CADA PACIENTE. INICIALMENTE SE HABÍA FIJADO UN CALENDARIO EN EL QUE SE CONTEMPLABA HACER UNA CHARLA GRUPAL CON PACIENTES. EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA SE HA VISTO ADECUADO Y SENCILLO HACER UNA CHARLA PARA EXPLICAR INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL, DE MANERA INDIVIDUAL, DE ESTA FORMA NOS HEMOS ASEGURADO SU CUMPLIMIENTO. TAMBIÉN SE CONTEMPLABA EN EL CALENDARIO UNA CHARLA CON LOS MÉDICOS DE A.P, PERO AL OBSERVAR QUE LOS MÉDICOS DE A.P NOS DERIVABAN ADECUADAMENTE A LOS PACIENTES SUSCEPTIBLES, NO HA SIDO NECESARIO.
EL MATERIAL ELABORADO PARA DESARROLLAR EL PROYECTO HA CONSISTIDO EN UNA FICHA DE HISTORIA CLÍNICA A RELLENAR POR EL PROFESIONAL EN LA CONSULTA. UN PROTOCOLO DE EXTRACCIONES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES HA SIDO POSITIVO, LOS PACIENTES HAN CUMPLIDO CON LAS VISITAS INDICADAS EN NUESTRA CONSULTA.
DE LOS 33 PACIENTES QUE HAN ACUDIDO A NUESTRA CONSULTA SUSCEPTIBLES DEL PROGRAMA, A TODOS SE LES HA HECHO EXPLORACIÓN ORAL, SE LES HAN DADO INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL Y CUIDADOS PARA PREVENIR Y TRATAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS AL TRATAMIENTO RECIBIDO.
UN TOTAL DE 2 PACIENTES TENÍAN PRESENCIA DE MUCOSITIS, CORRESPONDE A PACIENTES CUYA ÚLTIMA SESIÓN DE QUIMIOTERAPIA HABÍA SIDO EN UN TIEMPO MENOR A 3 MESES DE NUESTRA VISITA. SE LES INDICÓ ENJUAGUE BUCAL DE DOXEPINA (NIVEL DE EVIDENCIA IV) CONSIGUIENDO BUENOS RESULTADOS, NO HA HABIDO NINGÚN CASO DE OSTEONECROSIS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS PACIENTES VISITADOS VIENEN TRAS EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA CON CARIES MUY EXTENSAS Y LA MAYORÍA SON PARA EXTRAER.
SERÍA INTERESANTE HACER UN PROGRAMA NUEVO DE CALIDAD EN EL QUE LAS VISITAS FUESEN ANTES DE EMPEZAR EL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA YA QUE PODREMOS ACTUAR ANTES EN LA PREVENCIÓN Y EVITAR QUE LAS CARIES SEAN TAN EXTENSAS Y ASÍ PODER CONSERVAR LAS PIEZAS.
ESTAMOS SATISFECHOS CON LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES Y LA RESPUESTA DADA POR ELLOS, YA QUE HAN SIDO, MUY RECEPTIVO DE LAS RECOMENDACIONES DADAS. LA PREVENCIÓN DE OSTEONECROSIS SE HA CONSEGUIDO, GRACIAS A LA PROGRAMACIÓN DE LAS EXTRACCIONES, LAS PAUTAS PRE-EXTRACCIÓN Y POST-EXTRACCIÓN DENTAL Y LAS REVISIONES INDICADAS.

7. OBSERVACIONES.
LOS PACIENTES AGRADECEN MUCHO TODAS LAS INDICACIONES RECIBIDAS PARA CUIDAR SU SALUD ORAL Y HAN SIDO MUY RECEPTIVOS.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/674 ===== ***

Nº de registro: 0674

Título
PROMOCION DE LA SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES ONCOLOGICOS

Autores:
MILLAN SOBRINO ESTELA, MILLAN FERNANDEZ YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0674

1. TÍTULO

PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los efectos secundarios en la salud bucodental del paciente que está en tratamiento oncológico son importantes (mucositis, caries, enfermedad periodontal, xerostomía...). Actualmente estos pacientes no reciben ningún tipo de ayuda para mejorar el cuidado oral en este periodo.

RESULTADOS ESPERADOS
Informar a los pacientes de los cambios orales que van a experimentar. Dar medidas de higiene oral y cuidados para prevenir y tratar los efectos secundarios.
Los resultados que se esperan obtener; satisfacción de los pacientes y mantenimiento de la salud oral y de las piezas dentales.
La población diana son los pacientes que están en tratamiento con quimioterapia derivados por los médicos de A.P de C.S Delicias Norte y C.S Bombarda. Se tendrá una reunión informativa con los médicos correspondientes para informar y explicar el proyecto y así nos puedan derivar a los pacientes a nuestra consulta.

MÉTODO
Realizar una charla informativa del proyecto dirigidas a los médicos de A.P de C.S Delicias Norte y C.S Bombarda. Una vista en odontología de cada paciente remitido donde se hará una exploración oral.
Realizar un total de dos charlas de promoción de la salud oral dirigidas a los pacientes en tratamiento con quimioterapia remitidos por su médico de A.P. Se avisará de las fechas de las charlas lugar y hora con un cartel informativo en el centro.

INDICADORES
Después de cada charla se pasará una encuesta en la que se evaluará; el nivel de satisfacción, nivel de asistencia.

DURACIÓN
El proyecto durará desde mayo 2019 a mayo de 2020.
Charla con médicos de A.P a mediados de Junio.
Revisión oral de los pacientes cualquier día laborable dentro de nuestro horario de adultos.
Primera charla a pacientes: a mediados de Octubre.
Segunda charla a pacientes: a mediados de Enero.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1085

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE UNIVERSIDADES

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ALBERTO SORIA CASTRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZNAR TEJERO PILAR
PERALTA GINES MARIA
MUNIESA GRACIA PAULA
PEREZ LAENCINA LAURA
TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA
LOREN PEREZ ANA CRISTINA
LLAMAS BLASCO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
No se realizó ninguna sesión clínica formativa sobre antibióticos durante el 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos. 100% de profesionales de Universidades han recibido sus informes de consumo de antibióticos.
Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-Porcentaje de DDD Fluorquinolonas. Objetivo 2019: 9,4% (Mantener por debajo de la media del sector)
El % de utilización de quinolonas es de 8,3%, y se ha alcanzado el objetivo fijado (la media del sector es 8,6).
- Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 2%
El % de utilización de cefalosporinas es de 2,7% respecto al total, y no se ha alcanzado el objetivo fijado para este año, pero no es un indicador elevado, ya que se mantiene ligeramente por encima de la media de Aragón (2,4%).
A lo largo de este año, se han enviado los informes de utilización de antibióticos a todos los profesionales (médicos y pediatras) con indicadores recomendados por el Plan nacional contra la resistencia a los antibióticos, observando una buena evolución en 3 de los 6 indicadores monitorizados (DHD antibióticos, macrólidos y quinolonas).
Las DHD de antibióticos han pasado de 11,2 en 2018 a 10,3 en 2019, situándose por debajo de la media del sector (14 DHD). Esta disminución en el número de DDD globales de antibióticos puede influenciar el hecho de que el porcentaje de cefalosporinas de 3ª generación haya aumentado, aunque su utilización global no sea mayor que el año anterior (2,5% en 2018 vs 2,7% en 2019).
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.
No se realizó ninguna sesión durante el 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El porcentaje de utilización de cefalosporinas ha aumentado respecto al año 2018, pero la importante disminución del número de DHD (al pasar de 11,2 a 10,3) hace que el consumo global de cefalosporinas se haya mantenido constante. No obstante, es necesario mejorar este indicador, revisando las indicaciones para las que se están utilizando dichos antibióticos e intentando mejorar su uso
Se recomienda retomar las sesiones clínicas formativas no implementadas en el año 2019 para el próximo año 2020.

7. OBSERVACIONES.
Dado que durante el año 2019, el referente del Proyecto PROA en el Centro de Salud Universidades estuvo ausente durante varios meses del centro por Incapacidad Laboral Temporal primero y por traslado de Centro de Salud después, no se pudo desarrollar los objetivos de formación y difusión al resto de profesionales del centro. Sería por esto pues planteable revalorar la idoneidad de evaluar dichos objetivos dentro del Acuerdo de Gestión de 2019 por parte de los responsables de Gestión del Sector III de Zaragoza.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1085 ===== ***

Nº de registro: 1085

Título
PROA AP : MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP UNIVERSIDADES

Autores:
LIZANDRA FRON PEDRO, AZNAR TEJERO PILAR, MURILLO LAHOZ EVA, PERALTA GINES MARIA, MUNIESA GRACIA PAULA, APARICIO TORNAY NURIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1085

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE UNIVERSITAS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Mejorar la seguridad del paciente y controlar las infecciones optimizando el uso de antibióticos en AP.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el uso adecuado de antibióticos en AP, mejorando su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos a través de indicadores claves para controlar las resistencias antibióticas.

MÉTODO

Monitorizar dos indicadores de utilización de antibióticos.
Realizar formación específica a los profesionales de las infecciones más relevantes.

INDICADORES

% de profesionales que recibe formación sobre indicadores de utilización de antibióticos.
Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019.
Porcentaje de DDD Fluorquinilonas. Objetivo 2019 9.4% (Mantener por debajo de la media del sector).
% De DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019 2%.
Porcentaje de profesionales que han acudido a las sesiones clínicas sobre formación de antibióticos.

DURACIÓN

Marzo Presentación de informes de Monitorización.
Marzo-Diciembre Sesiones de formación : Abril : Infecciones respiratorias. Junio-Sept.: Infecciones urinarias.
Octubre -Diciembre : Infecciones de piel y partes blandas.
Junio - Septiembre Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1145

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE IC EN AP

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE PILAR AZNAR TEJERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UNIVERSITAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MURILLO LAHOZ EVA
DIESTE AISA LUCIA
PERALTA GINES MARIA
MUNIESA GRACIA PAULA
APARICIO TORNAY NURIA
GIL GARCIA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó sesión clínica de equipo en Diciembre 2019. Reuniones de enfermería con entrega de listados de pacientes con insuficiencia cardiaca para ser incluidos en el programa.
Se realizan igualmente sesiones conjuntas con Internistas de enlace y Cardiología, comentando y debatiendo casos clínicos y manejo de pacientes.
Se ha iniciado la realización de un protocolo de insuficiencia cardiaca en Atención Primaria conjuntamente con Cardiología de HCU Lozano Blesa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha incrementado la concienciación en los miembros del equipo, aumentando la captación de pacientes con insuficiencia cardiaca

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del proyecto es positiva puesto que se concientia a los pacientes del autocuidado, y se ha incrementado la relación del equipo de Aten Primaria con aten hospitalaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1145 ===== ***

Nº de registro: 1145

Título
PROYECTO DE MEJORA DE IC EN AP

Autores:
AZNAR TEJERO PILAR, NURILLO LAHOZ EVA, DIESTE AISA LUCIA, PERALTA GINES MARIA, MUNIESA GRACIA PAULA, APARICIO TORNAY NURIA, BONED JIMENO CARMEN, GIL MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Alta variabilidad en la atención al paciente con Ic en AP. necesidad de fomentar la prevención de actividades comunitarias. Favorecer el uso racional de los recursos sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las actividades preventivas. Reducir el uso urgente de atención sanitaria. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica.
Fomentar el autocuidado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1145

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE IC EN AP

MÉTODO

Aumentar la formación de los profesionales mediante sesiones formativas. Proporcionar listados de pacientes por cupo de IC, para realizar captación activa. Facilitar la colaboración con el servicio de Med. Interna.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes con IC en los que consta registro de plan de autocuidados.
Porcentaje de profesionales que ha asistido a las sesiones formativas.
Adecuación del tto farmacológico en IC : Pacientes polimedificados a los que se ha realizado revisión de tratamiento.
Porcentaje de pacientes en tto con betabloqueantes respecto al total de patients con IC.

DURACIÓN

Durante el año actual.
Sesiones trimestrales Formativas y de recordatorio.
Realización de plantilla de autocuidados.
Consulta monográfica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1148

1. TÍTULO

PASEOS CARDIOSALUDABLES Y ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE MARIA DEL ROSARIO MATA BORDONABA

· 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 realizado la actividad semanalmente desde enero a diciembre, descansando los meses de verano por falta de personal del centro y disminución del número de participantes y de acuerdo mutuo con los usuarios.

Se han hecho paseos por el interior del Parque de Delicias con un número variable de participantes entre 25 y 30 de edades entre 68 y 80 años, de ambos sexos y captados tanto en las consultas de enfermería y medicina a las que acudían por otros motivos.

Se realiza un paseo de aproximadamente 3,5 Km durante 40 minutos con una sesión previa de calentamiento dirigida por uno de los profesionales del centro de salud y al finalizar unos estiramientos en el mismo parque. Los pacientes realizaban el paseo de acuerdo a sus características propias, unos más rápido y otros más lento estando repartidos mas o menos en tres tipos de usuarios de forma espontanea y con un acompañante del centro en cada grupo.

Los profesionales implicados en el programa han sido de Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Admisión y Trabajo Social.

Se han realizado 3 reuniones de trabajo para informar sobre la evolución de la actividad y dar a conocer la gran aceptación que ha tenido por parte de los participantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados han sido muy satisfactorios creando una fidelización importante por parte de los participantes que además han sido capaces de realizar algunas actividades de paseo similares en otros días de la semana sin personal del centro. Los mismos pacientes referían una mejoría en cuanto a su estado de ánimo al tener esta actividad que les hace relacionarse con otros pacientes de su edad y a veces con sus patologías.

Los profesionales participantes han confirmado la creencia de la mejoría de los pacientes con el ejercicio y mas con el ejercicio en grupo de individuos similares y así lo hemos comunicado a los compañeros.

Se realizaron encuestas verbales a los usuarios con varios items (valoración de la actividad, asistencia, sugerencias, necesidad de la actividad) por lo que tanto objetivamente como subjetivamente la valoración es positiva desde nuestro equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusión final es que toda actividad comunitaria realizada tiene que basarse en la necesidad real de la población de referencia, además de ejercer un efecto saludable debe de llenar un hueco y llevar a avanzar hacia mayor desarrollo de la actividad.

Las recomendaciones se refieren a la importancia de plantear mas actividades valoradas y solicitadas por los pacientes que hagan una transferencia de la salud desde el propio centro de salud hacia el mismo barrio en que se encuentra.

Es altamente gratificante la realización de actividades con los pacientes tanto a nivel personal como profesional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1148 ===== ***

Nº de registro: 1148

Título
PASEOS CARDIOSALUDABLES Y ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Autores:
MATA BORDONABA ROSARIO, AZNAR TEJERO PILAR, APARICIO TORNAY NURIA, TORRES TRASOBARES BELEN, PERALTA GINES MARIA, CONTI CUESTA ANTONIA, MUNIESA GRACIA PAULA

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: Actividad Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1148

1. TÍTULO

PASEOS CARDIOSALUDABLES Y ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Satisfacción de la población

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Necesidad de promover la realización de ejercicio físico al tiempo que sirve para promocionar las relaciones interpersonales entre pacientes/profesionales e interpacientes.
Favorecer las actividades comunitarias realizando charlas formativas en Institutos/ Colegios de la zona; realización de visitas al C. S por niños de colegios de la zona.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las relaciones interpersonales, realizar ejercicio físico, dar a conocer medidas preventivas y de autocuidados en Institutos.

MÉTODO

Paseos cardiosaludables un día por semana con profesionales del EAP.
Realización de charlas en Institutos/Colegios.

INDICADORES

Pacientes que realizan la actividad.
Valoración mediante encuesta de satisfacción.

DURACIÓN

Curso lectivo : Septiembre- Junio.

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 - 2018/1467

1. TÍTULO

¡MI HIJO NO COME CHUCHES!

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ESTELA MILLAN SOBRINO
 · Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
 · Centro CS UNIVERSITAS
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
 · Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COCA GARCIA IRENE
 YAGÜE MUÑOZ MARIA CARMEN
 SERRANO PERIS DIANA
 TARRAGO GIL ROSA MARIA
 AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
 LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La labor de educación se realiza en principalmente en la consulta a través del desarrollo del programa PABIJ, utilizándose además otros métodos de apoyo. Para conseguir transmitir a los usuarios la realidad del contenido oculto de azúcar en los los alimentos con mayor índice de cariogenicidad se han realizado las siguientes actividades:

- Se ha construido un panel en el que se han colocado envases vacios de: actimel, zumo, tónica, acuarios, batido de chocolate, Kas, Coca-Cola, red bull, cereales de desayuno, galletas oreo, "mi fruta", m&m, sugus, caramelos haribo, sobres de azúcar, agua mineral. Al lado de cada uno se ha colocado, empaquetado, el equivalente del contenido de azúcar. El panel incluye también empaquetados los equivalentes en terrones de azúcar de las recomendaciones de la OMS.
- Está colgado en la sala de espera de la unidad de salud bucodental desde junio de 2018. Tanto los materiales adhesivos como el resto de los materiales incluidos en el panel han sido sufragados por las personas que han desarrollado el proyecto.
- Para mejorar la visibilidad se ha conseguido que los responsables de mantenimiento trasladen los focos del techo.
- Se han recopilado los envases de otros productos y se ha señalado el contenido de azúcar en los mismos (helados, refrescos etc.)
- Se ha diseñado un manual "Cuanto azúcar añadido hay en los alimentos, aprenda a leer las etiquetas" que colgado junto al panel ayuda a leer el etiquetado
- Se ha impreso un folleto con los contenidos de azúcar de los alimentos que se entrega en la consulta.
- Charla exprés: al estar colocado en la espera de dos consultas de odontología, las personas del equipo de trabajo y durante la espera han comentado a lo largo de estos meses con los padres y niños el panel, ¿Has visto el panel? ¿Sabías el azúcar que contiene? ¿Qué te parece?
- Se ha diseñado un poster plastificado denominado "el árbol de los propósitos" en el que los niños al salir de la consulta colocan en un post-it con forma de manzana su propósito del cambio de hábito.
- Se ha pasado una encuesta de conocimientos.
- Se ha grabado un video en el que se ha entrevistado a dos miembros del equipo y a una madre y un niño para hablar del problema del azúcar.

Todos los materiales han sido sufragados por las personas que han desarrollado el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización del panel informativo : Si
 Preparación del material de consulta: Si
 Charlas impartidas: 23; número de asistentes, no cuantificado.
 Niños vistos en PABIJ: 771. El 100% de los niños han recibido consejo sobre el consumo de azúcar
 Numero de encuestas: 104

item	si (%)	no (%)
Conoce riesgos azucar	98,1	1,9
Con la información ha mejorado conocimientos	87,5	12,5
Conocimiento adecuados sobre azucar	98,1	1,9
Capacidad para leer etiquetas	75,0	25,0
Posibilidad de reducir consumo de azucar	92,3	7,7
Cambio de habito sobre bebidas azucaradas	94,2	5,8
Consumo entre horas	86,5	13,5
Decision sobre cambio de habitos sobre chuches	97,1	2,9
Información proporcionada por proyecto	100,0	0,0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El valorar el número de asistentes a la charla exprés es complicado ya que existe gran movimiento de personas en la sala de espera
 La información gráfica con objetos de la vida real son una buena herramienta de difusión de la información.
 Existe una notable desinformación sobre el contenido de azúcar en los alimentos. Hasta los profesionales nos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1467

1. TÍTULO

¡MI HIJO NO COME CHUCHES!

hemos sorprendido.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1467 ===== ***

Nº de registro: 1467

Título
¡ MI HIJO NO TOMA CHUCHES !

Autores:
TARRAGO GIL ROSA MARIA, MILLAN SOBRINO ESTELA, COCA GARCIA IRENE, YAGÜE MUÑOZ MARIA DEL CARMEN, SERRANO PERIS DIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las recomendaciones para reducir la ingesta de azúcares libres a lo largo del ciclo de vida se basan en los siguientes datos: los adultos que consumen menos azúcares tienen menor peso corporal, el aumento de la cantidad de azúcares en la dieta va asociado a un aumento comparable del peso, los niños con los niveles más altos de consumo de bebidas azucaradas tienen más probabilidades de padecer sobrepeso u obesidad, un consumo de azúcares libres superior al 10% de la ingesta calórica total produce tasas más elevadas de caries dental
Por las entrevistas informales realizadas en la consulta hemos detectado que los usuarios desconocen el contenido real de azúcares de las bebidas y de los alimentos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar los conocimientos para conseguir un cambio de hábitos.

Que los usuarios conozcan el contenido de azúcar de los productos más consumidos, centrándonos en las bebidas y golosinas que son prescindibles en la dieta.

Que los usuarios aprendan a identificar en la etiqueta la cantidad de azúcar que contienen las bebidas carbonatadas.

Que los usuarios relacionen el consumo de azúcar con las patologías relacionadas, especialmente la caries dental.

Que los usuarios identifiquen que alimentos/ bebidas de su dieta pueden eliminar/disminuir consumo para mejorar su salud general y bucodental.

MÉTODO
Diseño y realización de un panel en 3D que informe del contenido de azúcar de las principales bebidas carbonatadas y de las golosinas más habitualmente consumidas. Se expondrá en la sala de espera de las consultas indicadas.

Hacer una recopilación de envases de bebidas y alimentos en las que se señalará el contenido de azúcar. Estas estarán en la sala de espera para la libre consulta de pacientes y familiares.

Realización de charlas "exprés" en la misma zona presentando los materiales y explicando la relación del azúcar con patología bucodental y patología sistémica. Diseño de la misma.

Diseño de un formulario/encuesta en la que tras la charla los asistentes indiquen si han mejorado sus

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1467

1. TÍTULO

¡MI HIJO NO COME CHUCHES!

conocimientos y los compromisos personales en relacionados con el consumo.

Informar a los profesionales sanitarios de los Centros de Salud que derivan pacientes de este proyecto para que refuercen los conocimientos y cambios de hábitos propuestos.

INDICADORES

Realización del panel informativo: si/no
Preparación del material de consulta si /no
Número de "charla impartidas"
Número de asistentes.
Numero de encuestas recibidas y análisis de las mismas.

DURACIÓN

Diseño del panel mayo junio
Recopilación de envases de bebidas y alimentos y descripción de sus contenidos junio
Diseño de la charla junio
Diseño de la encuesta junio
Inicio de las charlas y exposición de material junio

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 - 2016/1312

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 multidosis 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 - 2018/0689

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

Fecha de entrada: 28/02/2019

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.

ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE
OLMO PEREZ ELENA
TARRAGUEL NAVARRO MIGUEL ANGEL
BAILLO GAY ANA MARIA
GOMEZ CUARTERO MARIA JOSE
CONDE VAZQUEZ PAULA
OTO ROYO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se ha reorganizado el contenido del nuevo carro de paradas así como el del maletín de urgencias actualizándolo a los nuevos protocolos de urgencias y a las necesidades sentidas por los profesionales del equipo. Se ha actualizado el listado de contenido de los mismos y se han colocado los mismos en lugar visible en la sala de urgencias para que todos los profesionales puedan consultarlo. También se han colocado en la parte externa del carro de paradas, etiquetas con el contenido que albergan los cajones del mismo para facilitar su uso ante una urgencia. Se ha dispuesto el DESA encima de dicho carro (anteriormente estaba colocado en la bandeja inferior del carro de electrocardiograma) y se ha informado al equipo.
2. Se realiza control de caducidades mediante la hoja de Control de caducidades PO-01-3_Z3(P)E, del carro de paradas, del maletín de urgencias y gavetas.
3. Se ha colocado la hoja de registro de incidencias que nos proporcionó la Técnico de Salud en la sala de urgencias y se está utilizando por los miembros del equipo. También, se ha colocado un buzón de incidencias en la zona de admisión del centro. Estas incidencias son analizadas por el grupo de calidad de Utebo .
4. Se ha elaborado un documento con el procedimiento del circuito de atención de urgencias, consensado con los administrativos del centro. En los casos en los que ante un aviso urgente el paciente sea desplazado, se le asigna un médico según el orden establecido en una planilla, se contacta telefónicamente con dicho facultativo y con la enfermera asignada y se registra en la agenda. En los casos de avisos urgentes de pacientes pertenecientes al centro, se contactará telefónicamente con su médico y enfermero asignado y se registrará en la agenda.
5. Hay un enfermero localizado por planta para el caso en que surja un aviso urgente y en ese momento no esté el enfermero asignado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. La sala de urgencias está organizada de forma operativa.
2. Hay listados actualizados de los contenidos del carro de paradas y maletín de urgencias.
3. Se realiza control de caducidades mediante la hoja de Control de caducidades PO-01-3_Z3(P)E, del carro de paradas, del maletín de urgencias y gavetas.
4. Los profesionales del centro, usan la hoja de incidencias. Las incidencias son analizadas periódicamente por el grupo de calidad del equipo.
5. Se ha elaborado un documento con el procedimiento del circuito de atención de urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos tenido dificultades en la organización del carro de paradas, en cuanto que solicitamos en Abril de 2018 separadores para los cajones del mismo y aún no los tenemos. Los compañeros habían decidido esperar a tener los separadores para organizar el nuevo carro. Hemos reclamado en múltiples ocasiones estos separadores a través de dirección de enfermería y nos consta que también ellas han contactado con Suministros en repetidas ocasiones, pero sin resultado. A la vista de que no nos llegaban, hemos organizado con cajas de plástico la medicación de urgencia.

No hemos realizado taller de reciclaje de RCP. Por un lado, no estaba formado el grupo de formadores del Hospital clínico y por el otro, este año ha habido oposiciones, traslados, dos jubilaciones de médicos, bajas por enfermedad... estos hechos han propiciado que no se dieran las condiciones para realizarlo.

Para este año, ya estamos en contacto con la técnica de salud para realizar dicha formación que realizaremos en horario de tarde pq por la mañana hay dificultades en bloquear las agendas.

Por otro lado, la sala de urgencias pensamos que debería ser empleada solo para las urgencias, pero en estos momentos y durante las mañanas, la falta de espacio del centro, las consultas de pequeño tamaño y la alta demanda, hace que se esté empleando habitualmente para realizar pruebas complementarias, espirometrías... también se empleó para la vacunación antigripal para descongestionar las consultas de enfermería. Hasta el momento no ha habido ningún incidente ante la presencia de una urgencia vital, estando la sala ocupada. La prioridad la tenemos clara y si surge una urgencia desalojaremos de la sala a las personas que estén en ese momento, para atenderla.

Cuesta esfuerzo mantener la sala en condiciones óptimas y que todo el mundo colabore. En las reuniones recordamos siempre la necesidad de mantener el orden de la sala. Creo que es muy positivo que se haya formado el grupo de calidad del equipo porque de ésta forma se implican más profesionales de distintos estamentos en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0689

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

la mejora continua.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/689 ===== ***

Nº de registro: 0689

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

Autores:
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, NAVARRO GOMEZ MARIA CARMEN, BAILO GAY ANA MARIA, OTO ROYO ANA, CONDE VAZQUEZ PAULA, OLMO PEREZ ELENA, ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, TARRAGUEL NAVARRO MIGUEL ANGEL

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: Patologías urgentes
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Aunque se ha realizado una redistribución de la sala de urgencias y se han organizado, materiales, medicación y maletín de urgencias, existen diferencias profesionales en cuanto a la formación e implicación.

Sería necesario mejorar la destreza en el manejo del desfibrilador, del DESA, de la utilización de mascarilla laríngea y pistola intraosea así como realizar reciclaje en RCP para todo el equipo.

Por otro lado tenemos que reorganizar el nuevo carro de paradas que va a sustituir al que teníamos

En cuanto a la gestión de la demanda urgente, aunque existe una planilla en la que se establece el turno de profesional sanitario para la atención a pacientes desplazados durante la jornada ordinaria, no está protocolizado el procedimiento a seguir ante una demanda urgente desde que esta se produce en el servicio de admisión o por teléfono hasta que se atiende, ni la sustitución en la situación en la que se produce una ausencia no esperada de un profesional en horario de atención continuada como MAC o EAC.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias
2. Conocimiento por todos los miembros del equipo del contenido del carro de paradas y maletín de urgencias, así como de los protocolos de mantenimiento
3. Mejorar las habilidades de los profesionales en el manejo del desfibrilador, del DESA, de la utilización de la mascarilla laríngea y pistola intraosea
4. Realizar reciclaje en RCP
5. Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional/es responsables de la atención urgente (emergencia), tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro
6. Definir la estrategia para cubrir el turno del profesional ausente por situaciones imprevistas en turnos de atención continuada.

MÉTODO
1. Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del nuevo carro de paradas y maletín de urgencias
2. Establecer un procedimiento para mantener el orden de la sala de urgencias con registro de las actividades y revisiones realizadas por los responsables
3. Implantar hoja de registro de incidencias en la sala de urgencias
4. Definir los criterios y procedimiento de la atención urgente
5. Realizar taller de reciclaje de RCP y patologías consideradas urgentes
6. Realizar sesiones de formación en manejo de desfibrilador, del DESA, de mascarilla laríngea y pistola

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0689

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

intraósea

INDICADORES

1. Creación de un protocolo con el contenido del nuevo carro de paradas y maletín de urgencias

Indicador: Existencia de dicho documento SI/NO

Objetivo: Existencia de dicho documento

Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo obtenido a través del acta con las firmas de la/las reuniones establecidas a tal fin.

Objetivo: Superior al 80% igual 85/90 de sanitarios (excluyendo administrativos y trabajador social.) incluyendo matrona

2. Existencia del registro cumplimentado mediante firma del mantenimiento según la periodicidad acordada

Objetivo: Superior al 80% el control de firmas

3. Existencia de control de caducidades y firmas

Objetivo : superior al 80% el control de firmas

4. Utilización de hoja de incidencias

Indicador: Uso de la hoja de incidencias

5. Realización de un taller de reciclaje de RCP

Indicador: Número total de profesionales del centro que han asistido al taller de reciclaje de RCP

Objetivo: Superior al 80%

7. Realización de sesiones formativas en el manejo del desfibrilador, del DESA, de mascarilla laríngea y pistola intraósea

Indicador: Número de profesionales del centro que han asistido a los distintos talleres

Objetivo: Superior al 80%

8. Existencia de un documento con el procedimiento del circuito de atención de urgencias

Indicador: Existencia de dicho documento SI/NO

Objetivo: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo. Superior al 80%

DURACIÓN

Planificación del proyecto : Abril- Mayo 2018

Realización de los talleres: De Mayo-Junio a 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 - 2018/0997

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 28/02/2019

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.
ORTILLES GARCIA MARTA
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
BRUN ALONSO BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elegir un responsable /referente del uso de antibióticos en el equipo (20 de abril de 2018)
Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA el 13 de abril de 2018
Difusión de la información de la Jornada a los miembros del EAP (8 de Mayo de 2018)
Sesión de antibióticos en el EAP. Difusión de los principios generales en Atención primaria con fecha del 11 de diciembre con una asistencia del 70% de profesionales Colocación de los posters sobre "Antibióticos, solo cuando sea necesario" en las consultas del Centro de Salud.
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos
Presencia de salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria del EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hay un responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP

Nº reuniones sobre el buen uso de antibióticos : 4

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se valora como positivo la información ofertada a los pacientes a través de los carteles colocados en la sala de espera.
Todo el equipo se ha involucrado en la reducción de uso de antibióticos comenzando con una revisión en sesiones clínicas de las patologías infecciosas más frecuentes en AP

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/997 ===== ***

Nº de registro: 0997

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
GASTON FACI ANA, SOLANS BASCUAS MARIA TERESA, ORTILLES GARCIA MARTA, BRUN ALONSO BELEN

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: TODOS LOS PACIENTES QUE ACUDAN AL CENTRO DE SALUD CON UNA INFECCION
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0997

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EQUIPO

considerable morbilidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.

A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.

Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).

Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO

Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.

Dar a conocer los principios generales PROA.

Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.

Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES

Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)

Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)

Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)

Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.

Indicador: N° Sesiones realizadas sobre PROA:

Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.

Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%

FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN

De abril a diciembre 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 - 2018/0998

1. TÍTULO

TALLERES DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LA PRIMERA INFANCIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE ENGUITA PELLICENA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UTEBO
· Localidad UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OLMO PEREZ ELENA
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR
GASTON FACI ANA
ORTILLES GRACIA MARTA
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
SOBREVIELA LLOP MARIA CARMEN
MUÑOZ RUIZ ANA FELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Difusión desde las consultas de pediatría de dicho taller, principalmente a los padres de los recién nacidos. También desde los talleres de preparación al parto que organizan las matronas del centro de salud dan información del taller.

2- Se realizan sesiones semanales, los jueves de 12,30 a 14 h. En las sesiones se tratan los temas que surgen por el interés de los asistentes, los más frecuentes: lactancia, sueño, desarrollo psicomotor, alimentación, seguridad.

3- Se han realizado talleres monográficos con temas solicitados por los asistentes al taller:

- Sesión sobre porteo ergonómico impartido por una asesora en porteo (15/03/2018 y 18/10/2018)
- Sesión de musicoterapia impartido por una musicoterapeuta (12/04/2018)
- Sesión de RCP y atragantamiento impartido por protección civil del ayto de Utebo (19/04/2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La asistencia media a las sesiones ha aumentado y la presencia de padres también está aumentando, de unos 15-20 participantes.

Los niños que acuden al taller suelen ser menores de 6 meses siendo el motivo de abandono la incorporación de la madre al mundo laboral.

El nivel de satisfacción de los asistentes es alto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El taller que comenzó como taller de lactancia es un proyecto afianzado en la comunidad.

Es un espacio en el que las madres y los padres se aportan apoyo y ayuda mutua que mejora los sentimientos de los padres respecto a su crianza. Los verdaderos protagonistas son los padres, los profesionales sanitarios que acudimos al taller somos simples moderadores.

La difusión y promoción del taller se hace a través del centro de salud principalmente, pero gracias a la colaboración del ayto para la difusión de las sesiones en la revista mensual y cartelería se ha conseguido atraer a más población no usuarios del sistema nacional de salud.

Para mantener este tipo de proyectos comunitarios a largo plazo sería importante formar y capacitar en lactancia materna y crianza a todos los profesionales que atienden a la población pediátrica para educar en hábitos saludables en la infancia y así a la larga mejorar la salud comunitaria de la población adulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/998 ===== ***

Nº de registro: 0998

Título
TALLERES DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LA PRIMERA INFANCIA

Autores:
ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, OLMO PEREZ ELENA, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, GASTON FACI ANA, ORTILLES GRACIA MARTA, SOLANS BASCUAS MARIA TERESA, SOBREVIELA LLOP MARIA CARMEN, MUÑOZ RUIZ ANA FELISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0998

1. TÍTULO

TALLERES DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LA PRIMERA INFANCIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
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

En las primeras consultas tras el nacimiento los padres presentan múltiples dudas en relación a la lactancia, alimentación complementaria, desarrollo psicomotor y cuidados básicos.

El tiempo que se dedica en las consultas es limitado y no permite abordar éstos temas en profundidad, éste es el motivo por el que se decidió poner en marcha éste taller donde los padres son los protagonistas ante los temas a tratar.

Se había detectado un aumento del abandono de la lactancia materna en los inicios de ésta, por lo que se pensó que dando un entorno en el que se sintieran apoyadas tanto con los profesionales como con la experiencia de otras madres sirviese para no abandonar .

RESULTADOS ESPERADOS

Brindar a las familias un espacio donde sentirse apoyados en la tarea de la crianza de sus hijos, puedan plantear dudas, compartir experiencias, adquirir y mejorar habilidades, apoyados por el equipo de pediatría y otros profesionales.

MÉTODO

Se realizarán sesiones semanales, los jueves de 12,30 a 14h, en un local cedido por el Ayuntamiento y coordinado con el equipo de pediatría del Centro de Salud.

Los contenidos de las sesiones serán libres abiertos a los intereses de las personas que acudan al taller.

Un jueves al mes se tratará un tema monográfico propuesto por las familias.

La captación se realizará fundamentalmente en las consultas de pediatría, matrona y por el resto de profesionales del equipo.

Las sesiones monográficas serán publicitadas mediante carteles informativos en el C. Salud, así como en la revista mensual municipal y en las redes sociales del Ayuntamiento de Utebo.

INDICADORES

Número de sesiones realizadas a lo largo del año

Media de asistencia de padres y madres.

Análisis descriptivo sobre la satisfacción del usuario y de los componentes del equipo

DURACIÓN

La actividad se desarrollará todos los jueves del año no festivos.

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 - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

Fecha de entrada: 29/01/2020

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.

SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
ORTILLES GARCIA MARTA
OLMO PEREZ ELENA
ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR
HERRERO JIMENEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º Reuniones del grupo de trabajo. Se realizan los martes que no hay reunión de equipo. Se preparan las actividades a realizar, las cartas a los colegios, circulares para padres, ect.
2º Reuniones con el Ayuntamiento de Utebo. Se coordina con ellos todo lo relativo a las Subvenciones de la RAPPs y actividades relacionadas con el Plan de salud Municipal.

A través de las redes sociales municipales y la revista "Utebo Actual" se van divulgando las actividades realizadas.

También subvencionan a una Dietista Nutricionista para las charlas a los escolares.

3º Reuniones con el Consejo De Salud. En cada reunión del consejo se va informando de las actividades realizadas.

4º Reuniones con los equipos escolares. Estamos en comunicación continua, a través del correo electrónico y vía telefónica, con los cuatro CEIP, los dos IES y las dos Guarderías Municipales, para coordinar charlas, talleres y dudas.

5º Charlas familias. Se ha realizado dos, en las instalaciones municipales y por la tarde, para conseguir una mayor afluencia. La primera el día 19 de septiembre para familias de niños en edad de guardería, y la segunda el 26 de septiembre, para niños en edad escolar.

6º Charlas a Alumnos de 3º de EP y profesores. Las sesiones duran hora y cuarto, la imparten la dietista nutricionista con personal del equipo. tras la charla se realiza un coloquio donde los alumnos comentan sus almuerzos.

Las charlas realizadas este años han sido:

- CEIP Infanta Elena: 12 de noviembre
- CEIP Parque Europa: 15 de noviembre
- CEIP Octavus: 22 de noviembre
- CEIP Miguel Artazos: 2 de diciembre

7º Charlas a alumnos de 3º de la ESO: La metodología es la misma que para los alumnos de los colegios, con ejemplos adaptados a su edad.

Las charlas realizadas este años han sido:

- IES Torre de los Espejos: 17 de diciembre
- IES Pedro cerrada: 20 de diciembre

8º Talleres para alumnos de infantil. Los tres cursos. Se les da a probar distintos alimentos no procesados (siempre teniendo en cuenta las distintas alergias e intolerancias de los niños) y se les explica la importancia de retirar los procesados de la dieta. A los talleres de niños de infantil se invita a los padres a que realicen el taller con ellos. Se ha visto que cuando se invita a realizar las actividades con los niños, la afluencia de padres es mayor.

La fechas de los talleres han sido:

- CEIP Parque Europa: 22 de octubre, 29 de octubre y 5 de noviembre.
- CEIP Infanta Elena: 28 de octubre y 12 de diciembre.

Los CEIP Miguel Artazos y Octavus han quedado pendientes de realizar estos talleres. Se realizarán en primavera.

9º Refuerzo de la información en las revisiones de salud realizadas en el centro.

10º Se ha entregado, a todos los alumnos de los colegios y de las guarderías, un tríptico informativo realizado con los dibujos de los propios alumnos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El punto de partida son los datos de prevalencia de Sobrepeso y obesidad de la tesis doctoral de Ana Gastón, que son de un 20 %. Se calcularán las prevalencias de los años en los que ha estado en marcha el proyecto.

De manera indirecta se está haciendo seguimiento del volumen de basura generada, ya que los procesados generan más residuos y más contaminantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cada año se aprecia una mejor aceptación por parte de los padres y profesores, aportando ideas para aumentar la intervención.

Entre las propuestas que nos han hecho es actuar a la hora de los desayunos de los niños que acuden al servicio de madrugadores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1038 ===== ***

Nº de registro: 1038

Título
PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

Autores:
GASTON FACI ANA, ORTILLES GARCIA MARTA, SOLANS BASCUAS MARIA TERESA, OLMO PEREZ ELENA, ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, HERRERO JIMENEZ MARIA PILAR, RUIZ MURILLAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La alimentación ha sido un tema prioritario al que se le han dedicado muchas horas en las últimas décadas, tanto por parte de Atención Primaria como en el ámbito escolar, y además los padres cada vez están más concienciados, aunque no siempre bien informados

A pesar de todo el esfuerzo, no solo no hemos conseguido mejorar la alimentación de nuestros niños, sino que tendríamos unas cifras crecientes de patologías relacionadas con la alimentación como serían la obesidad y el sobrepeso

Ya desde el embarazo los padres están sometidos a múltiples mensajes publicitarios relacionados con la alimentación infantil. Esta publicidad dirigida a los padres sigue estando presente en los primeros años, pero a partir de los dos tres años la publicidad ya va dirigida a niños, que son los que coaccionan a sus padres a la hora de la compra. Hay bastantes estudios que relacionan la influencia que ejerce la publicidad de alimentos no saludables en la población infantil, y España estaría especialmente retrasada en este aspecto, ya que no tenemos una regulación detallada sobre la publicidad dirigida a niños.

Sobre la persuasión indirecta que se realiza entre iguales, en relación con los alimentos procesados, no se encuentran estudios ni publicaciones, pero él boca a boca en esta edad sería muy importante.

En este proyecto se está trabajando conjuntamente el Centro de Salud, los cuatro colegios de Utebo y el Ayuntamiento, para intentar disminuir la comida procesada no saludable que toman los niños a la hora del almuerzo, y de esta manera poder reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil, que actualmente está en un 20%

Otros objetivos son mejorar la alimentación de la población infantil disminuyendo el consumo de los productos procesados

MÉTODO
-Retirada de las máquinas expendedoras de bebidas y comida los productos no saludables.
-los niños no llevaran al colegio alimentos procesados. Se recomendará que traigan bocadillos, fruta, frutos secos, bollería casera, leche y agua.
-los cumpleaños de los niños no se celebrarán en clase con dulces, bollería ni snaks.
-Se realizaran charlas para padres y para los alumnos.
-Promocionar el uso de fuentes de agua en los sitios públicos frecuentados por los niños.
-No patrocinar eventos infantiles con empresas que comercialicen alimentos no saludables.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

- Se ha involucrado a los alumnos en la realización de los carteles informativos.
- El Ayuntamiento está divulgando las actividades realizadas.
- Se trabaja con los servicios sociales de base para que los alimentos que se proporcionan a las familias desfavorecidas sean lo más saludable posible.

INDICADORES

Se calculará la prevalencia anual de sobrepeso y obesidad infantil mientras dure el proyecto

Seguimiento del volumen de basura generado en los colegios a la hora del recreo.
Encuestas de satisfacción en las charlas a padres.

DURACIÓN

Inicio en junio de 2018
No hay fecha de finalización al ser un proyecto a largo plazo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1249

1. TÍTULO

EDUCANDO EN SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ELENA OLMO PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UTEBO
· Localidad UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE
GASTON FACI ANA
ORTILLES GRACIA MARTA VERONICA
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR
SOBREVIOLA LLOP MARIA CARMEN
MUÑOZ RUIZ MARIA FELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1- Difusión de la realización del taller desde las consultas de pediatría, tanto de enfermería como de pediatría, principalmente a los padres de los recién nacidos.
- 2- Las matronas han informado de la existencia de dicho taller tanto en las consultas como en los talleres de preparación al parto.
- 3- Se han realizado sesiones semanales los jueves de 12:30 a 14:00 horas, excepto festivos y periodo vacacional de Navidad, Semana Santa y Agosto.
En estas sesiones se han tratado temas que han interesado a los asistentes y que han surgido de manera espontánea, siendo los más frecuentes: lactancia, desarrollo psicomotor, sueño, alimentación, seguridad, apego.
- 4.- Se han llevado a cabo sesiones monográficas sobre temas que han sugerido los asistentes:
 - Sesiones sobre alimentación complementaria impartidas por el equipo de pediatría del Centro de Salud (17/01/2019 y 3/10/2019).
 - Sesión sobre porteo ergonómico impartida por una asesora de porteo (19/02/2019).
 - Sesión de RCP y atragantamiento impartida por Protección Civil del Ayuntamiento (11/04/2019).
- 5- Para informar de dichas sesiones se han creado carteles informativos que se han colocado en el Centro de Salud y edificio Polifuncional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La asistencia media de participación al taller ha sido de 10-15 personas. Los participantes han sido mayoritariamente madres, aunque durante el primer mes de vida de los bebés también ha habido presencia de padres.
- La edad de los niños ha sido principalmente menores de 6 meses, y el motivo principal del abandono ha sido la incorporación de las madres al mundo laboral.
- Se han realizado cuatro sesiones monográficas.
- El nivel de satisfacción de los asistentes ha sido alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El taller que comenzó como taller de lactancia es un proyecto afianzado en la comunidad.
- Es un espacio donde los padres y madres se apoyan y ayudan mutuamente para mejorar los sentimientos de eficacia respecto a la crianza de sus hijos. Los verdaderos protagonistas de los talleres son los padres, los sanitarios acudimos como simples moderadores.
- La difusión y promoción del taller se hace principalmente a través del Centro de Salud, pero también el Ayuntamiento colabora informando en la revista mensual y en la realización de carteles.
- Para poder mantener este tipo de proyectos a largo plazo sería importante formar y capacitar en lactancia materna y crianza a todos los profesionales que atienden a la población pediátrica para educar en hábitos saludables en la infancia y lograr una repercusión positiva en la mejora de la salud comunitaria de la población adulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1249 ===== ***

Nº de registro: 1249

Título
EDUCANDO EN SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1249

1. TÍTULO

EDUCANDO EN SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA

Autores:

OLMO PEREZ ELENA, ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, GASTON FACI ANA, ORTILLES GRACIA MARTA VERONICA, SOLANS BASCUAS MARIA TERESA, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, SOBREVIELA LLOP MARIA CARMEN, MUÑOZ RUIZ ANA FELISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras el nacimiento de los niños, los padres, sobretodo padres primerizos, acuden a las consultas de pediatría con numerosas dudas y miedos en relación a la lactancia, alimentación complementaria, desarrollo psicomotor y cuidados básicos, que les generan ansiedad, malestar y numerosas consultas al pediatra.

Debido al límite de tiempo en las consultas, estos temas no se pueden abordar en profundidad y por ello se puso en marcha este programa, donde los padres son los verdaderos protagonistas ante los temas a tratar.

Se observó que al comienzo de la lactancia materna había un aumento del abandono, y tras brindar a las madres un entorno en el que se sienten apoyadas por otras madres y profesionales, se conseguían lactancias más prolongadas.

RESULTADOS ESPERADOS

Dar a las familias un espacio de comprensión y apoyo donde puedan compartir dudas, sentimientos, preocupaciones, y que puedan adquirir y mejorar habilidades en la crianza de sus hijos, apoyados por el equipo de pediatría, otros profesionales y el grupo de madres que están en su misma situación, aliviando la sensación de soledad.

MÉTODO

La captación se realiza en las consultas de pediatría, matrona y en el resto de las consultas de los profesionales del equipo.

Es un grupo abierto, dinámico, en el que se incorporan madres/padres en el momento que nacen sus hijos y dejan de asistir cuando las circunstancias laborales no se lo permiten.

Las sesiones son semanales en horario de 12,30 h a 14 h en un local cedido por el Ayuntamiento y coordinado por el equipo de pediatría.

Los contenidos de las sesiones serán libres, abiertos a los intereses de las personas que acuden al taller.

Un jueves al mes se tratará un tema monográfico propuesto por las familias. Estas sesiones serán publicitadas mediante carteles informativos en el Centro de Salud y en el Edificio Polifuncional, así como en la revista mensual municipal y redes sociales del Ayuntamiento.

Las sesiones monográficas más solicitadas son:

- RCP, atragantamiento y accidentes.
- Alimentación complementaria.
- Hábitos de sueño.
- Lactancia.
- Musicoterapia.
- Porteo.

Para impartir estas sesiones se contará también con la colaboración de profesionales externos al Centro de Salud.

INDICADORES

Número de sesiones al año.

Número de sesiones con contenido monográfico al año.

Media de asistencia de padres y madres.

Análisis descriptivo sobre la satisfacción de los usuarios y de los componentes del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1249

1. TÍTULO

EDUCANDO EN SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA

DURACIÓN

La actividad se desarrollará todos los jueves del año no festivos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1302

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE UTEBO

Fecha de entrada: 29/01/2020

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.

SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
ORTILLES GARCIA MARTA VERONICA
GARCES BALLESTEROS EVA
MARCO CALVO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos. Todos los profesionales del equipo (médicos y pediatras) han recibido sus informes de utilización de antibióticos a lo largo de 2019. Se han realizado 3 envíos en 2019.

- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

- Porcentaje de envases de macrólidos. Objetivo 2019: reducción de 2% respecto a 2018

El % de envases de macrólidos ha pasado del 27,5% al 21,2%, y se ha conseguido el objetivo marcado para este indicador.

- Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 2%

El % de DDD de cefalosporinas ha pasado del 2,7% al 2,3%. Se ha conseguido una reducción importante, aunque no se ha llegado a alcanzar el 2% propuesto.

Se debe tener en cuenta que hay pacientes (en concreto pediátricos) que llevan tratamiento profiláctico con Cefixima por ITU de repetición, lo que hace muy difícil conseguir el objetivo marcado

- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

26 de marzo "Infecciones respiratorias 1" 70% de asistentes

7 de mayo "Infecciones respiratorias 2" 73% de asistentes

24 de septiembre "Infecciones urinarias" 62% de asistentes

17 de diciembre Charla en el IES Pedro Cerrada sobre prevención de infecciones y lavado de manos. Para Alumnos de 1º de la ESO

El calendario que se ha realizado es el siguiente:

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.

Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.

Abril: infecciones respiratorias. La reunión con los responsables fue 14 de marzo.

Junio-Septiembre: infecciones urinarias. La reunión fue 13 de junio.

Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas. La reunión de 1 de octubre fue para comentar los informes e indicadores de utilización de antibióticos.

No se ha realizado la sesión de piel y partes blandas porque desde IRASPROA no se ha preparado dicha sesión ni se ha actualizado este capítulo de la Guía de antibióticos de la Comunidad

Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mejor forma de conseguir una mejor calidad en el uso de antibiótico y reducción de la prescripción de estos se consigue con formación, y el participar en este proyecto ha facilitado mucho la implicación del equipo. Se ha conseguido reducir y mejorar la prescripción, pero aun queda camino por recorrer.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1302 ===== ***

Nº de registro: 1302

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1302

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE UTEBO

Título

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE UTEBO

Autores:

GASTON FACI ANA, SOLANS BASCUAS MARIA TERESA, ORTILLES GARCIA MARTA VERONICA, GARCES BALLESTEROS EVA, MARCO CALVO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.
6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

MÉTODO

1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES

% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-Porcentaje de envases de macrólidos. Objetivo 2019: 28,1% (reducción de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 2%
Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1302

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE UTEBO

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 - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ANA GASTON FACI
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UTEBO
· Localidad UTEBO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRERO JIMENEZ MARIA PILAR
ORTILLES GARCIA MARTA
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
OLMO PEREZ ELENA
ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º Reunión con el equipo para explicar el proyecto. 29/05/2018

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 y tríptico divulgativo. También mediante un grupo de Wasap se va poniendo al día a todo el equipo, y se envían referencias bibliográficas para estar actualizados en el tema.

3º Reuniones con el ayuntamiento y con distintas asociaciones dentro e la mesa intersectorial de salud.

Forma parte del plan de salud del municipio y está presentado a la RAPPS.

En la revista mensual del municipio, "Utebo Actual", se han publicado diferentes artículos sobre el tema del almuerzo saludable, así como información de las actividades que se van realizando para promover los hábitos saludables en la edad infantil.

Han colaborado como intermediarios para contactar con los diferentes centros escolares y con los servicios sociales.

Están divulgando desde el ayuntamiento las actividades que se están realizando, y proporcionan lugares público para las charlas a familias y profesores.

Han subvencionado las charlas realizadas por una dietista nutricionista

4º Reuniones con Consejo de Salud.

En cada reunión del consejo de salud se va informando de las actividades realizadas

5º Reuniones con los equipos escolares.

Se han tenido reuniones con los cuatro centros escolares, con los dos institutos y con las dos guarderías municipales. Se les ha pedido ayuda para que los alumnos de tercero de E.P. realicen dibujos para ilustrar el tríptico y póster informativo que se les entregará a comienzo de curso. (06/11/2017 y 08/11/2017). Todos los centros educativos públicos deciden colaborar y se planifican las charlas para padres y alumnos. Se decide dar la charla a los alumnos de 3º curso de EP, a los alumnos de 3º de la ESO, al personal de las guarderías y a los padres. Estos últimos repartidos en dos grupos; una para las familias de alumnos menores de tres años y otra para las familias de los mayores de tres años.

Tras la presentación del proyecto se ha tenido contacto de manera regular mediante correo electrónico y vía telefónica.

6º Charlas a padres:

A diferencia del año pasado, que se realizó una por colegio, con poca aceptación, se comienza el proyecto con una primera charla para las familias por la tarde en una sala cedida por el Ayuntamiento (11/06/2018). Pusieron servicio de guardería, para facilitar la asistencia de las familias. La sala se llenó, quedando gente sin poder entrar, por lo que se decidió realizar otras dos charlas más a lo largo de este curso. Las fechas de estas charlas han sido:
-24/1/2019
-31/1/2019

7ª Talleres con los alumnos y profesores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

3º de EP

Se realizan sesiones de hora y cuarto. Primero se les explica el proyecto, la nutricionista habla de los distintos productos procesados, de los azúcares, sal y grasa enseñándoles a entender los etiquetados y termina con los trucos publicitarios que emplea la industria alimentaria. Tras la charla se realiza un coloquio donde los alumnos comentan los almuerzos que suelen llevar a clase.

En cada sesión participan dos clases (unos 50 alumnos)

Las charlas realizadas son:

- CEIP Miguel Artazos: 19/10/2018
- CEIP Octavus: 26/10/2018
- CEIP Infanta Elena: 9/11/2018
- CEIP Parque Europa: 18/1/2019

3ª de la ESO

La dinámica es la misma que para los alumnos de primaria, pero se emplean ejemplos más apropiados para la adolescencia.

Personal de las Escuelas Infantiles

Se realiza una única charla juntando al personal de las dos Escuelas Infantiles para concretar el mensaje que se les dará a las familias. Se realizó el día 22/11/2018.

Ambas Escuelas deciden quitar de los almuerzos todos los productos procesados.

La empresa de Catering que les sirve la comida decide también retirar todos los postres azucarados, dejando exclusivamente fruta.

8º Refuerzo de la información dada en las charlas en las revisiones realizadas en el Centro de Salud de los 9 años y 14 años

9º Difusión a la prensa.

Se pone en contacto el Heraldo de Aragón con el Centro de Salud, y publican reportaje sobre las actividades que se están realizando en el centro, el día 24 de diciembre.

10ª 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. Se aprecia que ya no se entra a las consultas con bolsas de snacks.

11ª Comunicación de resultados Se realizará al final del curso escolar: al equipo de AP, Centros Escolares y Ayuntamiento.

12º se entrega a todos los alumnos de los cuatro colegios un tríptico con información sobre almuerzos saludables, ilustrado con los dibujos realizados por los alumnos a los que se les ha dado las charlas

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.

Se han solicitado a la dirección los datos registrados en OMI-AP de peso y talla, pero por el momento no se nos han facilitado

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.

Como el proyecto ya es conocido por las familias, alumnos y profesorado, el grado de aceptación es superior al del año pasado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aceptación del proyecto ha sido muy buena por una parte de las familias, 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 valorará realizar otras actividades dirigidas a niños, y abordar el tema en las guarderías privadas, y en otros grupos de trabajo comunitarios, como es el taller de lactancia y crianza.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1038 ===== ***

Nº de registro: 1038

Título
PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

Autores:
GASTON FACI ANA, ORTILLES GARCIA MARTA, SOLANS BASCUAS MARIA TERESA, OLMO PEREZ ELENA, ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, HERRERO JIMENEZ MARIA PILAR, RUIZ MURILLAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La alimentación ha sido un tema prioritario al que se le han dedicado muchas horas en las últimas décadas, tanto por parte de Atención Primaria como en el ámbito escolar, y además los padres cada vez están más concienciados, aunque no siempre bien informados

A pesar de todo el esfuerzo, no solo no hemos conseguido mejorar la alimentación de nuestros niños, sino que tendríamos unas cifras crecientes de patologías relacionadas con la alimentación como serían la obesidad y el sobrepeso

Ya desde el embarazo los padres están sometidos a múltiples mensajes publicitarios relacionados con la alimentación infantil. Esta publicidad dirigida a los padres sigue estando presente en los primeros años, pero a partir de los dos tres años la publicidad ya va dirigida a niños, que son los que coaccionan a sus padres a la hora de la compra. Hay bastantes estudios que relacionan la influencia que ejerce la publicidad de alimentos no saludables en la población infantil, y España estaría especialmente retrasada en este aspecto, ya que no tenemos una regulación detallada sobre la publicidad dirigida a niños.

Sobre la persuasión indirecta que se realiza entre iguales, en relación con los alimentos procesados, no se encuentran estudios ni publicaciones, pero él boca a boca en esta edad sería muy importante.

En este proyecto se está trabajando conjuntamente el Centro de Salud, los cuatro colegios de Utebo y el Ayuntamiento, para intentar disminuir la comida procesada no saludable que toman los niños a la hora del almuerzo, y de esta manera poder reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil, que actualmente está en un 20%

Otros objetivos son mejorar la alimentación de la población infantil disminuyendo el consumo de los productos procesados

MÉTODO
-Retirada de las máquinas expendedoras de bebidas y comida los productos no saludables.
-los niños no llevarán al colegio alimentos procesados. Se recomendará que traigan bocadillos, fruta, frutos secos, bollería casera, leche y agua.
-los cumpleaños de los niños no se celebrarán en clase con dulces, bollería ni snaks.
-Se realizarán charlas para padres y para los alumnos.
-Promocionar el uso de fuentes de agua en los sitios públicos frecuentados por los niños.
-No patrocinar eventos infantiles con empresas que comercialicen alimentos no saludables.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

-Se ha involucrado a los alumnos en la realización de los carteles informativos.
-El Ayuntamiento está divulgando las actividades realizadas.
-Se trabaja con los servicios sociales de base para que los alimentos que se proporcionan a las familias desfavorecidas sean lo más saludable posible.

INDICADORES

Se calculará la prevalencia anual de sobrepeso y obesidad infantil mientras dure el proyecto

Seguimiento del volumen de basura generado en los colegios a la hora del recreo.
Encuestas de satisfacción en las charlas a padres.

DURACIÓN

Inicio en junio de 2018
No hay fecha de finalización al ser un proyecto a largo plazo

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 - 2015/0300

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE MARIO BARCENA CAAMAÑO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDEFIERRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRES RUBIO FERNANDO
VELA CONDON PABLO ANTONIO
RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS TOMAS
SOLER PARDINILLA MARIA JESUS
ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN
GONZALEZ GARCIA MILAGROS

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. Valoración del control de la coagulación de cada paciente según los criterios del IPT por cada profesional de los asignados a su cupo en julio 2017
-Extracción de datos de OMI AP
-Entrega a cada uno de los profesionales médicos del listado de los pacientes de su cupo con los resultados
-Modificaciones de tratamiento si se ha considerado oportuno
3. Evaluación de resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Total de pacientes anticoagulados: 131
- Total de pacientes con acenocumarol: 92
- Total de pacientes con ACOD: 39
- Total de pacientes no evaluados (tratamiento con duración menor de 6 meses, autocontroles, domicilios a temporadas fuera de Valdefierro): 24
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango en julio de 2017: 42,64%
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, mal controlados con situaciones clínicas en las que el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT), recomienda su paso a ACOD: 42,85%
- % de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales en julio 2017: 29,77%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es preciso mejorar el porcentaje de pacientes que cumpliendo las indicaciones del IPT para su paso a ACOD, aun siguen en tratamiento con acenocumarol.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/300 ===== ***

Nº de Registro: 0300

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Autores:
BARCENA CAAMAÑO MARIO, MORENO ASENSIO SANTIAGO, TORRES RUBIO FERNANDO, VELA CORDON PABLO, ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, SOLER PARDINILLA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0300

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

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 OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

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
- 3.- 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: Mario Bárcena)
- 5.- Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores, integrado en las Actividades de la Comunidad. (Responsable: Antonio OTO, Rosabel Villares)

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 Anticoagulantes 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
- N° de trombosis registradas en pacientes tratados
- N° de hemorragias leves registradas en pacientes tratados
- N° de hemorragias graves registradas en pacientes tratados

DURACIÓN

1. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (Mayo/junio)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Mayo/junio)
3. Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO (Junio/julio)
4. Trabajo de campo con los pacientes (De Junio a noviembre)
5. Sesiones clínicas en el EAP (Mayo/junio/ septiembre)
6. Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (Septiembre/Octubre)
7. Evaluación de resultados (Noviembre/Diciembre)

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 - 2015/0300

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE MARIO BARCENA CAAMAÑO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDEFIERRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA
VELA CONDON PABLO ANTONIO
RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS TOMAS
SOLER PARDINILLA MARIA JESUS
ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN
GONZALEZ GARCIA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Solicitud de listados de pacientes en tratamiento con Antivitamina K y ACOD, al servicio de Farmacia de AP del Sector (Datos de Receta electrónica)
- Valoración del control de la coagulación de cada paciente según los criterios del IPT por cada profesional de los asignados a su cupo en agosto 2018

Extracción de datos de OMI AP
Entrega a cada uno de los profesionales médicos el listado de los pacientes con sus resultados
Modificaciones de tratamiento si se ha considerado oportuno
Sesión clínica con los resultados el 13/02/2019

- Evaluación de resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Total de pacientes anticoagulados: 153
- Total de pacientes con antivitamina K (acenocumarol; warfarina): 94
- Total de pacientes con ACOD: 59
- Total de pacientes no evaluados (tratamiento con duración menor de 6 meses, autocontroles, domicilios a temporadas fuera de Valdefierro): 25
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango en agosto de 2018: 40,96%
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, mal controlados con situaciones clínicas en las que el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT), recomienda su paso a ACOD: 57,77%
- % de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales en agosto 2018: 38,56%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Continúa siendo preciso mejorar el porcentaje de pacientes mal controlados que cumpliendo con los criterios del IPT aún continúan en tratamiento con acenocumarol.

7. OBSERVACIONES.

El año de presentación del proyecto a valorar fue el 2015. En el desplegable solo permitía a partir de 2016

*** ===== Resumen del proyecto 2015/300 ===== ***

Nº de Registro: 0300

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Autores:
BARCENA CAAMAÑO MARIO, MORENO ASENSIO SANTIAGO, TORRES RUBIO FERNANDO, VELA CORDON PABLO, ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, SOLER PARDINILLA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0300

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

(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 OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

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: Mario Bárcena)
- 5.- Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores, integrado en las Actividades de la Comunidad. (Responsable: Antonio OTO, Rosabel Villares)

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 Anticoagulantes 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
- N° de trombosis registradas en pacientes tratados
- N° de hemorragias leves registradas en pacientes tratados
- N° de hemorragias graves registradas en pacientes tratados

DURACIÓN

1. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (Mayo/junio)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Mayo/junio)
3. Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO (Junio/julio)
4. Trabajo de campo con los pacientes (De Junio a noviembre)
5. Sesiones clínicas en el EAP (Mayo/junio/ septiembre)
6. Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (Septiembre/Octubre)
7. Evaluación de resultados (Noviembre/Diciembre)

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 - 2016/0291

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 ATENCIÓN 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 consultas de AP. con este proceso (FAA).
3- Disminución del gasto farmacéutico en A.P.

MÉTODO

Se realizarán sesiones formativas (clínicas), del EAPs para la puesta en funcionamiento de esta asistencia clínica en las consultas del CS. Valdefierro.
Para esto se revisará la Guía clínica para el manejo de la Faringoamigdalitis aguda del adulto.
Se revisará 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 enfermeria, 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 pueden 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 - 2018/0690

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 26/02/2019

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.
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS
RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS
SAENZ LAFUENTE LAURA
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Puesta en marcha de una consulta monografía de tabaquismo, realizando en ella orientacion y tratamiento del mismo. Se realizan sesiones formativas para todos los miembros del equipo, incluidos MIR,EIR y estudiantes en practicas en este centro.
Se ofrecio y se explicaron las ventajas de la vacunacion antigripal y antineumococica.
Insistir en los cambios de habitos diarios (Suprimir tabaco, cafeina, controlar el habito, dieta...).
Revision de los programas de actividades comunitarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejora del proceso en los pacientes con IC.
Se aumento significamente el numero de pacientes que abandonaron el habito tabaquico con repercusion en el riesgo cardiovascular.
Se adecuo el tratamiento farmacologico en IC (fuente : farmacia).
Se potencio los cuidados en los pacientes con IC y se reforzo la educacion sobre habitos diarios.
Se realizo una revision de las actividades preventivas comunitarias (Andarines, consulta especializada en tabaquismo....)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Seria conveniente la puesta en marcha de un programa de insuficiencia cardiaca mediante la colaboracion entre diferentes profesionales implicados en su atencion. .
Es necesario una atencion continua de estos pacientes desde el CS para disminuir las visitas a urgencias.

7. OBSERVACIONES.

Seria interesante ofrecer al paciente con ICC un triptico con los cuidados, signos y sintomas...

*** ===== Resumen del proyecto 2018/690 ===== ***

Nº de registro: 0690

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. VALDEFIERRO

Autores:
MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA, BARRANCO OBIS PATRICIA, BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS, SAENZ LAFUENTE LAURA, VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
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
Dado que es un proyecto del Sector III el EAPs se plantea trabajar el mismo, aunque el EAPs en sesión clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0690

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO

crea como algo consustancial a la labor asistencial normalizada esta actividad.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalario: dirigido a la población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables

Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC

Potenciar cuidados a todos los pacientes del programa

Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO

Consulta monográfica de tabaquismo

Formación: Sesiones clínicas en el EAP

Comunicación del desarrollo del proyecto: Reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, Consejo de salud de zona

INDICADORES

Mejora de las actividades preventivas en ICC: Actividades comunitarias (ANDARINES, CONSULTA DE TABACO) con repercusión en riesgo cardiovascular en el contexto de IC

Potenciar los cuidados en IC: Número de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. (el objetivo aumentar 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócica con respecto al año anterior)

Adecuación del tratamiento farmacológico en IC (numero de pacientes polimedificados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión el tratamiento). Fuente de datos: listado farmacia

Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Fuente de datos: listados farmacia.

Porcentaje de pacientes en tratamiento con beta bloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Fuente de datos: farmacia

DURACIÓN

Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año

Cambios en la práctica clínica. Revisión de GPC e implementación

Oferta servicios: consulta monográfica de tabaco.

Formación: Sesiones EAP

Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, indicadores

Comunicación: Reunión EAP, Consejo de salud de zona en todo el periodo del proyecto

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 - 2018/0692

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL SANITARIO, MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 22/02/2019

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.
GONZALEZ GARCIA MILAGROS
VILLARES ANDRES ROSABEL
BUIL LANGARITA SUSANA
BARRANCO OBIS PATRICIA
SAENZ LAFUENTE LAURA
RERO GUIMERA MARIA JESUS
PEDRUZO GARCIA LORETO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se realizan sesiones formativas para los miembros del EAPs, médicos residentes, enfermeros residentes y estudiantes en prácticas del C.S, donde se aborda los siguientes temas:
-RCP básica y avanzada, en adultos y pediatría, recordando las dosis de los fármacos usados según las recomendaciones de la ERC 2015, resaltando las actividades de urgencia que se realizan en los domicilios.
-Revisión de los cambios propuestos en la (Europea Reanimación Cardiopulmonar) ERC.

Se realiza revisión del carro de paradas, con el stock mínimo de fármacos para atender las urgencias en condiciones lo más optimas posibles:

-Vía aérea y ventilación: Ambu, mascarilla laríngea, bala de oxígeno etc.
-Circulatorio: Abocath, perfusiones disponibles tanto cristaloides como coloides, diverso material para venoclisis etc.

-Revisar la caducidad del material y creación de un Excel para control de las próximas caducidades segun norma ISO 9001.

-Se realiza revisión de las caducidades la última semana de cada mes (firma de la persona correspondiente) y correcto funcionamiento de los aparatos.

-Indicaciones de la ERC, en formato póster en la sala de Urgencias.

-Repaso del algoritmo de la obstrucción de la vía aérea.

-Repaso del listado de medicación, anexo al carro de paradas.

-Inclusión en el maletín de un plano de la zona.

-Se realizan sesiones para recordar los contenidos de los protocolos ante situaciones de urgencias en Atención Primaria.

Se realizan dos cursos durante el año en el EAPs. uno de RCP. básica y otro de RCP. avanzada.

Durante el año y dentro del plan formativo del EAPs. hacia la comunidad se realiza un curso de RCP básica, para los vecinos del barrio interesados en esta formación se incluye el manejo del desfibrilador automático, y revisa el protocolo de actuación en caso de una parada cardiorespiratoria.

Se realiza evaluación de los cursos con encuesta ISO. 9001.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Adiestramiento en una RCP.

-Conocer la ubicación en la sala de Urgencias el equipamiento del carro de paradas y su uso por el EAPs. .

-Listado de material y fármacos del carro de paradas revisado y adecuado a las necesidades de la Urgencia en el EAPs.

-Localización precisa y rápida por parte del todo el equipo de salud, 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.

-Concimiento de la RCP. Básica en el taller formativo de TAOVAL. (Talleres Ocupacionales Valdefierro).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Adiestramiento y reciclaje de los conocimientos por parte del personal del 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.

-Es fundamental en una sala de Urgencias 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.

7. OBSERVACIONES.

Se debería trabajar para consensuar una guía básica de equipación estándar de los carros de paradas del Sector Zaragoza III, para los EAPs. Diferenciando Urbanos y Rurales, dado que las necesidades son distintas.

Es necesario formar y realizar una acogida en el C.S. Valdefierro a todo personal eventual, para facilitar el trabajo de los profesionales en el EAPs. Por lo cual proponemos la estandarización de dichas herramientas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0692

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL SANITARIO, MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS

*** ===== Resumen del proyecto 2018/692 ===== ***

Nº de registro: 0692

Título
GESTION DEL MATERIAL SANITARIO, MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS

Autores:
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO, BARRANCO OBIS PATRICIA, BUIL LANGARITA SUSANA, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, VILLARES ANDRES ROSABEL, PEDRUZO GARCIA MARIA LORETO, RERO GUIMERA MARIA JESUS, SAENZ LAFUENTE LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: circulatoria/cardíaca
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En sesión clínica del EAPs. se establecen criterios para el desarrollo de las tareas asistenciales y formativas en la actuación frente a situaciones de urgencia circulatoria.

RESULTADOS ESPERADOS

-Unificar conocimientos, procedimientos y uso de materiales frente a la asistencia de urgencias cardíacas.
-Conocimiento del EAPs. de las instalaciones y equipos del CS.

MÉTODO

-Se realizan sesiones formativas para los profesionales sanitarios, residentes y estudiantes del C.S, donde se aborda los siguientes temas:

-RCP básica y avanzada, en adultos y pediatría, recordando las dosis de los fármacos usados según las recomendaciones de la ERC 2015, resaltando las actividades de urgencia que se realizan en los domicilios.
-Revisión de los cambios propuestos en la ERC.

Dentro de la actividad formativa del EAPs. Se realiza revisión del carro de paradas, con el stock mínimo de fármacos para atender las urgencias en condiciones lo más óptimas posibles:

-Área y ventilación: Ambu, mascarilla laríngea, bala de oxígeno.

-Circulación: Abbocath, perfusiones disponibles tanto cristaloides como coloides.

-Revisar la caducidad del material y creación de un Excel para control de las próximas caducidades según norma ISO 9001.

-Se propone revisar las caducidades la última semana de cada mes (firma de la persona correspondiente) y correcto funcionamiento de los aparatos.

-Indicaciones de la ERC, en formato póster en la sala de Urgencias.

-Repaso del algoritmo de la obstrucción de la vía aérea.

-Repaso del listado de medicación, anexo al carro de paradas.

-Inclusión en el maletín de un plano de la zona.

-Se realizan sesiones para recordar los contenidos de los protocolos ante situaciones de urgencias en

Atención Primaria.

Se realizan dos cursos durante el año en el EAPs. uno de RCP. básica y otro de RCP. avanzada.

Se realiza durante el año y dentro del plan formativo del CS. hacia la comunidad un curso de RCP básica, para los vecinos del barrio interesados en esta formación, incluyendo el manejo del desfibrilador automático, y revisando el protocolo de actuación en caso de una parada cardiorespiratoria.

Se espera alcanzar:

-Adiestramiento en una RCP.

-Conocer la ubicación en la sala de Urgencias el equipamiento del carro de paradas y su uso por el EAPs. .

en A.P.
-Listado de material y fármacos del carro de paradas revisado y adecuado a las necesidades de la Urgencia

-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.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0692

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL SANITARIO, MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS

INDICADORES

Mejora de la calidad asistencial en este tipo de proceso.

DURACIÓN

Para la formación e implementación en el EAPs de esta actividad se cree necesario el desarrollo de sesiones formativas para el EAPs y de las personas del Barrio al largo de del año y posteriores.

OBSERVACIONES

-Es fundamental en una Urgencia tener el carro de paradas revisado y consensuado, con la caducidad revisada y sin que falte nada del listado anexo al carro.

-El material después de una Urgencia siempre se debe reponer, para un buen uso y correcto mantenimiento del carro de paradas, y 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.

En sesión clínica se decide continuar con el proyecto de mejora, para proponer que todos los centros sanitarios del Sector Zaragoza III, dispongan del mismo material y de la misma disposición en el maletín, para facilitar al personal eventual la localización de dicho material en situaciones de urgencia, potenciando la seguridad del paciente y aumentando la calidad asistencial.

Se podría disminuir el peso del maletín de Urgencias o sustituirlo con ruedas.

Es necesario formar y realizar una acogida en el C.S. Valdefierro a todo personal eventual, para facilitar el trabajo de los profesionales, por eso proponemos la estandarización de dichas herramientas.

Se debería trabajar para consensuar una guía básica de equipación estándar dentro del Sector para los EAPs. Urbanos y Rurales, dado que las necesidades son distintas.

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 - 2018/0731

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE MARIO BARCENA CAAMAÑO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDEFIERRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS
MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elegir un responsable /referente del uso de antibióticos en el equipo el 04/04/2018.
Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA el 13/04/ 2018.
Ponencia en la Jornada de presentación de IRASPROA el 13/04/2018.
Sesión de antibióticos en el EAP: "IRASPROA de la teoría a la acción" el 26/04/2018. Asistentes: 90%
Asistencia el 05/07/2018 en la Gerencia de Atención Primaria del Sector a la reunión de responsables de referentes de los EAP.
Sesión de antibióticos en el EAP: "Difusión de los principios generales de IRASPROA en Atención Primaria" 28/11/2018. Asistentes: 94%
Colocación de los posters sobre "Antibióticos, solo cuando sea necesario" en las consultas del Centro de Salud el 28/11/2018.
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos el 28/11/2018.
Asistencia del responsable del EAP al curso "Principios de uso de antibióticos: puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en Atención Primaria" el 29/11/2018.
Presencia de salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elegir un responsable /referente del uso de antibióticos en el equipo el 04/04/2018.
Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA el 13/04/ 2018.
Ponencia en la Jornada de presentación de IRASPROA el 13/04/2018.
Sesión de antibióticos en el EAP: "IRASPROA de la teoría a la acción" el 26/04/2018. Asistentes: 90%
Asistencia el 05/07/2018 en la Gerencia de Atención Primaria del Sector a la reunión de responsables de referentes de los EAP.
Sesión de antibióticos en el EAP: "Difusión de los principios generales de IRASPROA en Atención Primaria" 28/11/2018. Asistentes: 94%
Colocación de los posters sobre "Antibióticos, solo cuando sea necesario" en las consultas del Centro de Salud el 28/11/2018.
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos el 28/11/2018.
Asistencia del responsable del EAP al curso "Principios de uso de antibióticos: puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en Atención Primaria" el 29/11/2018.
Presencia de salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria del EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido que llegue la información a todos los miembros del EAP de Valdefierro sobre la puesta en marcha de la estrategia IRASPROA en Aragón, haciendo hincapié en la importancia de la Atención Primaria en la adecuada utilización de los antibióticos.
Se ha difundido entre los componentes del EAP la existencia del enlace a IRASPROA a través de la web del Sector Zaragoza 3, con acceso a la Guía Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe.
Se han cumplido los objetivos previstos para el año 2018.
Se prevé la posibilidad de seguir trabajando en la mejora de la utilización de los antibióticos en atención primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/731 ===== ***

Nº de registro: 0731

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0731

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Autores:

BARCENA CAAMAÑO MARIO, BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA

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: Todos los pacientes que acudan al centro de salud con una infección.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos. A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos. Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA). Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO

Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES

Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: N° Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN

De abril a diciembre de 2018. Se prevé la continuación en los próximos años.

OBSERVACIONES

Mejorar la formación en el uso adecuado de los antibióticos.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0963

1. TÍTULO

HUMANIZACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE SUSANA BUIL LANGARITA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VALDEFIERRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ATANCE MELENDO ESTHER
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS
BARTOLOME LALANZA LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-HEMOS COLOCADO UN PUFF INFANTIL EN LA SALA DE ESPERA DONDE LOS NIÑ@S JUEGAN, SE RELAJAN.....
-HEMOS DECORADO CON VINILOS INFANTILES LAS PAREDES DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA Y EN EL TECHO PARA QUE LOS MIREN AL ESTAR TUMBADOS EN LA CAMILLA
-HEMOS ADQUIRIDO PELUCHES QUE PUEDEN COGER Y UN MALETÍN MÉDICO DE JUGUETE CON EL QUE JUEGAN MIENTRAS LES EXPLORAMOS
-HEMOS ADQUIRIDO LIBROS INFANTILES EDUCATIVOS QUE NOS ENSEÑAN A USAR EL ORINAL, ATARSE LOS ZAPATOS....
-HEMOS ADQUIRIDO UNA MAQUETA DE DIENTES Y UN CEPILLO CON EL QUE LES EXPLICAMOS LA TÉCNICA DEL CEPILLADO
-ESTAMOS EN CONTACTO CON LA ORGANIZACIÓN BELIEVE IN ART LA CUAL NOS HA COMUNICADO A FECHA 20/11/19 QUE LES HAN APROBADO EL PROYECTO DE DECORACIÓN DE NUESTRA SECCIÓN DE PEDIATRÍA
-FOMENTAMOS UN TRATO TRANQUILLO Y CERCAÑO RESPETANDO LA AUTONOMÍA DE CADA NIÑ@ Y DANDO APOYO EMOCIONAL Y FOMENTANDO LA PARTICIPACIÓN .
-HEMOS DECORADO BÁTAS MÉDICAS CON DIBUJOS INFANTILES DE FANTASÍA COMO MEDIDA DE ACERCAMIENTO A LOS MÁS PEQUEÑOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-HEMOS CREADO UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA MENOS HOSTIL, DONDE SE DA LA POSIBILIDAD DE LEER Y JUGAR EN ELLA
-LOS NIÑ@S SE MUESTRAN AGUSTO EN LA CONSULTA
-ESTAMOS CONSIGUIENDO QUE EL ACTO DE VACUNAR SEA MENOS TRAUMÁTICO EMPLEANDO TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN Y RELAJACIÓN EN LOS NIÑ@S Y EN EL CASO DE LOS BEBÉS LACTANTES EMPLEANDO LA TETANALGESIA (SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-HEMOS CAMBIADO MUCHAS COSAS EN LA CONSULTA A BASE DE MATERIALES RECICLADOS Y DE SEGUNDA MANO, PERO TODAVÍA HAY MUCHO POR HACER, ...
-UN OBJETIVO QUE PERSEGUIMOS ES ACONDICIONAR LA SALA DE ESPERA CON MESAS Y SILLAS ADAPTADAS A LOS PEQUES Y MATERIAL DIDÁCTICO PARA QUE LAS ESPERAS SEAN MÁS AGRADABLES Y CONSTRUCTIVAS.
-TAMBIÉN LA IDEA QUE LLEVAMOS ES QUE EN ESTE 2020 NOS AYUDE LA ASOCIACIÓN BELIEVE IN ART A DARLE UN AIRE FRESCO Y NUEVO A LA SECCIÓN DE PEDIATRÍA CON LA DECORACIÓN DE PAREDES Y PUERTAS
-LA IDEA QUE LLEVAMOS ES QUE ESTA RENOVACIÓN QUE HEMOS REALIZADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIATRICA SE LLEVE A CABO EN LAS OTRAS 3 CONSULTAS DE LA SECCIÓN DE PEDIATRÍA.
-SI PUDIÉRAMOS CONTAR CON UN POCO DE PRESUPUESTO PARA LA MEJORA DEL CENTRO SE PODRÍAN HACER GRANDES CAMBIOS.
-VEMOS PRIORITARIO EL PINTADO GENERAL DE TODO EL CENTRO DE SALUD QUE LLEVA UNOS 20 AÑOS SIN PINTAR

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/963 ===== ***

Nº de registro: 0963

Título
HUMANIZACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA PEDIATRICA

Autores:
BUIL LANGARITA SUSANA, ATANCE MELENDO ESTHER, BARTOLOME LALANZA LUCIA, BLASCO PEREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La población diana son niñ@s (sanos y enfermos) que acuden acuden a la consulta de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0963

1. TÍTULO

HUMANIZACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

pediatría desde el nacimiento hasta los 14 años
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Partimos de unas consultas que están igual que hace 20 años (mobiliario, decoración, ...) donde no se tienen en cuenta las características del entorno del niño. También debemos centrar nuestros esfuerzos en dar un trato a los niños más centrado en fomentar su autonomía y su participación .
En la carta europea de los niños hospitalizados se hace hincapié en que los niños tienen derecho a disponer de juguetes adecuados a su edad, libros, y medios audiovisuales. También tienen derecho a recibir cuidados por personal especializado en cuidados pediátricos y a ser tratados con tacto, educación y comprensión.

RESULTADOS ESPERADOS
-Atención integral a las necesidades infantiles: bienestar físico, psicológico y social
-Ser capaces de crear un ambiente NO HOSTIL, donde el niño esté agusto en la consulta.
-Ser capaces de crear un entorno que estimule las emociones y se promocióne la salud mediante el juego y la lectura.
-Proporcionar elementos distractores (juguetes, decoración, etc) a los niños que faciliten diferentes técnicas como su exploración, vacunación, etc
Explicar al niño lo que se le va a realizar mediante el juego simbólico (maletín médico infantil)
Humanizar el trato y la forma de atender a los niños en nuestras consultas. Humanizar está relacionado con la dignidad humana, la libertad y la autonomía.
Disminuir el miedo, el desconocimiento y la vulnerabilidad de los niños
Aumentar la calidad de vida de los niños.

MÉTODO
-Ofrecer entornos sanitarios más humanos, cambiando características de diseño de la consulta, espaciales, físicas, ambientales que los entornos de cuidado de la salud deberían tener.
-Sugerencias por parte de los niños y padres/madres para mejorar el entorno
- Decoración de paredes (previo pintado de la consulta), techo, adquisición de juguetes médicos simbólicos, mesas y sillas adaptadas a su tamaño, cajas, libros... Reordenación del mobiliario.
- Reunión de equipo para transmitir el proyecto de calidad y concienciar del cambio en el trato que hay que dar en la infancia
- Decoración del vestuario (bata) del personal que atiende a los niños.
-Colaboraciones a "believe in art" o a otros artistas que ayuden en el diseño de la decoración de las consultas

INDICADORES
-Realizar encuesta de satisfacción a niños y padres/madres que refleje si los cambios llevados a cabo en la consulta han conseguido disminuir el miedo, el estrés que supone ir a una consulta y que valore si el entorno nuevo y el trato hace que se sientan más agusto en el centro de salud
-Si el resultado es satisfactorio nos podemos plantear la extensión de esta prueba piloto al resto de las consultas de pediatría y a la sala de espera pediátrica de dicho centro de salud.

DURACIÓN
Sesión clínica para dar a conocer el proyecto
Implementación y desarrollo en la primavera/verano del 2019
Evaluación en 6 meses tras su implementación

OBSERVACIONES
Crear entornos sanitarios infantiles más humanos. Esta humanización de los espacios sanitarios ha de entenderse como parte de la cultura del cuidado del niño (sano o enfermo).

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1040

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 19/01/2020

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.
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS
RODRIGUEZ ALAVAREZ JESUS
SAENZ LAFUENTE LAURA
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Seguimiento de la consulta monografica de deshabituacion tabaquica, realizando orientacion, seguimiento y opciones terapeuticas.
Se realizaron sesiones, dando informacion de cursos realizados fuera del centro (SALUD), para todos los miembros del equipo, incluidos MIR, EIR y estudiantes de medicina y enfermería.
En cada consulta, se realizo una captacion activa y se ofrecio a todos los pacientes la vacunacion antigripal y antineumococica.
Se realizo y se explico cuidados de enfermeria dirigido en cada fase de la IC.
Se realizo, educacion sanitaria y/o en los habitos saludables como suprimir tabaco, cafeina, control de peso...ect).
Se realizo una revision de los programas de actividades comunitarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejoria del proceso en los pacientes con IC.
Se aumento y se realizo seguimiento a los pacientes en deshabituacion tabaquica y tambien aumento significativamente el numero de pacientes que pregunto sobre esta consulta.
Se adecuo el tratamiento en IC.
Se potencio los cuidados de enfermeria en pacientes con IC.
Se reforzo la educacion de habitos saludables.
Se reviso las actividades comunitaria (Agenda de Activos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con una buena educacion sobre habitos diarios se mejora la calidad de los pacientes con IC.
Es necesario un buen control desde AP y una atencion continuada para disminuir las visitas a urgencias hospitalarias.

7. OBSERVACIONES.
Seria interesante ofrecer al paciente con ICC, un enlace a traves del SALUD para poder consultar cuidados y dudas.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1040 ===== ***

Nº de registro: 1040

Título
PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO

Autores:
BARRANCO OBIS PATRICIA, BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS, VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO,
BUIL LANGARITA SUSANA

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 .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1040

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia y las hospitalizaciones por IC han ido aumentando y se espera que sigan creciendo en los próximos años, ya que la incidencia de IC está estabilizada, pero está mejorando su supervivencia gracias a la disponibilidad de mejores tratamientos. Por lo tanto, es prioritario seguir con el proyecto en IC dada las características de la población de la zona del Sector III de Zaragoza, ya que constituye una de las primeras causas de ingreso en el paciente mayor.

RESULTADOS ESPERADOS

Diminuir el número de visitas a urgencias, hospitalización y visitas a AP.
Aumentar el número de vacunación antigripal y/o neumocócica.
Crear un programa y actividades comunitarias para poder reconocer los signos y síntomas de dicha patología.

MÉTODO

Puesta en marcha de una consulta monografía de tabaquismo, realizando en ella orientación y tratamiento del mismo. Previamente el paciente ha sido derivado de otras consultas de enfermería y/o medicina (Test de Fagerström y/o Richmond).

A todo paciente sospechoso de IC se le realizara un ECG de 12 derivaciones, historia de salud, revisión de síntomas y signos, medicación..

Se realizaran sesiones formativas para todos los miembros del equipo, incluidos MIR, EIR y estudiantes en prácticas de enfermería y/o medicina.

En época de vacunación se explicaran y se ofrecera la vacuna antigripal.
En estos momentos se ofrecera la vacuna neumocócica 23 a todos los pacientes con 65 años (cumplidos en el 2019).

Insistir en los cambios de hábitos diarios (Suprimir tabaco, cafeína, controlar el hábito, dieta...).

Revisión de los programas de actividades comunitarias.

INDICADORES

Tasa poblacional de consultas en servicios de urgencia por descompensación de la IC de mayores de 65 años.
Número de pacientes que abandonaron el hábito tabaquico.
Aumento del número de vacunación antigripal respecto al año anterior.
Calidad percibida de los pacientes con IC, tras recibir información para reconocer los signos y síntomas.

DURACIÓN

Durante el año actual de la duración del proyecto de calidad.

OBSERVACIONES

La IC es un proceso complejo y es necesario un cambio organizativo en la atención a los pacientes.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1061

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA SALUD COMUNITARIA CON DIETA MEDITERRÁNEA Y EJERCICIO FÍSICO

Fecha de entrada: 16/01/2020

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.

BARTOLOME LALANZA LUCIA
ATANCE MELENDO ESTHER
BUIL LANGARITA SUSANA
GRACIA LOPEZ CRISTINA
SAENZ LAFUENTE LAURA
GONZALEZ SANCHEZ MILAGROS
VILLANUEVA LABORDA JAIME

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se han hecho 2 grupos uno de intervención y otro de control para ello se revisaron en diciembre del 2018 todas las historias de niños entre 3 y 6 años (unas 565) pertenecientes al centro de salud de Valdefierro
-Se explicó el proyecto al consejo de salud de Valdefierro y cada 2 meses se va compartiendo el seguimiento del proyecto
-También se explicó el proyecto a todo el equipo de Valdefierro en una sesión
-Se reclutaron 34 niños y se les explicó el proyecto y se les realizaron encuestas nutricionales y antropometrías. También se les realizó una analítica de sangre.
-Tras varias renunciaciones se formaron 2 grupos de 5 niños cada uno (control/intervención)
-Se han ido haciendo controles semestrales antropométricos (peso, talla, IMC..) y analíticas de lípidos a ambos grupos de niños
-El grupo de intervención ha recibido educación intensiva sobre estilo de vida mediterránea (dieta mediterránea y promoción de la actividad física) y se les ha suministrado a las familias aceite de oliva virgen extra y pescado y que han consumido al menos 3 veces a la semana.
-Al grupo de intervención se le han impartido sesiones de actividad física adaptadas a la edad de los niños (3 sesiones semanales de 60 min de actividad moderada e intensa)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Aceptación del proyecto por las familias del barrio . Número de niños que siguen en el proyecto/niños que lo iniciaron. 10 niños continúan/34 niños iniciaron.
-La asistencia a las sesiones deportivas y de dieta mediterránea es completa.
-El proyecto en su segunda fase se ha extendido a otros centros de salud del área 3 como Bombarda y Delicias Sur. Ahora se inicia un nuevo grupo de 7 niños en Valdefierro gracias a que se han ampliado los criterios de inclusión y de que se ha realizado una captación activa en los colegios del barrio durante los meses de octubre y diciembre. Se les realizarán analítica sanguíneas, antropometrías y encuestas nutricionales en enero 2020

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La duración total del proyecto es de 10 años para controlar la antropometría y la adherencia a la dieta y el estilo de vida a largo plazo, pero el proyecto inicial de arranque es de 2 años de duración
Dadas las cifras que manejamos sobre índices de sobrepeso y obesidad vemos una prioridad el realizar desde la infancia la prevención de la obesidad, el sobrepeso y de las enfermedades cardiovasculares fomentando desde edades tempranas la dieta mediterránea y el ejercicio físico

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1061 ===== ***

Nº de registro: 1061

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA SALUD COMUNITARIA CON DIETA MEDITERRANEA Y EJERCICIO FISICO

Autores:
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, BARTOLOME LALANZA LUCIA, ATANCE MELENDO ESTHER, BUIL LANGARITA SUSANA, LOMBARDO MURILLO JOSEFA, GONZALEZ SANCHEZ MILAGROS, VILLANUEVA LABORDA JAIME

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1061

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA SALUD COMUNITARIA CON DIETA MEDITERRÁNEA Y EJERCICIO FÍSICO

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Niños normopeso de Valdefierro conal menos uno de sus progenitores obesos o con sobrepeso (IMC >25) . .EDAD.de 3 a 6 años.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La obesidad se define como un exceso de grasa corporal. Esta anomalía en la composición corporal, tiene efectos importantes para la salud, desde la infancia y tanto a corto, como medio y largo plazo. Esto es aún más probable si existe historia familiar de obesidad, obesidad en la infancia tardía o adolescencia y en la presencia de obesidad mórbida.
Para la prevención de la obesidad infantil, numerosos estudios han realizado intervenciones que tratan de aumentar la ingesta de frutas y verduras ; sin embargo otros alimentos también parecen asociarse a una disminución de la ganancia de peso. En adultos, en el estudio PREDIMED, el grupo que recibió consejos de dieta mediterránea y fue suplementado con aceite de oliva, mostró una disminución significativa de la obesidad central y de la glucosa en ayunas, en comparación al grupo que recibió consejos generales sobre alimentación, mientras que los participantes que fueron suplementados con frutos secos, mostraron también una disminución de la obesidad central

RESULTADOS ESPERADOS
Valorar, en una cohorte de niños con riesgo elevado de obesidad, si mejora tras una intervención durante la infancia y la adolescencia, considerando estilos de vida saludables basados en la promoción de un patrón de alimentación mediterránea y actividad física regular, comparada con un grupo control.
Prevenir la obesidad y riesgo cardiovascular en niños con padres con sobrepeso y obesos.
Objetivo principal : Disminuir la incidencia de obesidad tras 5 y 10 años después del inicio de la intervención
Objetivos específicos : Formar y motivar a los padres respecto a la dieta mediterránea y el ejercicio físico.
Promover y potenciar la actividad física en los los niños participantes. Estudiar las diferencias entre el grupo control y grupo intervención. Informar al Consejo de salud de valdefierro sobre el proyecto al comienzo y tras un año de inicio del proyecto.

MÉTODO
El grupo intervención recibirá educación intensiva sobre estilo de vida mediterráneo (dieta mediterránea y promoción de la actividad física) aportando a las familias aceite de oliva virgen extra y pescado, que deberá ser consumido al menos 3 veces a la semana. Se propondrán actividades físicas gratuitas adaptadas a su edad para que los niños tengan acceso a 3 sesiones semanales de 60 minutos de actividad física moderada o intensa. La adherencia a la intervención se monitorizará regularmente. El objetivo principal será la diferencia en la incidencia de obesidad entre el grupo intervención y el grupo control.
Incluir un recordatorio en la historia clínica para reforzar adherencia y continuidad al proyecto.

INDICADORES
1.-Aceptación del proyecto por las familias. Número de niños que siguen en el proyecto/ niños que lo iniciaron
2.- Asistencia a las sesiones deportivas y dieta mediterránea.
-Número de niños que asisten a actividades deportivas (media anual) /niños incluidos en proyecto
-Número de padres que acuden a formación (media anual)/ Número de padres adheridos al proyecto.

DURACIÓN
La duración total es de 10 años para controlar la antropometría y la adherencia a la dieta y el estilo de vida a largo plazo, pero el proyecto inicial de arranque de la actividad es de 2 años.
1ª hasta diciembre 2018 se buscan los casos según los criterios (ver 9 población diana)
2º se expone al plan a las familias, posteriormente se realizan antropometría y analíticas completas
3º se hacen 2 grupos casos y controles
4º durante el curso académico, se adiestra a las familias sobre dieta mediterránea, se aporta pescado y aceite de oliva cada 15 días y se lleva a cabo de ejercicio físico adaptado a la edad del niño 2-3 veces por semana.
5º Al final de cada año¹ hasta diciembre 2018 se buscan los casos según los criterios (ver 9 población diana)
2º se expone el plan a las familias, posteriormente se realizan antropometría y analíticas completas
3º se hacen 2 grupos casos y controles
4º durante el curso se adiestra a las familias sobre dieta mediterránea se aporta pescado y aceite de oliva cada 15 días y se lleva a cabo de ejercicio físico adaptado a la edad del niño 2-3 veces por semana.
5º se evalúa a final de año la adherencia al proyecto y se controlará : peso, talla, IMC y analítica de lípidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1061

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA SALUD COMUNITARIA CON DIETA MEDITERRÁNEA Y EJERCICIO FÍSICO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1248

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE MARIO BARCENA CAAMAÑO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDEFIERRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS
BARRANCO OBIS PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 3 sesiones clínicas centralizadas a las que acuden los responsables del PROA de Atención Primaria de cada Equipo de Atención Primaria:

14/03/19: infecciones respiratorias.

13/06/19: Infecciones urinarias

01/10/19: Informes de antibióticos y monitorización de indicadores.

En el Centro de Salud de Valdefierro se realizaron las siguientes sesiones

11/04/2019: Infecciones Respiratorias.

25/09/2019: Infecciones urinarias (I).

03/10/2016: Infecciones urinarias (II).

28/11/2019: Informes de antibióticos y monitorización de indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos: 100%

Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos: 93,3%; 86,6%; 93,3% y 100%

Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

-DHD antibióticos totales:

Objetivo 2019: 18,2 DHD (Mantener por debajo de la media del sector)

Resultado: 11,2 DHD (Se mantiene por debajo de la media, cumpliendo el objetivo)

-Porcentaje de envases de amoxicilina sin clavulánico:

Objetivo 2019: 52,8 % (Mantener por encima de la media del sector)

Resultado: 55,5 DHD (Se mantiene por encima de la media, cumpliendo el objetivo)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La información sobre indicadores de utilización de antibióticos ha llegado a todos los profesionales.

La asistencia a la sesiones clínicas ha sido elevada y con un adecuado grado de participación.

En el Centro de Salud de Valdefierro se mantiene la tendencia descendente de los últimos años en la tasa de consumo de antibióticos de uso sistémico, así como un aumento en el porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico. En ambos casos se obtienen unos resultados mejores que los de nuestro Sector Sanitario 3 y que los del conjunto de Aragón.

Ha quedado pendiente la sesión clínica sobre infecciones de piel y partes blandas que aparecía en los objetivos del proyecto, ya que desde el PROA del Sector se pospuso para el siguiente año, realizándose en su lugar la sesión sobre "Informes de antibióticos y monitorización de indicadores"

Los resultados obtenidos nos animan a proseguir trabajando por la mejora en la utilización adecuada de los antibióticos con el importante objetivo de ayudar al control de la grave amenaza que supone el incremento de las resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1248 ===== ***

Nº de registro: 1248

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE VALDEFIERRO

Autores:
BARCENA CAAMAÑO MARIO, BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, BARRANCO OBIS PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1248

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE VALDEFIERRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO

1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
 - Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.
 - Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 18,2 (Mantener por debajo de la media del sector)
-Porcentaje de envases de amoxicilina sin clavulánico. Objetivo 2019: 52,8 % (Mantener por encima de la media del sector)

DURACIÓN

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1349

1. TÍTULO

NUEVO SISTEMA DE GESTION DE LAS ANALITICAS (CITALAB), FASE PREANALITICA EN EL EAPS VALDEFIERRO 2019

Fecha de entrada: 30/01/2020

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.

PEDRUZO GARCIA LORETO
GONZALEZ GARCIA MILAGROS
VILLARES ANDRES ROSA ISABEL
ORTUÑO MORENO CATALINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año se realizan sesiones clínicas formativas en el EAPS. para dar a conocer el funcionamiento del nuevo modelo de recepción y gestión de las muestras que se extraen y reciben en el CS. Para su posterior envío al laboratorio del HCU en la fase preanalítica.

Para la puesta en funcionamiento del nuevo modelo de citación se realiza una Guía de usuarios, modificando la misma según se iban viendo las diferentes casuísticas de las peticiones generadas desde el EAPS. Y las peticiones que nos llegan al EAPS. desde los distintos centros sanitarios asistenciales de la red pública en Zaragoza.

En sesiones clínicas se da a conocer al EAPS. el nuevo modelo de gestión de las analíticas. Realizando un repaso del OMI. para que todo el EAPS (personal facultativo y de enfermería) sea capaz de solventar las posibles dudas de este nuevo sistema.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la fase de implementación se han establecido tres agendas, dos incluidas en el programa de extracciones (Valdefierro, Valdefierro domicilios), en ellas están incluidas todas las extracciones (sangre y muestras), que realizan los profesionales del EAPS. y salen con una fecha prefijada.

La tercera está ubicada en el sistema de OMI. -Salas- Análisis clínicos Valdefierro- y en la que se incluye especialistas tanto del CS. cómo en domicilio, Simtrones y preferentes, (citas de extracciones que hay que adelantar).

En las citas de profesionales del EAPS. Existen dos tipos de cambios de fecha:

-Adelantar- citaciones (preferentes) por orden médica.

Al entrar en el programa de extracciones y localizar al paciente (introduciendo la fecha prevista y el código), se envía la petición, imprimiendo la hoja de extracción y se cita en la agenda de OMI.

-Atrasar- En el programa Z3CITALABSALUD, una vez localizado el paciente(introduciendo la fecha prevista y el código) al poner el día que se solicita y comprobar que está disponible se adjudica la nueva fecha.

Tipos de etiquetas en la citación por especialistas:

-Etiquetas preimpresas que se pueden despegar y solamente hay que apuntar al paciente en la agenda de OMI.

-Hoja de extracciones sin etiquetas precortadas de DINA4, en ese caso hay que sacar las etiquetas preimpresas en el servicio de Admisión con el programa de etiquetas introduciendo el código de la hoja de extracción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez transcurrido un tiempo desde la implementación de este nuevo modelo se ven fortalezas y debilidades del mismo.

Puntos fuertes, no modificados.

-Mejora de la trazabilidad de las muestras extraídas y recepcionadas.

-Mejor etiquetado de los tubos de muestras.

-Menor margen de error en la utilización de los tubos de extracción de sangre.

-Implicación de la Técnico auxiliar de cuidados enfermeros, además del Equipo de Admisión, especialmente de la jefe de Equipo.

Puntos débiles modificados.

-En la fase de implementación se produce un tiempo de adaptación al nuevo modelo por parte de los profesionales y usuarios, así como también en ese tiempo coexisten peticiones nuevas y previas al nuevo modelo. En el momento actual ya este problema casi ha desaparecido tanto de especialistas como del EAP.

-Este sistema requiere confirmar el nombre del paciente en cada uno de los pasos, desde la impresión de las hojas de extracción y etiquetas, en la entrega de hojas de extracción al paciente en el momento de las extracciones y también por parte del equipo de enfermería en el momento de la extracción de sangre.

7. OBSERVACIONES.

Importante de destacar:

Desde la implementación del nuevo modelo de citación y gestión de las analíticas se viene observando un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1349

1. TÍTULO

NUEVO SISTEMA DE GESTION DE LAS ANALITICAS (CITALAB), FASE PREANALITICA EN EL EAPS VALDEFIERRO 2019

número importante de personas que por diferentes motivos no acuden a las extracciones, con el consiguiente aumento del gasto de papel, etiquetas etc.

Creemos que acuden por iniciativa propia al HCU para la realización de la extracción.

Se ha realizado un conteo de los pacientes que no acuden a realizarse la extracción y/o la entrega de muestras y se ha estimado en una media de 8/10 volantes sin procesar diariamente esto supone unos 100 volantes citados mensualmente que no acuden a sus citas establecidas, con el trastorno que ello conlleva, para el buen funcionamiento de las citaciones etc.alargando el proceso de citaciones, que se realiza de forma automática por el sistema.

También creemos que no se liberan los huecos de las extracciones realizadas por el HCU. O no todas, aumentando así el periodo de tiempo desde la petición y la extracción de las analíticas, punto este importante en el desarrollo de la actividad asistencial.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1349 ===== ***

Nº de registro: 1349

Título
NUEVO SISTEMA DE GESTION DE LAS ANALITICAS (CITALAB) FASE PREANALITICA EN ELEAPS VALDEFIERRO

Autores:
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO, PEDRUZO GARCIA LORETO, RERO GUIMERA MARIA JESUS

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: Toda tipología y personas sanas.
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: Accesibilidad y trazabilidad de las muestras.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a la implementación del nuevo modelo de citaciones CitaLab creemos necesario esta actividad, para lo cual, se realizan sesiones clínicas informativas, en el EAPS. para dar a conocer el funcionamiento del nuevo modelo de recepción y gestión de las muestras en el laboratorio del HCU en la fase preanalítica.
Con los técnicos del Sector III se realiza la puesta en funcionamiento del nuevo modelo de citaciones, haciendo necesario realizar una Guía de usuarios, modificando la misma según se iban viendo las diferentes casuísticas de las peticiones generadas desde el EAPS. y desde los diferentes servicios del HCU, del centro de especialidades Inocencio Jimenez y demás hospitales del Salud de Zaragoza.
Dada la necesidad de conocer el nuevo modelo, por parte del Equipo de Admisión, como del personal de enfermería, principalmente de la técnico auxiliar de cuidados enfermeros, es de importancia la implicación y buen hacer de este personal, dadas las dificultades del nuevo modelo.
Se realizan varias demostraciones y casos que nos aparecen en esta fase preanalítica, así como los diferentes modelos de peticiones generadas en los EAPS y Hospitales.
Para la implementación de este modelo, se ha tenido que cortar en algún momento las extracciones de sangre y recepción de las muestras, lo cual ha generado un retraso en las agendas de citación.
-En la fase de implementación se produce un tiempo de adaptación al nuevo modelo por parte de los profesionales y usuarios, así como también en ese tiempo coexisten peticiones nuevas y previas al nuevo modelo, tanto de especialistas como del EAP. con la consiguiente alteración de las agendas de citación.
-Este sistema requiere confirmar el nombre del paciente en cada uno de los pasos, desde la impresión de las hojas de extracción y etiquetas, en la entrega de hojas de extracción al paciente en el momento de las extracciones y también por parte del equipo de enfermería en el momento de la extracción de sangre.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejora de la trazabilidad de las muestras extraídas y recepcionadas.
-Mejor etiquetado de los tubos de muestras.
-Menor margen de error en la utilización de los tubos de extracción de sangre.
-Implicación de la Técnico auxiliar de cuidados enfermeros, además del Equipo de Admisión, especialmente de la jefe de Equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1349

1. TÍTULO

NUEVO SISTEMA DE GESTION DE LAS ANALITICAS (CITALAB), FASE PREANALITICA EN EL EAPS VALDEFIERRO 2019

MÉTODO

Acciones para la implementación del nuevo modelo:

Guías elaboradas para la implementación del nuevo proceso de la fase preanalítica por el Departamento de Gestión

Integrada de Proyectos Corporativos:

1-GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PETICIONES-EXTRACCIONES (A.P. y A.E.) EN LABORATORIO Z3.

2-Guía de usuario de citaLab.

3-Gestor de Peticiones (Manual Módulo de Extracción).

En la fase de implementación se han establecido tres agendas, dos incluidas en el programa de extracciones (Valdefierro, Valdefierro domicilios), en ellas están incluidas todas las extracciones (sangre y muestras), que realizan los profesionales del EAPS. y salen con una fecha prefijada.

La tercera está ubicada en el sistema de OMI. -Salas- Análisis clínicos Valdefierro- y en la que se incluye especialistas tanto del CS. cómo en domicilio, Simtrones y preferentes, (citas de extracciones que hay que adelantar).

En las citas de profesionales del EAPS. Existen dos tipos de cambios de fecha:

-Adelantar- citaciones (preferentes) por orden médica.

Al entrar en el programa de extracciones y localizar al paciente (introduciendo la fecha prevista y el código), se envía la petición, imprimiendo la hoja de extracción y se cita en la agenda de OMI.

-Atrasar- En el programa Z3CITALABSALUD, una vez localizado el paciente(introduciendo la fecha prevista y el código) al poner el día que se solicita y comprobar que está disponible se adjudica la nueva fecha.

Tipos de etiquetas en la citación por especialistas:

-Etiquetas preimpresas que se pueden pespegar y solamente hay que apuntar al paciente en la agenda de OMI.

-Hoja de extracciones sin etiquetas precortadas de DINA4, en ese caso hay que sacar las etiquetas preimpresas en el servicio de Admisión con el programa de etiquetas introduciendo el código de la hoja de extracción.

INDICADORES

Datos del Laboratorio del HCU. en la fase preanalítica.

DURACIÓN

Monitorización durante un año.

OBSERVACIONES

Documentación.

Esta debe de estar ajustada a las operaciones que se realizan con una guía básica para personas que habitualmente no utilizan el sistema.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1354

1. TÍTULO

ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

Fecha de entrada: 04/02/2020

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
GONZALEZ GARCIA MILAGROS
ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN
SOLER PARDINILLA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CONSULTA QUE SE REALIZA DE MANERA SISTEMATICA EN LA LABOR ASISTENCIAL.
FORMACION A LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SATISFACCION ALTA POR `PARTE DE LOS USUARIOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DIFICULTAD PARA CONSEGUIR LA AGENDA PROPIA DE LA CONSULTA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1354 ===== ***

Nº de registro: 1354

Título
ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

Autores:
VILLARES ANDRES ROSA ISABEL, BUIL LANGARITA SUSANA, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN, 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: PERSONAS QUE HANTENIDO PERDIDAS IMPORTANTES , NO HACE FALTA TENER`PATOLOGIA
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
AYUDAR A SU ELABORACION EN LAS MAS IMPORTANTES ES UNA OPORTUNIDAD DE MEJORAR LA SAUD Y TRABAJAR DE ALGUNA MANERA LA SALUD MENTAL DE NUESTRA POBLACION.

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1354

1. TÍTULO

ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

- DETECTAR LAS PERDIDAS IMPORTANTES
- OFRECER CONSULTA DE DUELO.
- DERIVACION DE PROFESIONALES SANITARIOS.

INDICADORES

- NUMERO DE DERIVACIONES.(REGISTRO)
- NUMERO DE CONSULTAS EN EL SEGUIMIENTO.
- ENCUESTA DE SATISFACCION

DURACIÓN

LA CONSULTA DE MANERA CONTINUADA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1457

1. TÍTULO

CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABAQUICA DE ENFERMERÍA

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN ESQUIVIAS JARAMILLO
· 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
VILLARES ANDRES ROSA ISABEL
GONZALEZ GARCIA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
42 MEDICIONES DE MONOXIDO DE CARBONO
23 DIETAS ANTITABACO
11 APLICACIONES DE ELECTROTERAPIA
13 PACIENTES CON SEGUIMIENTO ACTIVO DE DESHABITUACIÓN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 13 pacientes con seguimineto activo 2 han dejado de fumar y 12 son recaídas
3 de ellos usaron chicles de nicotina y el resto llevaron ayuda psicologica y refuerzo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Atender a estos pacientes sin farmacología ha sido una dificultad añadida.
Esperamos conseguir mejores resultados con la financiación de los nuevos fármacos.
El proyecto se llevará a cabo mejor si disponemos de medios suficientes

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1457 ===== ***

Nº de registro: 1457

Título
CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA DE ENFERMERIA

Autores:
ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN, BARRANCO OBIS PATRICIA, BUIL LANGARITA SUSANA, VILLARES ANDRES ROSA ISABEL, VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO

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: Enfermedades respiratorias
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos en la atención al Coronico Complejo, está la mejora de las reagudizaciones de la enfermedad epoc y asma así como la disminución de ingresos hospitalarios relacionados con el tema.
El año pasado se instauró una consulta de enfermería, que en principio ha llevado casos aislados de consultas varias y de otras derivaciones que se captaron de una campaña activa que se hizo frente a gripe y tabaco.
Para dar continuidad y forma a la consulta de enfermería es necesario seguir trabajando en este tema

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de la farmacología frente al tabaco así como la promoción y prevención de estilos de vida saludables.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1457

1. TÍTULO

CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABAQUICA DE ENFERMERÍA

MÉTODO

Promover el uso adecuado de los farmacos prescritos frente al deshabituación tabaquica.
Promover estilos de vida sana (dieta, relajación mediciones de monoxido de carbono y pruebas diagnósticas de acuerdo alas necesidades del paciente).
Seguimiento del paciente en domicilio.

INDICADORES

% de pacientes que reciben información en consulta de enfermería de deshabituación tabaquica.
Reducción del cosumo tabaquico en el 15% de los pacientes en consulta durante el 2019

DURACIÓN

junio-septiembre. Monitorización de indicadores
junio-septiembre sesiones en el equipo sobre resolución de Conflictos en la consulta de deshabituación tabaquica

OBSERVACIONES

la consulta de enfermería de deshabituación tabaquica estará siempre supeditada al consenso del equipo de A. primaria de Valdefierro

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

Fecha de entrada: 15/03/2019

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
ZUECO OLIVAN GEMMA
CASTAN RUIZ SILVIA
SERRANO PERIS DIANA
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROYECTO

1. Consejo de salud de Sector: Acta 3/18 (30 enero 18)
2. Reuniones con cada EAP para exposición del CP y ACG 2018 (se adjuntará cronograma de reuniones)

B. CAMBIOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. CAMBIOS OFERTA SERVICIOS

Actividades: Objetivo: Vía clínica Y Consulta monográfica (agendas...)

1. Acta 5 Junio 2018: Reunión con Juan Pérez (Jefe Medicina Interna) Seminario 8.00. Se plantea inicialmente el proyecto de AP, y se insta a la colaboración en términos de formación a AP.
2. Acta 2 Junio 2018 Viernes, Cebollada HCU . Reunión con el nuevo Jefe de Servicio de MI para retomar lo previamente hablado con el anterior Jefe de MI.
3. 26 septiembre 2018 miércoles Cebollada, HCU. Nueva reunión tras el periodo de verano y cerrar los detalles y gestión de la formación que se realizará.
4. Nombramiento de 2 referentes médicos y enfermeros para liderar la implementación en el sector. Mayo 2018
5. Formación integral de los referentes en las consultas de insuficiencia cardiaca del HCU. Fecha fijada abril.
6. 22 enero 19 de 10-11h: reunión con Lola del Pino (Jefe Unidad Admisión), para solicitar datos de alta con diagnóstico de ICC 8CMBD) reagudizada en el año 2017 para ver situación de partida en el Sector y datos de año posterior para comparación (comparación diagnósticos CMBD I50.1, I50.20,I50.21, I50,22, I50.23, I50.32, I50.33, I50.40, I50.9) .

C. FORMACIÓN ICC

1. Lunes 18 Junio 12-15 h: Taller de formación "Papel de la enfermería en la Gestión de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca". Ponente: Raúl Juárez
2. Realización de sesiones clínicas y casos en los EAPs por parte del internista referente en cada uno de ellos.

D. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN IC. RESPONSABLE Sº DE FARMACIA DE AP

Para facilitar la revisión de los tratamientos farmacológicos se han realizado las siguientes actuaciones:

- Remisión a todos los profesionales de los EAP del listado de todos los pacientes crónicos complejos con Insuficiencia Cardíaca (procedente de la extracción de la Dirección General de Asistencia Sanitaria con fecha 30/06/2018) con la relación de medicamentos dispensados a estos pacientes (encriptado)
- Remisión de Información que ayude a la revisión de los tratamientos "Boletín Terapéutico Andaluz (CADIME): Insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria". que incluye el algoritmo de tratamiento y una tabla con los fármacos no recomendados o desaconsejados en IC-FEVR
- Inclusión de información de apoyo para médic@s de familia y enfermer@s sobre Insuficiencia Cardíaca en nuestra intranet, en Cartera Serv-Protocolos /Directrices Clínicas de Sector/INSUFICIENCIA CARDIACA:
 - ? Guía de atención enfermera (Junta de Andalucía-2017)
 - ? Insuficiencia cardíaca crónica (CADIME-2016)
 - ? Proceso Asistencial Integrado (Junta de Andalucía-2012)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: N° EAPs con algún tipo de actividad comunitaria en el contexto de IC. 14 EAPs han realizado una actividad comunitaria en relación a la IC.
2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente N° Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD. Pendiente de recoger datos CMBD solicitado a HCU. 2,6%
3. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Pendiente de datos de la extracción
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Pendiente de datos de la extracción.
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: N° de pacientes polimedcados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
Este indicador no ha podido medirse de OMI, porque se ha modificado el registro con motivo del PCC, por lo que no se puede realizar la extracción.
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. % pacientes en tratamiento con calcio-antagonistas (C08): 19,78%
- 7 Porcentaje de pacientes crónicos complejos con insuficiencia cardíaca en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. %Pacientes en tratamiento con betabloqueantes (C07): 45,09%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dificultades encontradas:

- Sistemas de información y extracción de datos: no tenemos capacidad técnica para realizar las extracciones de OMI, suponiendo esto una labor de solicitud a servicios de informática externos y en ocasiones accesibilidad complicada.
- Falta de coordinación muy difícil con el servicio de Medicina Interna por causas internas del propio Servicio.

Oportunidades:

- Mejora del sistema de información de la HC recogiendo variables de interés en el proceso de atención a la IC.
- Definición de vías clínicas de atención a la IC entre diferentes ámbitos sanitarios.

Todavía falta parte importante del desarrollo e implementación del proyecto, previstos para el 2019

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/52 ===== ***

Nº de registro: 0052

Título
CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

Autores:
LAFITA MAINZ SERGIO, SARASA BELLOSTA CRISTINA, ROYO SARTO ANGEL, ZUECO OLIVAN GEMMA, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC. La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

implementación de GPC, y aumento de la resolutiveidad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: como capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso.
En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a, la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a, la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO

1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2. Cambios en la oferta de servicios: definición de una consulta monográfica, modificación agendas OMI, incorporación plantilla autocuidados.
3. Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.
5. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAPs, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona y de sector.

INDICADORES

1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: N° EAPs con algún tipo de actividad comunitaria en el contexto de IC. Objetivo: al menos 7 . Fuente de datos: registro actividades comunitarias de los centros
2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente N° Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócica respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: N° de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN

Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

1. Cambios práctica clínica: GPC/Vía clínica: Valoración y adecuación hasta junio 2018.
2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados: Enero-junio 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. marzo-diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAPs, MI, Consejos de Salud Zona y sector. Reunión EAPs periodo firma de AG. Comunicación MI en todo el periodo del proyecto. Comunicación con Consejos de Salud según reuniones planificadas.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

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 - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

Fecha de entrada: 31/01/2020

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
ZUECO OLIVAN GEMMA
CASTAN RUIZ SILVIA
SERRANO PERIS DIANA
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROYECTO: Responsable Director Médico y Directora Enfermería

1. Consejo de salud de Sector: Acta 1/19 (16 mayo 2019)
2. Reuniones con cada EAP para exposición del CP y ACG 2019 (se adjuntará cronograma de reuniones epiware)
3. 16 mayo: Reunión en Sala Avempace con los EAPs del Sector para tratar varios temas. Daniel Escribano presenta continuidad del proyecto.
4. Mayo 19: Se incluye en laboratorio OMI, Péptido natriurético, solicitado por los profesionales.

B. REUNIONES CON FORMADORES DE IC EN EL SECTOR: Responsables DAP, Servicio de Farmacia y Técnico de Salud
22 de Marzo de 2019: Reunión con Rodrigo Córdoba (médico de Delicias Sur) y Daniel Escribano (Oliver) para sentar las bases de seguimiento y formación en el sector. Valoramos pautas a seguir y diferentes presentaciones ya preparadas por ellos

C. UNIDAD ADMISIÓN: Responsable Subdirección médica

10 enero 8,30h: reunión con Lola del Pino (Jefe Unidad Admisión), que nos aportó los datos de CMBD para evaluar uno de los indicadores del proyecto "Reducción del N° de ingresos urgentes con reagudización de Insuficiencia Cardíaca"

Para el cálculo se tuvieron en cuenta el primer diagnóstico al alta con los CÓDIGOS CIE-10-ES: I50, I09.81

D. FORMACIÓN ICC: responsable Técnico Salud

Formación programada por la DAP con formadores propios (Rodrigo Córdoba y Daniel Escribano): las sesiones de formación realizadas han sido:

EAP	FECHA	HORA	Formador
Miralbueno	19 nov	14	R Córdoba
Cariñena	19 nov	11	R Córdoba
Valdefierro	27 nov	10	R Córdoba
Epila	26 nov	10	R Córdoba
Tarazona	14 nov	14	D Escribano
Casetas	5 nov	13	D Escribano
Tauste	11 nov	9	D Escribano
María Huerva	11 julio		R Córdoba

Seminario (varios EAPS) 21 nov 10 D Escribano

Además en todos los EAPs se ha recogido la realización de una sesión clínica de IC.

El objetivo de las sesiones además del componente formativo ha sido exponer el seguimiento del proyecto así como las dificultades encontradas.

E. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN IC. Responsable S° de Farmacia de AP

Para facilitar la revisión de los tratamientos farmacológicos por parte de medicina y datos de control de peso, TA, para personal de enfermería se han realizado las siguientes actuaciones:

- Remisión a todos los profesionales de los EAP del listado de todos los pacientes crónicos complejos con Insuficiencia Cardíaca (procedente de la extracción de la Dirección General de Asistencia Sanitaria con fecha 30/06/2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: N° EAPs con algún tipo de actividad comunitaria en el contexto de IC. 11 EAPs (Casetas, Delicias N, Delicias S, Oliver, Miralbueno, Borja, Ejea, Valdefierro, Tauste, Cariñena, Alagón)
2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente N° Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD. Reducción 8%
3. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Error en extracción datos por parte del S° Informática HCU (nos enviarán de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

nuevo la extracción del dato)

4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Presión arterial 100%, Control peso 87,84% OBJ 80%, Perímetro abdominal 34,20% OBJ 50%

5. Reducción de tratamientos desaconsejados en IC por mayor riesgo de descompensación, empeoramiento o problemas de seguridad (BTA 2016; 31(4): 28-45. <http://dx.doi.org/10.11119/BTA2016-31-04>): OBJ Reducción 2%: Resultado: Reducción 2,40%. (dato: 14,54%)

6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. % pacientes en tratamiento con calcio-antagonistas (C08): OBJ <20 Resultado: 16,91%

7. Porcentaje de pacientes crónicos complejos con insuficiencia cardíaca en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. %Pacientes en tratamiento con betabloqueantes (C07): OBJ > 45% Resultado 44,56%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto de mejora ha proporcionado inicialmente una visión global de nuestro mapa de IC en el sector, cómo se está haciendo la asistencia a la IC en el Sector valorando variables sencillas con objeto de mejorar el proceso. Los protagonistas principales para conseguir mejoras en la calidad de la asistencia prestada y un uso racional de los recursos sanitarios son los propios profesionales, por lo que todas las iniciativas en este campo deben de implicarlos necesariamente, por lo cual trasladar el proyecto a proyectos de EAPs ha sido la estrategia más adecuada.

El liderazgo de la formación por parte de profesionales clínicos de AP, dos referentes en el tema de IC, ha proporcionado una visión práctica y ajustada a lo que es necesario en este primer ámbito sanitario, tanto en enfermería como en medicina.

Consideramos que el objetivo en nuestros EAPs se ha cumplido, si bien hay criterios mejorables como registro de perímetro abdominal y control de peso. Esto podría estar justificado porque valores de registro individual del propio paciente no han sido trasladados a la Historia Clínica y por tanto no recogidos en OMI. Nos queda pendiente la interrelación con especializada, que por diferentes circunstancias no ha cumplido las expectativas del proyecto.

Como debilidad del proyecto y es una constante repetida en todo ellos, es la dificultad y la falta de autonomía para la extracción de datos, que nos impide el estrecho seguimiento cuantitativo y desagregado por EAP de los indicadores.

El proyecto debe ser sostenible per sé, en cuanto se trata de un proceso clínico muy prevalente en las consultas de AP y no cabe si no la posibilidad de mejorar aspectos que no se han contemplado en el proyecto porque no era el objetivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/52 ===== ***

Nº de registro: 0052

Título
CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

Autores:
LAFITA MAINZ SERGIO, SARASA BELLOSTA CRISTINA, ROYO SARTO ANGEL, ZUECO OLIVAN GEMMA, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC. La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregan en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutiveidad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: ¿somos capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso.
En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a, la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a, la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO

1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2. Cambios en la oferta de servicios: definición de una consulta monográfica, modificación agendas OMI, incorporación plantilla autocuidados.
3. Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.
5. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAPs, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona y de sector.

INDICADORES

1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: N° EAPs con algún tipo de actividad comunitaria en el contexto de IC. Objetivo: al menos 7 . Fuente de datos: registro actividades comunitarias de los centros
2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente N° Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócica respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: N° de pacientes polimedcados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN

Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

1. Cambios práctica clínica: GPC/Vía clínica: Valoración y adecuación hasta junio 2018.
2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados: Enero-junio 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. marzo-diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAPs, MI, Consejos de Salud Zona y sector. Reunión EAPs periodo firma de AG. Comunicación MI en todo el periodo del proyecto. Comunicación con Consejos de Salud según reuniones planificadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

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 - 2018/0064

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZAIII

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE DIANA SERRANO PERIS
· 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
ROYO SARTO ANGEL
CASTAN RUIZ SILVIA
SARASA BELLOSTA CRISTINA
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS
NUÑEZ TOBOSO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los directivos de la Dirección de Atención Primaria y los profesionales técnicos de la misma:
Abril: Presentación del proyecto a los coordinadores y responsables de enfermería trasladado a los EAPs a través de los Acuerdos de Gestión. En las visitas a los EAPs se ha informado del mismo. La evaluación de los proyectos de los equipos constituirá la evaluación completa de este proyecto.
Abril a septiembre, se ha trabajado en el consenso de los contenidos del carro de parada con los responsables del sector I y II, y con profesionales del 061.
Febrero a septiembre se ha adquirido y dotado de carro de paradas adecuado a 10 de los EAPs, que no lo tenían.
Junio a noviembre se ha diseñado un tríptico, sobre el uso racional de los recursos de la atención urgente para población.
Noviembre, reunión con la Jefe de servicios de Urgencias para identificar áreas de mejora en el área de urgencias.
Noviembre, se han identificado algunos procesos significativos de atención urgente: Código Ictus, código infarto, soporte vital avanzado en adultos y pediatría, parada cardiaca ritmo desfibrilable y no desfibrilable. Se han remitido los algoritmos de estos procesos a todos los equipos, para su exposición en la sala de urgencias.
Noviembre se ha realizado un curso de atención al parto, considerado como un evento de atención urgente cuando debe ser atendido de forma inminente en los centros rurales.
De abril a noviembre se han desarrollado 7 cursos de formación en RCP promovidos desde la DAP, facilitando el apoyo con material docente a los EAPs que han desarrollado sus propias sesiones formativas.
De enero a diciembre, se han visitado la totalidad de los centros supervisando la sala de urgencias y otras significativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Señalar el resultado alcanzado y su relación con el standard marcado. Indicar el impacto del proyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención.
Número total de carros correctamente organizados/número total de carros de parada. = 15 / 18 = 83'5 %.
Profesionales que han tenido acceso a formación en RCP organizada desde la dirección en los tres últimos tres años = 421/528 =81,3 %.
Esta información podrá complementarse tras la evaluación de los proyectos de los EAPs ya que se incluye este apartado.
% de salas con algoritmos
22/22 = 100 %.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El tema de urgencias es un tema sensible en relación a la seguridad de los EAPs. Los profesionales son muy receptivos. Es necesario mantener y estimular la formación en este tema de forma continuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/64 ===== ***

Nº de registro: 0064

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZA III

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0064

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZAIII

SARASA BELLOSTA CRISTINA, LAFITA MAINZ SERGIO, ROYO SARTO ANGEL, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS, NUÑEZ TOBOSO MARIA ANGELES

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: Atención Urgente
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP. Razones:
Variabilidad en los criterios de atención urgente
Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
Disparidad de recursos en Urgencias (Botiquín, maletín de urgencias, carro de paradas), en algunos casos incluso carencia de un carro de paradas adecuado para el transporte y el soporte de la medicación y recursos de atención.
Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador, etc.
Inexistencia en algunos casos de procesos de mantenimiento explícito y controlado de gestión intracentro del los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

RESULTADOS ESPERADOS

Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
Evitar las demoras en la atención urgente a través de que EAPs del sector tengan un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro.
Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención urgente tanto en la zona rural como en la urbana para racionalizar el uso de la misma.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO

Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias. Se está intentando unificarlo a nivel del sector I, II y III.
Proporcionar a los profesionales de los EAPs una matriz para que definan (en el caso de que no exista) el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente (en los centros y en los que existe más de un profesional). Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles
Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente.

Recopilar y distribuir entre los EAPs documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.
Diseñar y distribuir para los EAPs rurales un tríptico informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada.
Diseñar y distribuir la información del uso más adecuado de las urgencias extrahospitalarias en los centros de salud urbanos.
Revisión anual presencial de las salas de urgencias para la evaluación de las mismas
Incluir en el acuerdo de gestión de los EAPs la realización de las sesiones auto formativas relativas a urgencias y RCP que se considere adecuado en cada centro.
Organización de al menos cinco cursos de RCP.

INDICADORES

Que el 85 % de los EAPs tengan un carro de paradas con la organización estandarizada. (Se excluyen aquellos que tienen "camareras y otros recursos no adecuados)
Indicador : Número de carros correctamente organizados/ numero total de carros de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0064

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZAI

paradas.

Fuente de información: informe del centro y/o visita al EAP.

Que el 90 % de los EAPs del sector tengan un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)

Indicador: Número de centros con procedimiento explicito/ numero total de centros

Objetivo 80%

FI: informe del centro y/o visita al EAP

Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..

Objetivo 80%

FI: informe del centro actas firmadas

Número total de profesionales del sector que han participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector

Objetivo 80%

FI: informe del centro actas firmadas

Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines

Objetivo 80%

FI: informe del centro y/o visita al EAP

Que el 90 % de las salas de urgencias estén dotados con los algoritmos remitidos.

FI: informe del centro y/o visita al EAP

Que el 90 % de los EAPs rurales hayan diseñado y distribuido sus documentos con indicaciones de uso. (FI existencia de documento)

Revisión presencial de la menos el 90 % de los EAPs.

Numero de EAPs visitados / número de EAPs del sector.

FI actas de visita.

Número de cursos realizados/ numero de cursos previstos

DURACIÓN

De febrero a diciembre de 2018. Se prevee la continuación hasta la total desarrollo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1319

1. TÍTULO

DERMAP/DERMATOAP

Fecha de entrada: 28/01/2020

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 MANUEL
CASTAN RUIZ SILVIA
ZUECO OLIVAN GEMMA
SERRANO PERIS GLORIA DIANA
AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROYECTO

1. Reunión con Coordinadores de Centro y de Enfermería, así como responsables de Calidad: 16/05/2019
2. Reuniones con cada EAP para exposición del CP y ACG 2019
3. Consejo de salud de Sector: 16/12/2019

B. REUNIONES CON ESPECIALIZADA. RESPONSABLE DAP

1. 12/4/19 Reunión Dirección AP, Dirección AE y Jefe de Servicio de Dermatología. Se plantea inicialmente el proyecto de AP, y se insta a la colaboración en términos de formación a AP y de instauración del circuito de Tele-Dermatología.
2. Entre esa inicial toma de contacto y la etapa final de entrega del teledermatoscopio se sucedieron múltiples encuentros de la DAP con dermatología y con la Dirección de gestión para definir y llevar a cabo los pasos necesarios para el desarrollo de la actividad, así como la configuración de los equipamientos, habilitación de permisos, etc... Así como con los MF encargados de la implementación y desarrollo del proceso en los centros.
3. 11/7/19 Reunión Dirección AP, Dirección AE, Jefe de Servicio de Dermatología y Médicos de Familia encargados de la implementación del proyecto. Se realiza una sesión formativa para explicar el manejo del teledermatoscopio y consensuar el circuito de derivación.

C. FORMACIÓN

1. Formación en Dermatología y en Dermatoscopia organizada por la DAP centralizada: se ofertaron 20 plazas de formación de las cuales completaron el curso 14 profesionales de diversos EAPs.
2. Formación en Dermatología y en Dermatoscopia organizada por la DAP en los EAPs: Entre finales de 2018 y 2019 se han llevado a cabo diferentes jornadas formativas en varios centros de salud (Delicias Sur, Valdefierro, Tarazona, Tauste, Épila, Alagón, Cariñena). Con todo ello se ha alcanzado a formar a un total de 73 profesionales.
3. Realización de sesiones clínicas y casos en los EAPs por parte de los profesionales de los EAP.

D. OFERTA DE SERVICIOS

- Han sido adquiridos 7 dermatoscopios con incorporación de cámara y se ha instaurado de forma coordinada con la Dirección de Gestión y con Atención Especializada un circuito de derivación intracentro a una consulta específica de dermatología AP donde en algunos casos se efectuaba la captura de la imagen para visionado y valoración de las imágenes obtenidas por parte de un profesional de Dermatología.
- El circuito de TeleDermatología se instauró en julio 2019 entre el servicio de Dermatología y los Centros de Salud de Delicias Sur, Tarazona, Épila, Alagón, Cariñena, La Almunia y Universitas y desde entonces se han llevado a cabo 106 actos de dermatoscopia con captura de imagen y derivación para valoración de la imagen obtenida por Dermatología.
- Se han extendido las consultas de Cirugía Menor a 21 (de los 22 centros del Sector) y se han creado 8 consultas de dermatoscopia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. En relación al objetivo fundamental del proyecto, disminuir la incertidumbre diagnóstica y la variabilidad en el manejo de las lesiones cutáneas en AP, consideramos que mediante el esfuerzo formativo llevado a cabo, así como con la implantación de la Dermatoscopia y la Tele-Dermatología en aquellos EAP en los que ha sido posible instaurarla, se ha conseguido un avance cuya envergadura es prematuro evaluar.
2. Sí hemos sido capaces de mejorar la relación e interconsulta entre AP y Dermatología, como así hemos podido constatar subjetivamente en reuniones mantenidas tanto con la Jefatura de Servicio de Dermatología como con los Coordinadores de los EAPs.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1319

1. TÍTULO

DERMAP/DERMATOAP

3. El número de equipos con dotación de dermatoscopio es de 9: Alagón, Cariñena, Delicias Sur, Épila, La Almunia, Tarazona y Univérsitas son tele-dermatoscopios y Valdefierro y Tauste son dermatoscopios. Esto supone el 40,9% de los Centros, alcanzando así el estándar propuesto en el indicador.
4. Existen 21 consultas monográficas de Cirugía Menor y 8 de Dermatoscopia, lo que supone superar el objetivo de 14 consultas monográficas de Cirugía Menor/dermatoscopia/dermatología.
5. Se ha obtenido mediante encuesta un grado de satisfacción con el programa de 9,35 expresado por el 70% de los participantes.
6. Se han derivado en 2019 un total de 106 lesiones pigmentadas con tele/dermatoscopia para valoración por Dermatología (fuente HCE).
7. En relación al indicador planteado de un descenso de un 2% de las lesiones pigmentadas derivadas a Dermatología desde AP, hemos de señalar que no solamente no se ha producido, sino que se ha incrementado en 198 el número de derivaciones respecto al año anterior (un 5,4%). Probablemente sea demasiado pronto para evaluar este proyecto, dado que al inicio de una nueva actividad se suele producir un "efecto llamada". Dado que no se ha conseguido llegar a todos los centros por dificultades presupuestarias y que hasta julio no se instauró el proceso, nos proponemos con la continuación del proyecto medir este indicador, pero no valorarlo.
8. En cuanto al aumento de derivación de lesiones extirpadas mediante cirugía menor, nos proponíamos aumentar en un 5%. No nos ha sido posible la obtención del dato dado que la persona encargada de facilitárnoslo desde el servicio de Anatomía Patológica se ha trasladado y no existe continuación en el registro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pese a que la valoración final se efectuará en la memoria de 2020, dado que este proyecto se prolongará en el tiempo para tratar de hacerlo extensivo a aquellos EAP a los que no ha sido posible todavía, las conclusiones iniciales son:

- Los profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria se encuentran de forma general altamente motivados para llevar a cabo ampliaciones competenciales y adquisición de nuevas destrezas. Lo hemos comprobado anteriormente (retinografía, ecografía, cirugía menor) y se ha vuelto a corroborar cuando hemos sido nosotros los que hemos respondido a sus demandas quedándonos, incluso, cortos.
- Pese a ello, no todos los profesionales ni los centros responden de la misma manera y no siempre se correlaciona con la presión asistencial sufrida. Se ha de hacer un esfuerzo mucho mayor en aquellos equipos en los que el programa ha quedado estancado.
- Los indicadores planteados en inicio no siempre se corresponden con la realidad, ni se corresponden con la satisfacción de las partes implicadas. En este caso ha resultado muy satisfactorio tanto para AP como para AE.
- Para extender una determinada acción estratégica no siempre es suficiente con la voluntad decidida: es necesaria una asignación presupuestaria suficiente.

Dado que no se ha conseguido adquirir la tecnología necesaria para llegar a todos los centros por dificultades presupuestarias y que hasta julio no se instauró el proceso, nos proponemos la continuación del proyecto con el fin de alcanzar un mayor cumplimiento de los objetivos planeados y un mayor alcance poblacional, dado que algunos grandes centros (Tarazona, Univérsitas, pese a tener el equipamiento, no han avanzado por dificultades internas que desde la DAP nos proponemos tratar de corregir.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1319 ===== ***

Nº de registro: 1319

Título
DERMAP / DERMATOAP

Autores:
LAFITA MAINZ SERGIO, ROYO SARTO ANGEL, SARASA BELLOSTA CRISTINA, ZUECO OLIVAN GEMMA, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1319

1. TÍTULO

DERMAP/DERMATOAP

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.

La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal:

Disminuir la incertidumbre diagnóstica y la variabilidad en el manejo de lesiones cutáneas en AP

Objetivos secundarios:

Mejorar la relación e interconsulta entre Ap y dermatología

Introducción del manejo de la dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia.

Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas.

Fuente de información servicio de AP: lesiones pigmentadas derivadas en 2019/2018...Disminución de 2%

Aumentar la intervención quirúrgica menor en lesiones subsidiarias de la misma.

MÉTODO

Formación en medicina de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio.

Creación de grupos de trabajo AP-AE con la elaboración de protocolos comunes.

Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.

Se consensará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....).

Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).

INDICADORES

Dotación de dermatoscopio en al menos 40% de los equipos de AP.

Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas dermatológicas al año (superior al 60% de los profesionales médicos). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.

Mejoría en el manejo de las lesiones y en la derivación al recurso más adecuado. Método de evaluación: encuesta a los profesionales.

Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%). Fuente de información: audit historias.

Aumento de un 5% en derivación para biopsia de lesiones cutáneas desde AP.

Número de consultas monográficas de dermatología/dermatoscopia/cirugía menor. Igual o mayor de 14.

Lesiones pigmentadas derivadas en 2019/2018...Disminución de 2%

DURACIÓN

Formación de los profesionales responsables: primer semestre 2019

Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: primer semestre 2019

Elaboración de sesión consenso patologías banales: segundo-tercer trimestre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1322

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA SARASA BELLOSTA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZUECO OLIVAN GEMMA
LAFITA MAINZ SERGIO
ROYO SARTO ANGEL MANUEL
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS
SERRANO PERIS GLORIA DIANA
AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES
CASTAN RUIZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS

Indicar las actividades realizadas:

En la presentación del Contrato programa, en las reuniones con los coordinadores de los centros se ha explicado la estrategia.

Y en la firma individualizada con cada Centro de salud, del Acuerdo de Gestión, se ha reiterado y analizado la situación de cada uno.

Se ha analizado el indicador propuesto y se han impulsado áreas de mejora con los profesionales. Se han realizado sesiones de una de las patologías prevalentes en el paciente crónico complejo, la insuficiencia cardiaca (es otro de los proyectos del contrato programa). En todos los equipos y con la asistencia del 90% de los profesionales.

Indicar si se ha elaborado algún tipo de material para desarrollar el proyecto.

- Tras la explicación, se ha facilitado la presentación de la estrategia para uso de los centros y los profesionales, en cada centro se ha realizado la sesión correspondiente.
- Se han enviado los listados de los pacientes y se ha comprobado la recepción de los mismos y recordado la inclusión.
- Se han remitido los datos obtenidos sobre los indicadores propuestos por el Servicio Aragonés de Salud. Cumplimiento del calendario marcado y recursos empleados.

Describir las acciones realizadas de cara a comunicar a profesionales y pacientes el proyecto y sus resultados.

Se ha cumplido el objetivo de realizar sesiones en los centros.

Además de las sesiones realizadas en los centros de salud, se han realizado sesiones conjuntas, con profesionales de los diferentes centros de salud, representantes de la estrategia del departamento y del hospital de referencia.

- 17 de diciembre de 2018
- 12 de marzo de 2019
- 25 de septiembre de 2019

Finalidad de las sesiones:

La primera sesión realizada a finales de 2018 consistía en establecer la continuidad del proyecto, iniciar desde el inicio del 2019.

Las siguientes sesiones:

Reiterar la exposición de la estrategia para que los profesionales tuviesen la oportunidad de plantear todas aquellas cuestiones que reiteradamente nos han ido transmitiendo.

Realizar una aproximación entre ambos niveles asistenciales:

- o La coordinación entre los centros de salud y el servicio de Medicina interna está establecida en algunos centros de salud.
- o Se insistió en la pertinencia y efectividad de contar con un referente de medicina interna en cada centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS ALCANZADOS

Señalar el resultado alcanzado y su relación con el standard marcado.

Con todas las actuaciones realizadas desde la Dirección se tiene una visión real de:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1322

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Las circunstancias y dificultades
- El grado de implantación.

En todos los planteamientos de base, era importante que se pudiera constatar la forma de trabajo y el objetivo a alcanzar con las herramientas puestas a disposición de los profesionales (sistemas de registro).

Todos los profesionales conocen la estrategia

Todos los profesionales han valorado la situación respecto a la misma: dotación, herramientas, continuidad asistencial, referencia y comunicación con el hospital, concretamente con el servicio de Medicina interna. Indicar el impacto del proyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención.

En todos los centros (100%) se ha constatado que la actuación seguida por los profesionales estaba encaminada a conseguir los siguientes objetivos:

Orientar la organización de forma activa para identificar y dar respuesta a las necesidades de cuidados de los pacientes crónicos complejos y sus cuidadores.

Garantizar la accesibilidad y la continuidad asistencial, para evitar la actual fragmentación de responsabilidades, posibilitando una mejora real del proceso.

Intervenir oportunamente en el proceso de la enfermedad y disminuir la variabilidad clínica mediante el establecimiento de normas consensuadas de actuación que permitan dar respuesta a las necesidades del paciente en cada momento.

Mejorar la calidad de vida y la autonomía de este tipo de pacientes.

Mejorar la seguridad de la atención y disminuir la iatrogenia en la atención a estos pacientes.

Disminuir el número de ingresos por paciente, disminuir el número de asistencias en urgencias de los pacientes.

Disminuir el número de pacientes con fármacos de eficacia no probada o contraindicados en este tipo de pacientes.

Disminuir el número de pacientes polimedicados.

La forma de realizar el trabajo va en la línea de los objetivos de la estrategia, pero se está teniendo mayor dificultad en la utilización de las herramientas (OMI) que se han propuesto.

Los objetivos específicos:

Realizar sesiones para abordar las patologías y sus descompensaciones.

- Se han realizado sesiones en todos los equipos de las patologías más prevalentes, entre ellas la insuficiencia cardiaca que además es uno de los proyectos del contrato programa, la asistencia fue del 90% de los profesionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LECCIONES APRENDIDAS: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se ha implantado la estrategia en los centros (todos los profesionales la conocen: objetivos, expectativas, herramientas y recursos).
- Se dispone de la información relevante de cada equipo para el desarrollo de la estrategia: recursos materiales, humanos y herramientas (registros).

Recomendaciones:

- Planificación de la realización de un seguimiento periódico de la implantación de la estrategia.
- Realizar una valoración para ver el nivel de implementación alcanzado.

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.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1322

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.

Mejorar la herramienta informática que recoge el plan de intervención, con el objeto de aumentar la adhesión al registro por parte de los profesionales.

Estamos ante una estrategia importante y pertinente en cuanto a resultados en salud y desde el equipo de mejora vamos a seguir actuando e incidiendo en su implantación.

Indicadores obtenidos:

Porcentaje de pacientes de la población diana (GMA = 97) que se han incluido en el programa.

A fecha de junio de 2019, un 11, 8%.

Se ha incrementado considerablemente respecto al dato de 2018 que era de un 3%.

Es un proyecto que está en la línea de la estrategia impulsada por el departamento. Actualmente nos hallamos en la fase inicial del proyecto, pero dada la pertinencia del mismo, vamos a continuar hasta lograr la implantación efectiva.

El proyecto va a estar incluido en el Contrato Programa 2020. Para un mejor control de desarrollo, se ha solicitado al Departamento que en el cuadro de mandos, se puedan ver tanto los pacientes incluidos como los pacientes incluidos a los se les ha realizado el plan de intervención.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1322 ===== ***

Nº de registro: 1322

Título
PROCESO DE ATENCION A LOS PACIENTES CRONICO COMPLEJOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
SARASA BELLOSTA CRISTINA, ZUECO OLIVAN GEMMA, LAFITA MAINZ SERGIO, ROYO SARTO ANGEL, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES, CASTAN RUIZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA CRÓNICA AP
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- Continuidad asistencial
- Selección a los pacientes con más necesidades
- Responsabilizar y capacitar a los médicos y enfermeras de atención primaria
- Integración de la historia clínica
- Decisiones compartidas.
- Involucrar al cuidador
- Atención integral en los equipos (física, mental, social)

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar y detectar lo antes posible la descompensación de la situación clínica del paciente o de la situación familiar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1322

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

El equipo de atención primaria realizará el seguimiento de estos pacientes de forma programada y/o a demanda, ante comunicaciones del paciente/cuidador por posibles cambios en los signos o síntomas guías.

Objetivos generales:

- Orientar la organización para dar respuesta a las necesidades de los PCC y sus cuidadores
- Garantizar la accesibilidad y la continuidad asistencial
- Intervenir oportunamente en el proceso de la enfermedad y disminuir la variabilidad clínica mediante el establecimiento de normas consensuadas de actuación
- Mejorar la calidad de vida y autonomía de este tipo de pacientes.
- Mejorar la seguridad de la atención y disminuir la iatrogenia
- Revisar la medicación potencialmente inapropiada o contraindicada en estos pacientes.
- Disminuir el nº de ingresos y de asistencia a urgencias de estos pacientes

Objetivos específicos::

- A- Identificación, valoración y seguimiento del paciente. Incremento de pacientes incorporados al programa del PCC respecto al año anterior.
- B- Atención a las descompensaciones.
- C- Medición de indicadores base.

MÉTODO

Realizar sesiones para abordar las patologías y sus descompensaciones.

Establecer circuitos dentro del equipo para la atención del PCC.

Información/formación a los pacientes: plan de acogida y circuito.

Información/Formación a los cuidadores.

Pacientes en soledad.

INDICADORES

- Incremento de pacientes incorporados al programa del PCC respecto al año anterior. Incremento de al menos 55% de los pacientes incluidos en el programa crónico complejo (19-18) /18.
- Número de sesiones clínicas realizadas para abordar las patologías y sus descompensaciones. Superior a 30.
- Número de pacientes que acceden a la unidad por unidad de tiempo (mes).
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas (Superior al 50%).

DURACIÓN

Formación de los profesionales responsables: primer semestre 2019

Inclusión de los pacientes

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1364

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA TRAMITACIÓN DE TRASLADO EN AMBULANCIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN PESCADOR YAGÜE
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRAJ GARCIA NIEVES
ELHOMBRE MONTAÑES PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Análisis de los principales errores en la cumplimentación de la solicitud de traslado en ambulancia tratamientos no periódicos.
Los errores más frecuentes detectados han sido:
Confusión en conceptos que diferencian entre traslado colectivo y traslado individual.
Error en los datos del traslado que hacen referencia al origen y destino.
No coincidencia de los datos del domicilio del paciente con BDU (Base Datos Usuario).
Datos incompletos en fecha y hora del servicio.
Confusión a la hora de marcar la casilla de consultas externas y hospitalización en ciertas ocasiones (hospital de día y cirugía mayor ambulatoria).
La mayoría de los casos en traslado individual no aparece la justificación clínica.
- Repaso de la normativa vigente.
- Recopilación de la información disponible en los Equipos de Atención Primaria.
- Reunión con el Inspector Responsable del Departamento de Planificación y Aseguramiento, que ha permitido la unificación de criterios respecto a los errores detectados.
- A lo largo del desarrollo de proyecto se han realizado numerosas llamadas, en primer lugar, a personal de admisión de los Equipos de Atención Primaria informando del error detectado en la solicitud de traslado en ambulancia e intentar subsanarlo sin necesidad de recurrir al facultativo.
- Llamadas a los facultativos responsables de emitir la solicitud de traslado en ambulancia, indicándoles los errores y la forma de subsanarlos, informándoles del procedimiento a seguir.
- Diseño de una tarjeta recordatorio del teléfono de contacto del servicio de transporte sanitario para colocarlo en lugar visible en los Centros de Salud.....
- Diseño de un documento resumen de instrucciones sobre la solicitud de traslado en ambulancias contempladas en el Resolución de 24 de noviembre 2014 de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han reducido el número de errores detectados:
- N° de errores en mayo del 2019: 6,1%
- N° de errores en diciembre del 2019: 5,1%
Indicadores calculados de la base de datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Creemos que falta información a los facultativos.
- Los facultativos consideran que esta actividad es menor dentro de sus tareas.
- En la reunión con el Inspector Responsable del Departamento de Planificación y Aseguramiento, se nos informó de que la gestión final del traslado en ambulancia la realiza la empresa, optimizando las ambulancias en el transporte.
- Con frecuencia se detecta que no se cumple la realización de la solicitud de traslado programado en ambulancia con una antelación superior a 48 horas, tal como indican las instrucciones.
- Las solicitudes de traslado en ambulancia cumplimentadas en las residencias llegan escritas a mano, lo que resulta bastante ilegible y supone numerosas llamadas a los centros.
- Consideramos que debería aparecer en el punto 5 de la solicitud de traslado en ambulancia la opción de "Precisa camilla", ya que en la aplicación informática se puede elegir.
- Creemos que los apartados a cumplimentar deberían de aparecer en el mismo orden tanto en la solicitud de traslado en ambulancia como en la aplicación informática.
- Consideramos que una revisión de la solicitud de traslado en ambulancia por parte del servicio de admisión, que es el que envía dicha solicitud por fax, evitaría las continuas llamadas a los facultativos y facilitaría la tramitación en la aplicación informática.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1364 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1364

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA TRAMITACIÓN DE TRASLADO EN AMBULANCIA

Nº de registro: 1364

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA LA TRAMITACION DE TRASLADO EN AMBULANCIA

Autores:
PESCADOR YAGÜE MARIA CARMEN, FRAJ GARCIA NIEVES, ELHOMBRE MONTAÑES PEDRO

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: Todo tipo de patologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las solicitudes para el traslado de pacientes en ambulancia, llegan incompletas, mal cumplimentadas, ilegibles por defecto del fax o por la letra, no cumplen plazo de envío (48 horas), lo que conlleva tener que hacer llamadas a los centros para que nos faciliten los datos que faltan o están ilegibles y así poder tramitarlas y en algún caso puede haber retrasos en la recogida de los pacientes con el consiguiente demora en la llegada al centro sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de las solicitudes respecto a legibilidad, a la cumplimentación adecuada de los apartados, a errores en la filiación y dirección de origen de los pacientes, etc.
Que los solicitantes adecuen el plazo de solicitud a la fecha de traslado.

MÉTODO
Contabilizar el numero de solicitudes con algun item erroneo.
Identificar las principales causa de error.
Identificar los centros y profesionales con mayor tasa de error.
Informar a los profesionales implicados de los errores advertidos en la solicitud, informe periodico.
Recordar a los profesionales la normativa a través de un documento o ficha resumen.
Evaluación intermedia del impacto de las medidas

INDICADORES
Comparación entre:
Numero de solicitudes erróneas al inicio del proyecto/ numero total de solicitudes (periodo de evaluación inicial)
Numero de solicitudes erróneas al final del proyecto/ numero total de solicitudes (periodo de evaluación final)

DURACIÓN
Evaluación de la situacion abril-junio.
Inicio actividades de mejora mayo a noviembre.
Noviembre evaluacion intermedia.
Después de noviembre continuar con proyecto o cerrarlo.

Recursos.

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 - 2018/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS LALLANA ALVAREZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
SERRANO PERIS DIANA
FRAJ GARCIA NIEVES
CASTAN RUIZ SILVIA
ZUECO OLIVAN GEMMA
LAFITA MAINZ SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Existe un responsable/referente del uso de antibióticos en cada equipo de atención primaria del sector.

20 EAP han presentado un proyecto asistencial sobre PROA

Se ha asistido a todas de las reuniones del grupo IRASPROA autonómico celebradas:

16/01/2018. Asistencia: 16 miembros (89%)
22/06/2018. Asistencia: 13 miembros (76%)
03/10/2018. Asistencia: 12 miembros (71%)

Se han celebrado y coordinado 7 reuniones del grupo PROA-AP del sector

01/02/2018. Asistencia: 12 miembros (67%)
01/03/2018: Asistencia: 13 miembros (72%)
19/04/2018: Asistencia: 11 miembros (61%)
31/05/2018: Asistencia: 12 miembros (71%)
26/09/2018: Asistencia: 11 miembros (61%)
22/11/2018: Asistencia: 6 miembros (33%)
20/12/2018: Asistencia: 10 miembros (56%)

Se han revisado los capítulos de infecciones respiratorias, adaptándolos a los datos de resistencias locales de Aragón.

Se han revisado las infecciones urinarias e infecciones de transmisión sexual de la actualización realizada por el sector Zaragoza II de la guía de antimicrobianos de Aljarafe

Se han realizado dos sesiones sobre Prescripción diferida

Se ha realizado formación sobre uso adecuado de antimicrobianos. Se han realizado reuniones con los responsables de antibióticos de nuestro sector, se ha elaborado materia de soporte para las sesiones en los EAP.

-Difusión Jornada de presentación de IRASPROA (13/04/2018)
-Principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas, actualización de nuestra Intranet Asistencia 85%:
-Compromiso con el buen uso de antibióticos. Asistencia 85%:
-Curso "Principios de uso de antibióticos. puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en atención primaria".29/11/2018. 6 horas de formación (Acreditación 09, créditos). Asistencia de 27 profesionales (20 admitidos al curso, 7 oyentes)

Se ha realizado una encuesta sobre conocimiento y necesidades formativas en prescripción de antimicrobianos para médicos de atención continuada (MAC). Realización de la encuesta a 70 profesionales MAC. Tasa de respuesta 37,1%. Se presentaron los resultados en el Congreso de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (octubre 2018) y en el curso de formación sobre antibióticos (29/11/2018)

Se ha actualizado el apartado PROA-AP en la Intranet de Atención Primaria de nuestro sector, con los siguientes apartados:

EQUIPO PROA AP ¿Quiénes forman parte del Equipo PROA-AP?
GUIAS DE ANTIMICROBIANOS. Guía Terapéutica de Antimicrobianos (Aljarafe)
FORMACIÓN. Presentación del PROA-AP para Aragón
Encuesta Casos Clínicos PROA Medicina de Familia
Encuesta Casos Clínicos PROA Pediatría
Encuesta Casos Clínicos PROA Enfermería
Protocolo de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en niños (actualización diciembre 2018)
RESISTENCIAS BACTERIANAS. Resistencias bacterianas Atención Primaria Sector Zaragoza III (Año 2017).
Resistencias bacterianas del Sector Zaragoza III (HCU-A.P.) (Período 2013-2017)
UTILIZACIÓN DE ANTIINFECCIOSOS. Informe Atención Primaria del Sector Zaragoza III (Año 2017)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

ENLACES DE INTERÉS. Enlace a PROA-HCU, Enlace a Estrategia IRASPROA

Se han incluido salvapantallas relacionados con el uso adecuado de antibióticos durante 1 semana en los ordenadores de todos los profesionales del sector Zaragoza III

Campaña Ni menos ni más, tú decides:

Cuando usas bien los antibióticos, todos ganamos. 25/04/2018

¿Necesita un antibiótico? ¿Ahora? ¿Por qué? 21/05/2018

Con el tratamiento antibiótico. Sé preciso 04/06/2018

Pilota el tratamiento antibiótico 18/06/2018

Trata a tu paciente durante el tiempo estrictamente necesario 02/07/2018

Gracias a ti los antibióticos podrán seguir salvando vidas 16/07/2018

DÍA EUROPEO PARA EL USO PRUDENTE DE LOS ANTIBIÓTICOS 18/11/2018 15/11/2018

DECÁLOGO DEL BUEN USO DE ANTIBIÓTICOS 13/12/2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

100% de los EAP tienen un responsable del uso de antibióticos. Un 50% no coinciden con el coordinador o con el responsable de URM, mostrando un especial interés en el uso correcto de los antibióticos

90% de los EAP han presentado un proyecto asistencial sobre PROA. Objetivo =75%

Asistencia al 100% de las reuniones del grupo IRASPROA autonómico

Se han celebrado y coordinado 7 reuniones del grupo PROA-AP del sector (Objetivo. 6 reuniones)

Se han revisado las infecciones respiratorias en pediatría y adultos teniendo en cuenta la evolución de las resistencias bacterianas en nuestro sector

Se han realizado 4 sesiones de formación sobre PROA (Objetivo: 3 sesiones)

Se han difundido los principios generales PROA en atención primaria.

Se ha difundido a los EAP el informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP.

Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA: 85% (objetivo 80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los profesionales están interesados en el uso adecuado de antibióticos

Hemos realizado una encuesta a los Médicos de atención continuada para conocer sus necesidades. Hemos dado respuesta a varias demandas, pero no hemos solucionado su acceso a formación online.

La formación es necesaria y la formación on line es la más solicitada por los profesionales

Los profesionales demandan conocer la situación de partida del uso de antibióticos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1439 ===== ***

Nº de registro: 1439

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS, AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES, SERRANO PERIS DIANA, FRAJ GARCIA NIEVES, CASTAN RUIZ SILVIA, ZUECO OLIVAN GEMMA, LAFITA MAINZ SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La OMS considera la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública. Las bacterias multirresistentes causan 25.000 muertes al año en Europa. El uso excesivo e inadecuado de los antibióticos es una de las principales causas de este problema, por ello, la optimización del uso de antibióticos es un asunto prioritario.
En Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la DGAS aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS

Impulsar la implicación de los profesionales de atención primaria en el programa PROA-AP a través de personas clave en todos los equipos del sector.
Potenciar el compromiso de los EAP en proyectos asistenciales relacionados con la mejora de la utilización de antibióticos.
Evaluar la situación del uso de antibióticos en atención primaria del Sector Zaragoza III.

MÉTODO

- Selección de una persona clave con interés en el uso de antibióticos en cada EAP para implementar el Programa de PROA-AP en su equipo.
- Facilitar la implementación del decálogo de principios generales de uso de antibióticos.
- Impulsar la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza III:
 - Adaptación de la Guía de Aljarafe para atención primaria. Selección de los procesos más prevalentes y su tratamiento. Difusión entre los profesionales de AP.
 - Apoyar a los EAP en la formación relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
 - Detectar las necesidades formativas en relación al uso de antibióticos de los médicos de atención continuada y residentes de 3 y 4 año.
- Realizar un análisis actualizado del consumo de antibióticos en atención primaria del sector.
- Elaborar una presentación relacionada con el informe de resistencias a los antimicrobianos en el ámbito extrahospitalario.
- Actualizar e incorporar toda la información relativa al uso de antibióticos y resistencias a antimicrobianos en la Intranet de Atención Primaria de nuestro sector.
- Utilizar salvapantallas en los ordenadores para difusión de mensajes a través de imágenes y carteles.
- Validar los informes de utilización de antibióticos y hacer un seguimiento cuatrimestral de la evolución de los indicadores.

INDICADORES

- Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en cada equipo de atención primaria del sector.
 - Porcentaje de EAP del Sector que incluyen un proyecto Asistencial PROA en su Acuerdo de Gestión Clínica.
Objetivo =75%
- Asistencia a reuniones del grupo PROA autonómico. Asistencia al 75%
 - Número de reuniones del grupo PROA-AP del sector. Objetivo: 6 reuniones al año.
Objetivo: Adaptación de la Guía de Aljarafe.
Indicador: Revisión de los capítulos de infecciones respiratorias. Adaptación a los datos de resistencias locales de Aragón.
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Elaboración del material de soporte para las sesiones realizadas sobre PROA: Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes.
Indicador: Realizar y analizar una encuesta sobre conocimiento y necesidades formativas en prescripción de antimicrobianos para médicos de atención continuada (MAC) y residentes
 - Realizar el informe de uso de antibióticos del sector
 - Difundir el informe de las resistencias a los antimicrobianos en atención primaria del sector Zaragoza III a todos los EAP.
 - incluir la información relativa al programa PROA-AP en el apartado específico de la Intranet de Atención Primaria de nuestro sector.
 - Difundir los principios generales PROA en atención primaria. Utilizar los salvapantallas
 - Envío cuatrimestral de la utilización de antibióticos a los profesionales. Monitorización del uso de cefalosporinas de tercera generación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

DURACIÓN

- Enero-Diciembre: Reuniones de trabajo del grupo PROA-AP del sector
- Abril-Mayo: identificación áreas de mejora individualizadas de cada EAP en el uso de antibióticos
- Marzo-Abril: encuesta a MAC y residentes sobre conocimiento y necesidades formativas en prescripción de antimicrobianos.
- Mayo: informe de uso de antibióticos en atención primaria. Sector Zaragoza III.
- Junio-Octubre: convocatoria y formación de los responsables de uso de antibióticos de los EAP.
- Septiembre-Diciembre: Diseño y difusión de campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA.
- Mayo-Diciembre: Actualización del apartado PROA-AP en la Intranet de Atención Primaria y utilización de salvapantallas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0299

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JESUS LALLANA ALVAREZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES
SERRANO PERIS GLORIA DIANA

CASTAN RUIZ SILVIA
ZUECO OLIVAN GEMMA
LAFITA MAINZ SERGIO

FRAJ GARCIA NIEVES
CABRERIZO PEREZ DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha llevado a cabo formación específica dirigida a la población en el Consejo de Salud de Delicias Sur, elaborando un tríptico de información a la población con ideas clave sobre qué son los antibióticos y cómo utilizarlos.

Se ha realizado una sesión formativa a los MAC del sector, para fomentar la optimización en el uso de antibióticos con una duración de 5 horas. Se realizó el 17 de junio y fue acreditada con 0,9 créditos.

Se han realizado diferentes sesiones en 2019 dirigidas a los facultativos de AP:

- 14 de marzo: Infecciones respiratorias (16 asistentes de 22 EAP).
- 28 de mayo. Reunión pediatras de AP en EAP Miralbueno: PROA-AP en Pediatría
- 13 de junio 2019. Infecciones urinarias en adultos. Reunión con responsables (14 asistentes de 22 EAP)
- 19 de septiembre: Infecciones urinarias en pediatría. Reunión con pediatras. (12 pediatras de EAP)
- 1 de octubre: Informes de utilización de antibióticos. Indicadores. (14 asistentes de 22 EAP)
- 10 de diciembre. Reunión pediatras de AP en HCU. Infecciones respiratorias en pediatría.

Se ha participado en el diseño de un estudio sobre la adecuación del uso de macrólidos en Delicias Sur

Se ha participado en el diseño de un proyecto sobre la utilización del test de la gripe en menores de 4 años en Atención Primaria

Elaboración y diseño de la campaña de optimización de uso de antibióticos sobre prescripción diferida, para su aprobación por IRASPROA.

Se ha realizado material de apoyo para pacientes en otitis y sinusitis.

Se ha cumplido el cronograma marcado en el proyecto, y se han realizado más actividades para apoyar a los profesionales

Como herramienta de difusión, se han utilizado los salvapantallas de los ordenadores de todas las consultas de AP para recordar la importancia de un buen uso de antibióticos.

-5 de mayo La lucha contra la Resistencia a los antibióticos está en tus manos. Día mundial de la higiene de manos. Una atención limpia es una atención más segura.

-10 septiembre (genérico sobre antibióticos).

-18 de noviembre: Día para el uso prudente de antibióticos. Cartel de la AEMPS

Se han establecido áreas de mejora en dos indicadores de antibióticos en todos los EAP y se han facilitado listados de utilización de antiinfecciosos en 2018 con los diagnósticos asociados a la prescripción, como base para el estudio de la adecuación del uso de antibióticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

100% de profesionales de AP (médicos y pediatras) ha recibido información sobre indicadores de utilización de antibióticos.

Los datos respecto a la utilización de antibióticos correspondientes al periodo enero-diciembre de 2019 obtenidos de FarmaSalud son:

- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

DHD antibióticos totales. Objetivo reducir 2% respecto a 2018. Se ha alcanzado una reducción del 12,1%, al pasar de 15,7 DHD en 2018 a 14 DHD en 2019.

Macrólidos. % de macrólidos respecto al total antibióticos. Objetivo: no superar la media de Aragón (21,2%). El resultado es 18,1%, la media de Aragón es de 19,5% en 2019.

Azitromicina. Objetivo inferior a 20% de envases totales de antibióticos. El resultado ha sido 14% de envases del total de antibióticos.

DDD de Cefalosporinas de tercera generación respecto al total de antibióticos. Objetivo: No superar la media de Aragón. El valor es del 1,6%, mientras la media de Aragón está en 2,4%.

- Elaboración del material de soporte para las sesiones dirigidas a la población. Se ha elaborado material y un tríptico de apoyo a la población sobre Uso adecuado de antibióticos.

• También se han preparado hojas de información sobre prescripción diferida en los procesos de otitis (pediatría) y sinusitis (adultos).

- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas realizadas por las farmacéuticas de Atención Primaria: 66%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0299

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES

Este es el primer año en el que se disponía de informes para monitorizar la prescripción de antibióticos a nivel de profesional (CIAS médico/pediatra). Se han conseguido los objetivos fijados para los indicadores seleccionados. Es necesario seguir utilizando estos informes como feed-back a los profesionales, y detectar aquellos casos en los que se produzcan las mayores desviaciones en la utilización de antibióticos para elaborar medidas concretas que faciliten un uso más adecuado de estos fármacos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/299 ===== ***

Nº de registro: 0299

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES

Autores:
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS, AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES, SERRANO PERIS DIANA, CASTAN RUIZ SILVIA, ZUECO OLIVAN GEMMA, LAFITA MAINZ SERGIO, FRAJ GARCIA NIEVES, ELHOMBRE MONTAÑES PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).

Desde 2016 existe un grupo PROA de Atención Primaria en el Sector Zaragoza III que comenzó a trabajar en coordinación con el grupo PROA del Hospital Clínico y de la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica para mejorar el uso de antibióticos en Atención Primaria siguiendo las líneas marcadas por el programa IRASPROA.

Para dar continuidad a este trabajo, y a partir de las necesidades detectadas en el grupo PROA-AP del sector, es necesario seguir trabajando en la monitorización y en la formación sobre el uso de antibióticos a los profesionales, y también a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.

Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.
Seleccionar con los profesionales indicadores a monitorizar durante el año 2019.

Difundir la información sobre indicadores de utilización de antibióticos a todos los profesionales (médicos y pediatras) del sector.

Mejorar la cultura de uso de antibióticos en la población: sensibilización respecto al uso adecuado de los antibióticos en los pacientes a través de las estructuras disponibles en los equipos de atención primaria del Sector

MÉTODO
1. Elaborar informes de utilización de antibióticos que permitan conocer el uso de antibióticos en la población.
2. Monitorizar algunos de los indicadores propuestos por el PNAN entre los profesionales de AP del Sector Zaragoza III.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0299

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES

3. Analizar los indicadores propuestos y establecer áreas de mejora en aquellos que supongan un mayor riesgo para el desarrollo de resistencias a los antimicrobianos.
4. Realizar formación específica dirigida a la población utilizando estructuras como los Consejos de Salud para su difusión.
5. Impulsar la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza III:
 - a. Apoyar a los EAP en la formación relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
 - b. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (test de estreptococo, prescripción diferida...).

INDICADORES

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.

•Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

DHD antibióticos totales. Objetivo reducir 2% respecto a 2018

Macrólidos. % de macrólidos (envases) respecto al total antibióticos. Objetivo: Inferior al 20%

DDD de Cefalosporinas de tercera generación respecto al total de antibióticos. Objetivo: No superar la media de Aragón (1,9%)

- Elaboración del material de soporte para las sesiones dirigidas a la población
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas realizadas por las farmacéuticas de Atención Primaria

DURACIÓN

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos y selección de indicadores a evaluar en 2019.

Identificación de áreas de mejora individualizadas por equipo.

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.

Enero-Diciembre: Reuniones de trabajo del grupo PROA-AP del sector

Marzo-Diciembre: envío trimestral de los informes de utilización de antibióticos a todos los profesionales de atención primaria.

Mayo: informe de uso de antibióticos en atención primaria. Sector Zaragoza III.

Mayo-Diciembre: Diseño y difusión de campañas de optimización de uso de antibióticos dirigidas a la población.

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 - 2016/0733

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 - 2019/1363

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto consta de la captación de pacientes (Dra. Maria Jesús Navarro Luna) e implementación de una consulta de enfermería de ET (educación terapéutica) para los pacientes con enfermedades respiratorias (ASMA y EPOC) que son enfermedades crónicas con elevada prevalencia, alta mortalidad y complejidad terapéutica

Como característica poblacional a considerar:

La mayoría son pacientes de edad avanzada. Dificultad de acudir a las visitas por movilidad reducida. Pacientes dependientes de cuidadores para el transporte hasta la consulta. Población rural a veces alejada del CME Moncayo.

En todos los pacientes se detectó un déficit de conocimientos de su enfermedad y tratamiento. En algunos un déficit de detección y tratamiento de agudizaciones.

Las consultas se realizan de manera individualizada, presencial o telefónica y alguna sesión grupal para afianzar conocimientos.

Hemos realizado las siguientes actividades:

Primera consulta

- La consulta consta aproximadamente 30 minutos de duración en la que se realiza una exploración física (peso, talla, IMC, saturación de oxígeno...), se valora alergias, otras enfermedades, todos tratamientos prestando especial atención en comprobar que está tomando la medicación inhalada adecuada de la manera y a la dosis prescrita. Además de valorar el nivel de conocimiento de su enfermedad.
- Valoración de capacidad y autonomía de los pacientes con los test Actividad de la vida diaria (AVD), utilizamos los test de Lawton y Brody e Índice de Katz. Esto nos será de utilidad para saber si es autónomo con su tratamiento o también debemos implicar al cuidador.
- Índice TAI en primera visita para valoración de cumplimiento y/o motivo de incumplimiento.
- El paciente nos explica la técnica y detectamos los errores. Una vez detectados se indica la manera correcta y se entrega unas indicaciones escritas
- Valoración de enfermería basándonos en las 14 necesidades de V. Henderson
- Clasificación de Diagnósticos NANDA marcando los objetivos propuestos.
- A todos los pacientes recomendaremos alimentación equilibrada, ejercicio y evitar hábitos tóxicos (tabaco,...)
- Si detectamos un problema con la medicación inhalada de fuerza o coordinación solicitaremos colaboración a Dra. Navarro para cambio de tratamiento o incluir cámara para inhaladores presurizados.

Segunda consulta y sucesivas

- Se realiza a los 2-3 meses de la anterior visita y vuelve a realizar la exploración física (peso, talla, saturación de oxígeno ..) y se realiza el índice TAI de nuevo.
- El paciente nos vuelve a explicar la técnica y vemos si ha corregido los errores. Reforzar y animar al paciente con los logros alcanzados.
- Valoración de enfermería basándonos en las 14 necesidades de V. Henderson por si hubiera algún cambio respecto a primera visita.
- Clasificación de Diagnósticos NANDA. Se preguntará sobre los objetivos y actividades marcadas. Valoramos los logros obtenidos sobre lo planteados en la primera visita y animamos a continuar.
- Reforzar y animar a la alimentación equilibrada, ejercicio y evitar hábitos tóxicos y a continuar con el tratamiento si se encuentra bien.
- Revisar cumplimiento terapéutico

Alta de consulta.

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

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO

Cuando los objetivos de la consulta han sido satisfactorios se da el alta de esta consulta. Se realizará una encuesta de satisfacción sobre la actividad realizada al paciente y a una valoración de enfermería que nos servirá junto a los valores TAI para conocer la evolución del paciente y se remitirá este documento de alta a la consulta de respiratorio donde la Dra. Navarro, teniendo en cuenta los logros obtenidos realiza una revisión del estado de salud del paciente con revisión sintomatología, agudizaciones e ingresos

En enero de 2020 se realizó una Sesión grupal para todos los pacientes en la que

realizamos charla Educativa con presentación Power Point para 14 pacientes:

- Informar de las características de EPOC y ASMA es importante saber que es una enfermedad crónica.
- Tipos de tratamiento, técnicas adecuadas, posibles efectos secundarios y como evitarlos.
- Reforzar en hábitos de vida saludables. Información escrita sobre deshabituación tabáquica
- Entregaremos una documentación escrita para identificar signos de alarma de exacerbación del EPOC y/o de crisis asmática que son muy importantes para actuar de forma temprana y evitar hospitalizaciones.
- Resolución de dudas planteadas y dudas prácticas de técnica de inhaladores.
- El Cuestionario TAI

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han captado 36 pacientes de los cuales 6 se les ha realizado una segunda consulta de seguimiento, analizando los resultados se han obteniendo resultados positivos de la atención recibida.

Dos salieron del estudio, el primero por no emplear los inhaladores y el segundo por estar al cargo una enfermera de su cuidado

Quedan para seguimiento 17 pacientes, a los que se les ha realizado la primera visita y la ET grupal y 11 pacientes están pendientes de primera consulta.

De los 6 pacientes que se ha terminado seguimiento:

- 5 son pacientes independientes en el cuidado de su salud, tratamientos y 1 tiene una dependencia leve.
- Realizada la valoración de enfermería con las necesidades de V. Henderson lo diagnósticos de enfermería encontrados son: déficit de conocimientos, Manejo inefectivo de régimen terapéutico, Intolerancia a actividad, Estilo de vida sedentario, desequilibrio nutricional, en todos se plantean actividades y objetivos.
- A todos se les ha dado educación para su cuidado, están vacunados frente a la gripe 2019 y no fuman.
- La edad media de los pacientes estudiados es de 81.16 años
- Cuatro pacientes tienen TAI de inicio y fin con Buena adhesión y dos casos de adhesión intermedia

errática.

- En todos los pacientes se detectan errores de técnica en los inhaladores que se corrigen en la segunda visita.

- El 50 % de los pacientes estudiados eran pacientes con EPOC y el otro 50% de ASMA
- La valoración de enfermería al finalizar es que los pacientes mejoran sus hábitos de vida, el conocimiento de su enfermedad y la técnica de uso de inhaladores. Los pacientes consideran que les ha ayudado a controlar su enfermedad.
- En cómputo total de pacientes estudiados las exacerbaciones/agudizaciones el primer semestre de 2019 son de 4 episodios y en segundo semestre de 2019 solo hay constancia de 2 episodios. Un paciente indica que se redujo la tos. En 2019 ningún paciente tuvo ingresos por este motivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los pacientes y/o cuidadores principales deben tomar conciencia de que sufren enfermedades respiratorias crónicas. Por ello tienen que aumentar la autonomía de su autocuidado cumpliendo las recomendaciones y tratamientos que se les pautan.

Estas consultas se capturan en el sistema HIS como visitas no programadas o telefónicas y se realizan al finalizar la consulta de espirometría con lo que disponemos de poco tiempo para ello, sería necesario crear una agenda propia y tener una consulta de enfermería mensual para atender a pacientes.

También necesitaríamos un acceso telefónico para llamadas externas debido a la dificultad de muchos pacientes para desplazarse hasta el centro y muy importante sería poder anotar en HCE toda la valoración y evolución de los pacientes.

Se solicita continuar hasta junio de 2020 para poder atender a los pacientes de respiratorio seleccionados por Dra. Navarro y obtener valores más concluyentes

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1363

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

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO

Título
CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO MONCAYO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado un déficit de conocimientos y/o Manejo inefectivo de régimen terapéutico en pacientes de Neumología. Creemos necesario empoderar al paciente en estas situaciones mediante intervenciones educativas de enfermería, especialmente en la falta de conocimientos y/o de entrenamiento de dispositivos y generando hábitos de vida saludables en: Nutrición, seguridad, actividad, rol/relaciones, afrontamiento/tolerancia al estrés. Esta consulta de enfermería mejora la Autonomía, la calidad de vida del paciente y sirve de nexo entre:
ESPECIALISTA DE NEUMOLOGÍA -ENFERMERIA- PACIENTE CON EPOC o ASMA INTRINSECA.
En la consulta se realiza la primera valoración de enfermería utilizando las Necesidades básicas de V. Henderson y en especial a estos puntos

- Nivel de instrucción del manejo de fármacos y terapias (inhaladora, oxigenoterapia y manejo de dispositivos y nivel de conocimientos de su enfermedad para el control de síntomas)
 - Factores de riesgo: tabaquismo, ansiedad, depresión, nerviosismo, hábitos de vida poco saludables, disnea, abandono de régimen terapéutico
 - Conocimientos de entorno familiar u situación socio-sanitaria. En situaciones de dependencia, nivel de conocimientos del cuidador principal
- Los pacientes en consulta de Neumología tienen diagnóstico médico de EPOC o ASMA intrínseco. El EPOC: es una enfermedad crónica inflamatoria de los pulmones que obstruye el flujo de aire desde los pulmones. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de mucosidad (esputo) y silbido al respirar. ASMA, inflamación crónica de las vías aéreas (bronquios), que causa episodios recurrentes de disnea, sibilancias, tos y sensación de opresión en el pecho,.. ASMA intrínseco, enfermedad sin estímulo inmunológico.
Los inhaladores son los dispositivos que facilitan la llegada de los medicamentos a los bronquios. Existen muchos tipos de inhaladores y cada uno tiene sus ventajas, sus inconvenientes y sus instrucciones.

RESULTADOS ESPERADOS

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

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

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

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

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

Escalas de valoración AVD: Índice de KATZ y Índice de BARTHEL
Escala de Valoración de AVD Instrumental: Escala de Lawton y Brody

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

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO

DURACIÓN

De junio 2019 a junio de 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0202

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 tablones 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 documentacion 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 - 2019/1136

1. TÍTULO

COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ANTONIO SEVA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLAS PEREZ EVA
SANCHEZ LAZARO CARMEN
MARTIN MARTINEZ CARMEN
MARTINEZ VERA MARIA TERESA
GARCIA CORBALAN JORDI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La cartera de servicios y los criterios de derivación a Salud Mental fueron enviados a los coordinadores de los Centros de Salud de Primaria correspondientes a nuestro Sector a finales de 2018. Dichos criterios proceden de un artículo de revisión desarrollado por el autor en la revista *Medicine*. 2011;10(85): 5786-5788, con el título "Criterios de derivación de un paciente psiquiátrico a Atención Especializada y de ingreso hospitalario".

CRITERIOS DE DERIVACION A SALUD MENTAL

IDEACIÓN Y CONDUCTA AUTOLÍTICA:

Una forma efectiva de reducir las tasas de suicidio es mejorar la capacitación de los médicos de atención primaria en reconocer los trastornos mentales.

Se recomienda hablar de suicidio con los pacientes en los que se detecte o que comuniquen ideación suicida, recomendando:

1. En caso de ideación autolesiva ? derivación a la Unidad de Salud Mental si:

- Presencia de trastorno mental grave
- Conducta autolítica grave reciente
- Plan de suicidio elaborado
- Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista
- Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo
- Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.

2. En caso de episodio autolesivo

? derivación a un Servicio de Urgencias hospitalario si:

- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en atención primaria
- Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente).

? derivación preferente a la Unidad de Salud Mental o bien contacto directo vía telefónica con el facultativo de referencia en caso de que NO se den los puntos anteriores pero sí alguno de los siguientes:

- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado
- Presencia de enfermedad mental grave
- Conducta autolítica grave reciente
- Intentos de suicidio previos
- Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de apoyo
- Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición

DEMENCIA:

Se derivarán a Salud Mental las alteraciones de conducta graves que no respondan de forma adecuada al tratamiento. También es criterio de derivación la existencia de comorbilidad psiquiátrica.

DELIRIUM:

No es indicación de derivación a Salud Mental; en todos los casos de Delirium o (Síndrome confusional agudo de origen orgánico) hay una causa física subyacente que debe ser determinada por los medios adecuados.

TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y/O OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:

Abusos y consumos perjudiciales deben ser tratados en Atención Primaria y los síndromes de dependencia derivados por Atención Primaria a Centros Específicos.

En nuestro Sector se podrá realizar derivación a Proyecto Hombre, UASA del Hospital Provincial y CMAPA (ver Guía de recursos anexa).

ESQUIZOFRENIA:

El tratamiento de esta patología se realiza en los Servicios de Salud Mental, con derivación ordinaria en pacientes estables y ya en tratamiento. En el resto de casos se realizará derivación urgente o preferente.

Desde Atención Primaria se contribuye a:

- la adherencia terapéutica
- la continuidad de cuidados
- control de salud general
- control de efectos secundarios
- la identificación precoz de síntomas de descompensación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1136

1. TÍTULO

COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

- vigilancia de comorbilidad con abuso de sustancias u otros trastornos
- valoración del soporte sociofamiliar.

TRASTORNO BIPOLAR:

Misma actitud que para la Esquizofrenia:

- Derivación normal: pacientes estables con tratamiento.
- Derivación preferente: hipomanía, episodio depresivo moderado o grave.
- Derivación urgente: manía, riesgo autolítico elevado.

DEPRESIÓN:

Los distintos tipos de Depresión de intensidad leve-moderada (incluida la Distimia y los Trastornos de Adaptación con síntomas depresivos) deben ser tratados en Atención Primaria, considerándose éste el medio ideal para su detección precoz, tratamiento y seguimiento en la mayoría de los casos.

1. Confiere gravedad a la depresión:

Síntomas psicóticos

Riesgo suicida

Desesperanza

Aislamiento

Abandono del autocuidado

2. Criterios de derivación a Salud Mental:

- Dudas diagnósticas con otros cuadros psicopatológicos.

- Episodios depresivos graves con síntomas delirantes, riesgo suicida, agitación, inhibición, alteraciones conductuales o síntomas psicóticos. En estos casos se requiere tratamiento más intensivo o ingreso. Se deberá derivar a Salud Mental de forma urgente o preferente.

- Episodios Depresivos leves o moderados con las siguientes características:

Persistencia en el tiempo o recurrencia a pesar de haber realizado pautas de tratamiento adecuadas.

Presentan trastornos de personalidad u otros trastornos psiquiátricos comórbidos asociados que influyen en la falta de respuesta terapéutica o dificultan la relación médico-paciente.

Comorbilidad con patologías orgánicas graves que compliquen el manejo terapéutico.

- Depresión con síntomas marcados durante el embarazo

TRASTORNO FÓBICO:

Diferenciar si son un síndrome por sí mismos (agorafobia, fobia social, fobia específica...) o si el síntoma está enmarcado dentro de un Trastorno afectivo (en este segundo caso, actuar como se indica en el apartado correspondiente a los Trastornos afectivos).

Inicialmente se recomienda llevar a cabo el tratamiento en los Centros de Atención Primaria. Son criterios de derivación a Salud Mental:

- Persistencia de conductas de evitación y limitaciones graves a pesar de haber instaurado un plan terapéutico adecuado; necesidad de plantear un tratamiento psicológico específico.
- Asociación con abuso de sustancias para paliar la ansiedad
- Dudas diagnósticas.

*Las fobias simples, en principio, salvo que resulten invalidantes o mermen claramente la funcionalidad del paciente, NO están incluidas en la cartera de servicios.

TRASTORNO DE PÁNICO Y DE ANSIEDAD GENERALIZADA:

Es recomendable que el tratamiento se inicie en los Centros de Atención Primaria. La derivación se recomienda:

- Cuando persiste a pesar de los tratamientos pautados.
- Asociada con abuso de sustancias para paliar síntomas

*En los cuadros de estrés agudo secundarios a agresiones, valorar derivar para atención en la Oficina de Víctimas (ver Guía de recursos anexa).

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO:

Derivación a Salud Mental.

TRASTORNO DE CONVERSIÓN Y DISOCIATIVO:

Se recomienda inicialmente descartar organicidad del trastorno mediante derivación al Servicio médico pertinente (Medicina Interna, Neurología...) La derivación a Salud Mental se recomienda:

- Si los síntomas persisten durante meses o si la intensidad o repercusión funcional son elevadas.
- Si por parte del paciente existe conciencia del Trastorno y motivación para el cambio, y el médico de atención primaria no se ve preparado para afrontar esa tarea.

TRASTORNO SOMATOMORFO E HIPOCONDRIACO:

Se recomienda tratamiento en Atención Primaria. Sería adecuado el contacto con un solo profesional, evitar múltiples derivaciones. Se considera indicado el tratamiento en Salud Mental en los siguientes casos:

- Dudas diagnósticas
- Persistencia prolongada de incapacidad funcional y laboral.

TRASTORNO NO ORGÁNICO DEL SUEÑO:

Se consideran tratables desde Atención Primaria excepto:

- Dudas diagnósticas
- Repercusiones severas y persistencia de síntomas a pesar de haber pautado tratamiento adecuado.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD:

Estos trastornos por su complejidad para el diagnóstico y tratamiento requieren de atención especializada en Salud Mental en el momento en que surgen alteraciones de conducta relevantes.

En Atención Primaria el médico debe contar con la información necesaria para sospechar el diagnóstico y a partir de ahí derivar, generalmente de forma ordinaria (a no ser que se satisfagan criterios de derivación preferente) a Salud Mental.

TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA:

Se derivará a Salud Mental. Existe dispositivo específico de tratamiento en nuestra Comunidad, pero la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1136

1. TÍTULO

COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

derivación debe realizarse través de Atención Especializada.
Desde Atención Primaria se controlará la situación física del paciente. Será motivo de derivación preferente un IMC menor o igual a 16 kg/m², especialmente si la pérdida ponderal ha sido rápida.

También se le envió la actualización de las Guía de recursos de Salud Mental de 2018.

GUÍA DE RECURSOS DE SALUD MENTAL

JUVENTUD, ATENCIÓN PSICOLÓGICA

- Centro Municipal De Promoción de la Salud (de 12 a 29 años)
- C/ Pedro Garcés de Añón N°3-5 Tf 976726043

DROGAS- ALCOHOL

- Unidad de Tratamiento de Adicciones, Hospital Provincial (Salud)
- C/ Ramón y Cajal 68, Tf 976175261
- Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (CMAPA). Atienden también ludopatía y adicción a nuevas tecnologías.

Avda Pablo Ruiz Picasso, 59. Tf 976724916

- Centro Solidaridad Zaragoza, Proyecto Hombre.

C/ Manuela Sancho 3-9. Tf 976200216.

TARABIDÁN (Perfil juventud)

C/ Lucero Del Alba, 2. Tf 976331775.

- Cruz Roja Española

C/ Allué Salvador, 8. Tf 976158795

VIOLENCIA DE GÉNERO

- Instituto Aragonés de la Mujer.

Dispone de numerosos servicios de atención a la mujer (entre ellos violencia de género: 900504405) y también servicio de atención psicológica para hombres (Programa Espacio).

Paseo María Agustín N° 16- 5ª planta. Tf 976716720

- Casa De La Mujer Zaragoza.

C/ Don Juan de Aragón, 2. Tf 976391116.

- Atención víctimas de abusos sexuales Vicki Bernadet

Plaza San Miguel 13, 5ª izda. Tf 654762730

FAMILIA

- Servicio de Orientación y Mediación Familiar Vía Universitat, 36-3 planta. Tf 976716790

- AINKAREN Asociación en Defensa de la Vida (Casa Cuna)

C/ Fray Julián Garas, 1. Tf 976387286

- Agresiones y violencia de cualquier tipo:

Oficina de atención a las víctimas, Ciudad de la Justicia (acompañamiento a juicios, gestión de denuncias, información, ayudas...)

Avda José Atarés, 89

Edificio Fueros de Aragón, Escalera B. Planta 1. Tf 976208459.

VIOLENCIA INTERPARENTAL (Hijos a padres)

- FAIM, Fundación para la Atención Integral del Menor.

C/ Doctor Alejandro Palomar 10. Tf 976378261

- MEDIFAM Asociación de Mediación y Orientación Familiar.

(hacen terapia familiar privada). Tf 630167910

- Espacio Visiones

C/ Mayor, 39. Tf 976435272

DEMENCIA:

- Programa de apoyo al cuidador, Fundación Federico Ozanam

C/Ramón Pignatelli, 17. Tf 976 443366

ASOCIACIONES:

DEMENCIA: AFEDAZ

C/ Monasterio de Samos, 8, Zaragoza. Tf 976412911

info@afedaz.com

TRASTORNO DEPRESIVO: AFDA

Asociación trastornos depresivos Aragón, C/ Honorio García Condoy 12. Tf 976379024.

TRASTORNO BIPOLAR, ATBAR (Afectados por Trastorno Bipolar de Aragón)

C. Cívico Almozara, planta 3

Avda Puerta Sancho, 36, Zaragoza

Viernes de 18 a 21 horas.

FIBROMIALGIA, ASAFA: Asociación Aragonesa de Fibromialgia y fatiga crónica

Coso 67 esc 1, 1º A. Tf 976207941

CÁNCER, AECC. Apoyo psicológico a los pacientes con cáncer.

C/ Rebojería, 20-22. Tf 976295556

zaragoza@aecc.es

TABAQUISMO:

- Unidad de Tabaquismo FMZ. Tf 976762515

- CMAPA (programa específico tabaquismo "Lo deajo"). Tf 976724916

LUDOPATIA, AZAJER

C/ Rioja, N° 9. Tf 976200402

TRASTORNOS CONDUCTA ALIMENTARIA, ARBADA

Paseo Sagasta 51, 5º Izdo. Tf 976389575

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EL VOLCÁN (apoyo a familiares)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1136

1. TÍTULO

COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

C/ Ventura Rodríguez 14 Bajo. Tf 976276437

En el mes de mayo se realizó una sesión clínica de coordinación en el centro de atención primaria (CAP) de Valdefierro, sobre el manejo de los antidepresivos y se revisaron los criterios de derivación, además se procedió a la reevaluación de algunos casos clínicos. Posteriormente se acudió al CAP de Miralbueno con el mismo objetivo. En este caso además de la presentación de los distintos psicofármacos empleados en los trastornos afectivos, se indicó las dificultades con las que nos encontrábamos en la Unidad de Salud Mental (USM) a la hora de un abordaje más integral del paciente con trastorno mental.

Quedan pendientes para 2020 las próximas citas en los CAP de Delicias Sur, Oliver, La Almunia y Épila correspondientes a nuestro Sector.

También se han realizado revisión de pacientes con trastorno mental grave con los distintos profesionales de Atención Primaria y en algún momento se ha coparticipado en sesión de especializada junto con compañeros de Primaria.

Además, hemos intentado potenciar la interconsulta telefónica en determinados pacientes mejorando con ello la accesibilidad a nuestras consultas. En definitiva, durante los últimos meses a través de la interconsulta virtual hemos recibido una mayor información, lo cual nos ha permitido priorizar determinados pacientes dándoles una mejor atención siendo menor el número de interconsultas donde se sugería la derivación a otros recursos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El número de pacientes que derivados desde el 1 de abril al 31 de diciembre a el Centro de Salud Mental de Delicias desde Atención Primaria han sido un total de 956, incluyendo a los que habían sido derivados a psicología

2. El número de pacientes a los que se les ha dado cita o están pendientes de la misma entre esos mismo meses son 786.

3. Por tanto el 82,3% de los pacientes que han sido derivados han sido citados en nuestra Unidad

4. Siendo la evolución de las derivaciones la siguiente:

abril 101
mayo 106
junio 104
julio 86
agosto 94
septiembre 123
octubre 125
noviembre 122
diciembre 95

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como ya he comentado anteriormente, hemos acudido a dos de los 6 centros de referencia que tenemos asignados, quedando pendientes los CAP de Delicias Sur, Oliver, La Almunia y Epila. Para ello, necesitamos tiempo no sólo para llevar a cabo la reuniones pertinentes, si no para poder evaluar de una manera más objetiva los resultados obtenidos, dado que el beneficio de nuestras intervenciones son a largo plazo. Además debemos aportar nuevos temas docentes de interés relacionados con la Salud Mental que permitan un mejor abordaje de estas patologías.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1136 ===== ***

Nº de registro: 1136

Título
COORDINACION DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
SEVA FERNANDEZ ANTONIO, VILLAS PEREZ EVA, SANCHEZ LAZARO CARMEN, MARTIN MARTINEZ CARMEN, MARTINEZ VERA MARIA TERESA, GARCIA CORBALAN JORDI

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1136

1. TÍTULO

COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La mayoría de derivaciones al centro de salud mental (CSM) se realizan a través del médico de atención primaria (MAP). Es imprescindible mejorar la coordinación entre todos dado que la demanda de consulta es cada vez más elevada, recibiendo derivaciones de cuadros clínicos leves u otros ya en resolución, que desbordan nuestra lista de espera en detrimento de la atención que precisan los pacientes con trastorno mental grave (TMG). Con este programa buscamos dotar a los MAP de recursos en atención y tratamiento de estos procesos. Para ello seguimos las recomendaciones del modelo EFQM (European Foundation for Quality Management), que establece entre sus líneas la recomendación, entre otras, de priorizar diseños y gestionar procesos de coordinación asistencial entre atención primaria y atención especializada

RESULTADOS ESPERADOS
I. Crear una vía de comunicación fluida entre los Atención Primaria y Salud Mental que facilite la coordinación en casos complejos
II. Formar a los MAP en materia del manejo de los cuadros de patología mental común/leve para su abordaje eficaz desde Atención Primaria.
III. Apoyar y asesorar en el tratamiento y seguimiento de dichos trastornos
IV. Intentar reducir la lista de espera en CSM para poder ser más ágiles en la respuesta a la demanda

MÉTODO
· Ofrecer sesiones cuatrimestrales de coordinación en cada uno de los centros de atención primaria (Valdefierro, Delicias Sur, Oliver, Miralbueno, La Almunia, Épila)
· Sesiones clínicas y teóricas dirigidas a médicos de Atención Primaria en distintos ámbitos.
· Revisión de casos del Centro de Atención Primaria y del Centro de Salud Mental
· Interconsulta telefónica (estableciendo horario fijo a convenir) o por correo electrónico
· Posibilidad de videoconferencia con las zonas rurales

INDICADORES
1. Evolución del número de derivaciones de los centros de atención primaria
2. Tratamiento previo a la derivación por el MAP
3. Número de contactos establecidos, bien a través de llamadas telefónicas o correos electrónicos.
4. Evaluar grado de satisfacción del MAP

DURACIÓN
Cronograma:
· Inicio del proyecto: abril de 2019, organización de primeras reuniones con CAP
· Mayo de 2019: Primer contacto presencial
· Junio a noviembre de 2019: visitas periódicas de facultativos de nuestro CSM a CAP. Sesiones formativas a convenir
· Evaluación del trabajo e indicadores: diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1298

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE EVA VILLAS PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEVA FERNANDEZ ANTONIO
GIL HERNANDEZ MARIA NIEVES
GARCIA CORBALAN JORDI
MARTIN MARTINEZ CARMEN
PAMPLONA FONDEVILA SUSANA
GRACIA PELIGERO EVA MARIA
BELDA HIJANO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar fue fundamental la elaboración de fichas específicas que permitieran la recogida de datos de una forma sistematizada. Las fichas constaron finalmente de un total de 59 ítems (31 preguntas troncales; 6 de ellas, en caso de respuesta afirmativa, dan paso a 19 preguntas de múltiple respuesta). Están divididas en cuatro apartados: 3 ítems para datos de filiación (número de historia clínica, edad y género), 16 ítems sobre datos sociales y psicobiográficos (apoyo familiar, historia laboral, ayudas económicas...), 20 ítems sobre antecedentes psiquiátricos (datos previos a su seguimiento en nuestro CSM como procedencia, antecedentes familiares, consumo de tóxicos previo...) y 20 ítems sobre la patología en curso (tipo de clínica, diagnóstico, oferta de derivaciones a dispositivos específicos, derivaciones efectivas, tratamiento, cumplimiento del tratamiento...).

Por otro lado, cada profesional de nuestra USM (psiquiatras y MIR, psicóloga, enfermera, trabajadora social) elaboró un listado con todos aquellos pacientes de etnia gitana atendidos entre los meses de marzo (fecha de la puesta en marcha del proyecto) y noviembre, ambos inclusive, de 2019.

De forma paulatina se cumplimentó una ficha para cada uno de esos pacientes: a través de los datos ya recogidos en sus historias clínicas para los pacientes ya conocidos en la Unidad, así como de los nuevos datos aportados en las entrevistas realizadas con el profesional correspondiente en el periodo referido.

Por último se procedió a la creación de una tabla Excel que permitiera la organización y análisis de los datos recogidos. Realizamos al análisis de los resultados obtenidos a lo largo de los meses de diciembre de 2019 y enero de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El total de pacientes de etnia gitana atendidos entre marzo y noviembre de 2019 fue de 45 (contabilizamos un único paciente independientemente del número de visitas que hubiera realizado cada uno de ellos en ese periodo).

Por tratarse de un proyecto con un objetivo por ahora puramente descriptivo, planteamos indicadores de actividad y no de impacto. El indicador propuesto fue el siguiente: Nº de fichas cumplimentadas respecto al total de pacientes de etnia gitana atendidos entre marzo y noviembre de 2019.

Consideramos ficha "cumplimentada" aquella en la que se conocen al menos un 80% del total de ítems propuestos. Tenemos en cuenta que el número total de ítems para cada paciente varía en función de sus respuestas; esto es, en pacientes con respuestas negativas en las preguntas de acceso a subpreguntas/preguntas de respuesta múltiple, el número total de ítems a evaluar será menor. Se rellena una única ficha por paciente independientemente de las veces que haya sido visitado el paciente en ese periodo.

El objetivo propuesto fue lograr un mínimo de 70% de fichas "cumplimentadas". De los 45 pacientes atendidos, se logró la cumplimentación de al menos un 80% de ítems en todos los pacientes. Esto es, se lograron 100% de fichas cumplimentadas, logrando así alcanzar el objetivo propuesto.

En cuanto a algunos de los datos más reseñables obtenidos del análisis descriptivo, podemos exponer que: Un 51,1% de la muestra son varones frente al 48,9% de pacientes mujeres. La edad media es de 44,16 (DT ± 12,62). Un 65,9% de la muestra está casado y la media del número de hijos es 2,69. Un 88,9% describen un buen apoyo por parte de su núcleo familiar y un 66,9% viven una situación socioeconómica problemática. En un 22,2% constan antecedentes de problemática legal. El CAP Oliver es el ambulatorio de referencia de la mayoría de la muestra (59,1%).

En cuanto a su historia psiquiátrica, 10,78 es la media de años que hace que iniciaron seguimiento en nuestro CSM. El 48,9% de la muestra ha mantenido su seguimiento sin interrupción alguna desde su inicio, frente al 51,1% que sí lo han interrumpido en alguna ocasión (24,5% hasta en un mínimo de tres ocasiones). En 51,1% de pacientes se recogen antecedentes psiquiátricos familiares. En cuanto al consumo de tóxicos, el 25% de la muestra reconoce haber consumido cannabinoides, seguido de un 13,3% de alcohol de forma abusiva, un 13,3% de psicoestimulantes y un 8,9% de opiáceos.

Respecto a la clínica que motiva la consulta existe un claro predominio de sintomatología ansiosa (60% de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1298

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

muestra), seguido de sintomatología afectiva (35,6% de la muestra) y conductual (17,8% de la muestra). Los diagnósticos más frecuentes son Trastorno afectivo (40%), Trastorno ansioso (37,8%) y Trastorno de la personalidad (22,2%). Un 8,9% cumplen criterios de Trastorno por consumo de tóxicos y un 6,7% de Trastorno psicótico. En un 15,5% de la muestra el facultativo responsable reconoce haber sospechado un Trastorno facticio, y en el 24,4% de casos reconoce haber tenido dudas a la hora de dar un diagnóstico. Son una minoría los pacientes a los que se les ha ofrecido derivación a otro dispositivo (el 33,3%), siendo el más habitual Hospital de Día (11,1%) seguido de unidades específicas de dependencias (8,9%). Los fármacos mayoritariamente pautados son los antidepresivos (hasta en un 80% de la muestra) y los ansiolíticos (73,3%), seguidos de los antipsicóticos orales (28,9%) y antiepilépticos/estabilizadores (22,2%). Sólo una paciente de toda la muestra está en tratamiento con litio, y ningún paciente lo está con antipsicóticos de liberación prolongada. Se considera que el 54,5% de la muestra conoce bien su tratamiento, siendo adecuado el cumplimiento en un 55,6% de los pacientes valorados. En un 35,6% la toma es irregular o existe una mala cumplimentación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que este primer estudio del perfil clínico de la población gitana (en lo que conocemos, único hasta la fecha) es imprescindible para poder lograr una atención específica y eficaz a esta población. Se trata de un trabajo sencillo, con una recogida de datos que forma parte de nuestra actividad clínica diaria (la entrevista clínica es herramienta fundamental de trabajo en Salud Mental), de bajo coste, fácilmente replicable y sencillamente ampliable a cualquier otra Unidad.

Como aspectos a mejorar planteamos los siguientes:

1. Si bien se ha logrado cumplir con el objetivo planteado (recabar información útil y analizarla), la necesidad de ceñirnos a unos plazos de entrega deja pendiente, en primer lugar, el poder completar la recogida de datos durante al menos un año y no únicamente durante nueve meses. Con ello la muestra hubiera sido mayor y los resultados hubiesen tenido una mayor relevancia. Consideramos que un periodo de un año nos hubiera aproximado a poder introducir en el estudio al total de los pacientes que mantienen historia clínica abierta en el centro, puesto que algunos de ellos mantienen visitas de revisión anuales.
2. Queda pendiente también unir a los datos recabados en nuestra USM los recogidos desde la Unidad de Psicopatología del Servicio de Psiquiatría del HCU.
3. Una vez estudiados los datos recabados, consideramos que resultaría muy interesante comparar los datos obtenidos en el estudio actual con otra muestra de similares características de pacientes no gitanos. Sería ésta la forma definitiva de discernir si existen diferencias clínicamente significativas que confirmen esa "patoplastia particular" de la etnia gitana que planteábamos como hipótesis en el punto de partida de nuestro trabajo.
4. Y por último: resultaría necesario introducir en el equipo de trabajo un profesional con conocimientos y experiencia en informática y estadística que pueda colaborar en la ampliación de la base de datos y el estudio de la misma.

Restaría finalmente poner en marcha una segunda fase que nos lleve a lograr el objetivo último de ésta línea investigadora (atención específica y eficaz a pacientes gitanos). Para ello proponemos la posterior puesta en común de los resultados obtenidos con profesionales de la salud que atienden a estos pacientes en otros ámbitos (fundamentalmente Atención Primaria y Servicios Sociales, así como otras Unidades dentro de los Servicios de Psiquiatría) y la posible creación de programas específicos de atención a esta etnia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1298 ===== ***

Nº de registro: 1298

Título
ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

Autores:
VILLAS PEREZ EVA, SEVA FERNANDEZ ANTONIO, GIL HERNANDEZ NIEVES, GARCIA CORBALAN JORDI, MARTIN MARTINEZ CARMEN, PAMPLONA FONDEVILA SUSANA, GRACIA PELIGERO EVA, BELDA HIJANO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1298

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Resulta compleja la atención psiquiátrica a pacientes pertenecientes a la etnia gitana. Existen grandes dificultades diagnósticas (la experiencia clínica pone de relevancia una patoplastia peculiar sobre la que no encontramos tan apenas bibliografía ni estudios), y es complicada la planificación de tratamientos, pues topamos con una barrera transcultural que limita nuestra intervención, entre otros, por el rechazo de estos pacientes a gran parte de los recursos que se les ofrecen.

Todo ello lleva a no lograr evoluciones satisfactorias en buena parte de estos pacientes, incluso a no lograr siquiera una adecuada continuidad asistencial. Consideramos que existen una barrera transcultural que resulta insalvable si no logramos una mejor comprensión de su forma de vivir y expresar la enfermedad mental. Para ello resulta indispensable un estudio exhaustivo de las características clínicas de este perfil de pacientes que nos permita ampliar información y así lograr una atención específica y eficaz en esta población. Proponemos un programa que constituiría una primera fase imprescindible de acercamiento, estudio y análisis de una población particular y en gran medida desconocida, para poder así asentar las bases de cara a la creación de un programa de atención específico y necesario, de atención a en Salud Mental a etnia gitana.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Recoger en una base de datos estructurada y fiable a los pacientes de etnia gitana atendidos en nuestro CSM.
2. Hacer una recopilación de datos demográficos, clínicos, sociales y psicobiográficos.
3. Hacer con ello un estudio descriptivo fiable.
4. Lograr un mejor conocimiento de la patoplastia del paciente gitano en Salud Mental.
5. Lograr finalmente una atención específica y más eficaz en este perfil de paciente
6. Asentar las bases para una segunda fase del programa: contacto con Atención Primaria y Servicios Sociales; exposición de resultados y creación en coordinación con ellos de un programa específico de intervención comunitaria y atención especializada a etnia gitana que facilite la adecuada derivación, adhesión y tratamiento de esta población.

MÉTODO

Participarían los pacientes de etnia gitana con cita concertada en nuestro CSM entre marzo de 2019 y noviembre de 2019, bien en visitas de primer día o en visitas de revisión. La recogida de información se realizará a través de entrevistas directas mantenidas en esas visitas a nuestro CSM.

A través de la elaboración de fichas específicas, los datos registrados en las historias clínicas (sociodemográficos, diagnóstico, años de evolución, tratamientos ensayados, derivación a otros dispositivos, continuidad del seguimiento...) serán sistematizados de cara a facilitar su análisis.

Por medio de un programa de cálculo estadístico se procederá al análisis de los mismos y a la interpretación de los resultados.

Contactaremos con Servicios Sociales municipales y Atención Primaria para compartir los resultados, poner en común las dificultades y plantear la creación de un programa específico de atención en Salud Mental a paciente de etnia gitana.

Contamos además con el interés mostrado por la Unidad de Psicopatología del Hospital Clínico Universitario en nuestro proyecto.

INDICADORES

- nº de pacientes de etnia gitana atendidos en nuestro CSM entre marzo y noviembre de 2019
- nº de fichas cumplimentadas con información recabada de las historias clínicas
- nº de ítems de cada ficha cumplimentados (fichas e ítems por definir a lo largo del programa que proponemos)
- nº de centros de atención primaria y servicios sociales contactados para la exposición y puesta en común de la información.

DURACIÓN

- Marzo 2019 a noviembre 2019: recopilación de historias clínicas y recogida/ampliación de datos.
- Abril 2019: creación de fichas específicas para la sistematización de datos
- Diciembre 2019: análisis descriptivo de los datos recogidos en las fichas; análisis de resultados.
- Enero 2020: contacto con Servicios Sociales Municipales y Atención Primaria, puesta en común de la información.
- Febrero 2020, creación de programa específico de intervención comunitaria y atención específica en salud mental a población gitana.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1298

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1310

1. TÍTULO

PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO TARI GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA MARCO ISABEL
GIMENEZ NAVARRO ROSA
VILLARROYA LACILLA MARIA
JUAN GONZALVO NATIVIDAD
PEREZ PASCUAL MANUEL
PEÑA JUAN ISABEL
GASCON RICARTE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Establecimiento de criterios para ingresar en el Programa
Se realiza la selección de usuarios susceptibles de entrar en el Programa en base a los criterios establecidos.
Evaluación funcional de su problemática en las diversas áreas de la vida cotidiana
Diseño del PIR con especial relevancia en el área de habilidades para la vida independiente.
Coordinación con el resto de dispositivos sanitarios y recursos sociales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han recogido los primeros datos de los indicadores del 100% de los integrantes del Programa (12), disponiéndose de una serie de datos base que nos permita observar la evolución de los usuarios a lo largo del Programa durante el año 2020.

Los indicadores establecidos eran los siguientes:

- N° de usuarios que siguen manteniéndose viviendo en su domicilio desde el inicio del programa.
- N° de pacientes del Programa ingresados en dispositivos de UME o ULE/ N° total de pacientes del programa
- Incremento significativo del nivel de calidad percibida en la atención, evaluado con el cuestionario de Actitudes del Usuario (CAU) utilizado en la evaluación de los recursos residenciales de la Comunidad Autónoma andaluza.

Hemos incorporado un nuevo indicador: Evaluación de las actividades de la vida diaria (Escala Bels), ya que nos permitirá evaluar los cambios personales al vivir autónomamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos ampliado los indicadores para tener unos datos base que nos permita evaluar más discriminadamente el Programa

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1310 ===== ***

N° de registro: 1310

Título
PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON TMG (TRASTORNO MENTAL GRAVE)

Autores:
TARI GARCIA ANTONIO, GARCIA MARCO ISABEL, GIMENEZ NAVARRO MARIA ROSA, VILLARROYA LACILLA MARIA, JUAN GONZALVO NATIVIDAD, PEREZ PASCUAL MANUEL, PEÑA JUAN ISABEL, GASCON RICARTE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO DE DIA ROMAREDA

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 .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1310

1. TÍTULO

PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención domiciliaria permite que aquellas personas con cierto grado de autonomía puedan permanecer en sus domicilios o en la comunidad, evitando ingresos en unidades residenciales y respetando el derecho de las mismas a un proyecto de vida independiente.

Ante la escasez de plazas en los dispositivos concertados que pueda suplir estas carencias, desde los recursos propios del CRP intentamos dar respuesta a estas necesidades complementando los recursos concertados para esta finalidad.

Su finalidad es ofrecer servicio de supervisión, de entrenamiento o de autocuidado compensatorio, tanto de cuidados personales como de entorno, y detección precoz de estadios de pre-crisis o de situaciones de recaídas.

RESULTADOS ESPERADOS

POBLACIÓN DIANA

Usuarios y usuarias del CD con dificultades para poder vivir de modo autónomo en la comunidad y vinculados a los dispositivos comunitarios de rehabilitación del Sector III que viven solos en su domicilio o pensión, o a aquellos que si bien conviven con sus padres debido a la edad de éstos se prevé que en un espacio no muy prolongado en el tiempo se encontrarán solos/as.

OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA

1. Ofrecer atención en el entorno natural de las personas que sufren TMG
2. Desarrollar un sistema de continuidad de cuidados definidos en el plan rehabilitador establecido en el CD
Para cumplir estos objetivos es necesario conocer las capacidades y dificultades de autonomía de las personas atendidas en el CD.

Detectar necesidades no cubiertas en los recursos de alojamiento para su cobertura a través de los recursos sociales comunitarios

Evaluar las capacidades de los usuarios/as y realizar una preparación para las habilidades domésticas y para la vida autónoma.

Seguimiento y supervisión de pacientes ya integrados en pisos.

Proporcionar atención y apoyo sanitario en aquellos casos de mala adherencia al tratamiento y/o escasa conciencia de enfermedad con el fin de detectar precozmente crisis

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Lograr una adherencia suficiente para la continuidad del tratamiento.

2. Desarrollar las capacidades de cada paciente.

Los bloques de intervenciones propuestos son:

1. Habilidades de autocuidado

2. Habilidades instrumentales (habilidades para la vida diaria).

3. Elaboración y cuidado activo de la salud.

4. Apoyo psicológico, orientado hacia el manejo de síntomas y el afrontamiento de problemas.

Se propone para el Contrato de gestión del 2019 este Proyecto que tratará de cubrir estas necesidades detectadas.

El Programa acogerá a doce pacientes de los dispositivos comunitarios de rehabilitación.

El objetivo final del proyecto es garantizar la recuperación funcional en el ámbito del hogar y poder estabilizar la posibilidad de una vida autónoma en los pacientes asignados.

MÉTODO

Se realizará la selección de los pacientes destinatarios a partir del estudio de necesidades de apoyo domiciliario.

El programa incluirá:

- Evaluación completa que contenga las necesidades de estabilización clínica, mantenimiento de la salud, sociales, familiares, económicas, etc.
- Diseño de un P. I. T. que abarque intervención multidisciplinar en todas las necesidades detectadas.
- Mantener vinculación a los dispositivos de rehabilitación.
- Mantener coordinación con el resto de dispositivos sanitarios.
- Mantener coordinación con los recursos sociales.

INDICADORES

- Mantenimiento de la autonomía en el área residencial
- N.º de reingresos en UME y ULE de pacientes previamente ingresados
- Menor frecuencia de ingresos y días de estancia en UCE (N.º de ingresos 2 años antes de la intervención / N.º de ingresos tras 2 años de intervención)
- Incremento significativo del nivel de calidad percibida en la atención
- Mejora de los indicadores de calidad de vida en paciente

DURACIÓN

El programa se ha diseñado para el periodo del contrato de gestión actual 2019. La continuidad con los pacientes incorporados durante este año en el Programa se garantizará el tiempo necesario.

Evaluación de necesidades de asistencia domiciliaria de los pacientes atendidos en los Programas de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1310

1. TÍTULO

PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

rehabilitación de los dispositivos comunitarios de Rehabilitación del Sector III (Centro de Día Romareda y C. Ocupacional Delicias. Mes de abril 2019).
Incorporación de los pacientes al Programa a partir de mayo del 2019
Recogida de datos de los indicadores a utilizar para su evaluación (Finales de abril 2019)
Incorporación de los pacientes al Programa a partir de mayo del 2019
Nueva evaluación de indicadores en el mes de diciembre del 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1333

1. TÍTULO

PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN FERRER DUFOL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA MARCO ISABEL
GIMENEZ NAVARRO ROSA
VILLAROYA LACILLA MARIA
JUAN GONZALVO NATIVIDAD
GIL PARDOS BELEN
MARIN BERGES MARTA
RUIZ GARROS MARIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas suponen la puesta en marcha del programa, según la orientación que se detalló en a memoria, si bien algunos indicadores no se pueden valorar todavía, ya que la demora en la entrega de los pisos donde debían vivir los usuarios hace que estemos todavía muy en el inicio de este, por lo que no podemos cuantificar si eso va a suponer una reducción de incidentes desfavorables o una mejora sustancial en la percepción de la calidad de vida.

Se han cumplido sin embargo todas las actividades de preparación del programa, se ha derivado a los usuarios a este y se han dado los primeros pasos para procurar la mejor adaptación a su nueva situación.

las actividades realizados son:

A. Establecimiento y cumplimiento de criterios para ingresar en el Programa

La inclusión de los usuarios en el Programa Residencial, se ha basado los dos tipos de criterio establecidos en la memoria, unos de carácter general y otros específicos para cada caso y recurso:

1. Como criterios generales para entrar en el programa se han incluido en este a personas que:

- necesiten apoyo residencial, por carencia o inadecuación de su red social, como consecuencia de padecer alguna enfermedad mental de carácter grave (preferentemente psicosis),
- no tengan acceso a otras prestaciones residenciales de carácter general,
- sean usuarios o usuarias de los servicios públicos de salud mental
- acepten, con un grado razonable de voluntariedad, las condiciones del programa
- y, no presenten, de manera permanente, hábitos y/o trastornos de conducta que distorsionen gravemente la convivencia, ni necesidades de atención sanitaria que no puedan prestarse habitualmente en régimen ambulatorio.

2. Como criterios específicos, dependientes del dispositivo o subprograma concreto en que van a recibir atención hay que añadir que dichas personas:

- se adapten al grado de apoyo específico definido en cada caso,
- acepten las condiciones económicas establecidas, que deben formalizarse en un contrato individual,
- y cuenten con un plan concreto de seguimiento y apoyo sanitario.

B. Realización de la elección de los tres usuarios susceptibles de entrar en el Programa en base a los siguientes criterios:

- Evaluación funcional de su problemática en las diversas áreas de la vida cotidiana
- Diseño del PIR con especial relevancia en el área de habilidades para la vida independiente.
- Coordinación con el resto de dispositivos sanitarios y recursos sociales.

C. Evaluación funcional dirigida específicamente a las capacidades necesarias para garantizar una adecuada permanencia en el piso.

D. Planificación de intervenciones y realización de las primeras actuaciones.

- Reuniones individuales con los usuarios
- Reunión con familiares y de coordinación con otras instancias
- Creación de espacios de coordinación del equipo multidisciplinar implicado
- Primeras visitas al domicilio, con distribución de tareas, planificación de visitas, vinculación de los usuarios a centros comunitarios de atención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han recogido los primeros datos de los indicadores del 100% de los integrantes del Programa, disponiéndose de una serie de elementos base que nos permitirán observar la evolución de los usuarios a lo largo del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1333

1. TÍTULO

PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS

Programa durante el año 2020.

Los indicadores establecidos eran los siguientes:

- N° de usuarios que siguen manteniéndose viviendo en su domicilio desde el inicio del programa.
- N° de pacientes del Programa ingresados en dispositivos de UME o ULE/ N° total de pacientes del programa
- Incremento significativo del nivel de calidad percibida en la atención, evaluado con el cuestionario de Actitudes del Usuario (CAU) utilizado en la evaluación de los recursos residenciales de la Comunidad Autónoma andaluza.
- y hemos incorporado un nuevo indicador: Evaluación del nivel de habilidades para la vida diaria, ya que nos permitirá evaluar los cambios personales al vivir autónomamente.

La puesta en marcha del programa puede considerarse cumplida en su totalidad, si bien aun no podemos valorar los indicadores propuestos dado que el retraso en la cesión de los pisos hace que la incorporación de los usuarios al piso sea muy reciente.

Hemos duplicado nuestro objetivo inicial, ya que hemos incorporado al programa a tres usuarios más que venían siendo seguidos desde el CRP y que en estos momentos, al ir a vivir a una nueva vivienda, pasan al depender de este programa de pisos de reciente creación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra valoración de la puesta en marcha del programa es positiva, identificamos como principal dificultad la falta de una política planificada de sector que permita un mejor aprovechamiento de los recursos, no hay más que mencionar que de los tres pisos en estos momentos a nuestro cargo, cada uno de ellos está ubicado en zonas muy alejadas unos de otros, diferentes sectores y zonas de salud, lo que reduce la optimización del uso de los recursos, obliga a la multiplicación de las reuniones de coordinación y complica en la medida en que lo diversifica el recursos a servicios comunitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1333 ===== ***

Nº de registro: 1333

Título
PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON T.M.G. Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONOMICOS

Autores:
FERRER DUFOL CARMEN, GARCIA MARCO ISABEL, GIMENEZ NAVARRO MARIA ROSA, VILLAROYA LACILLA MARIA, JUAN GONZALVO NATIVIDAD, GIL PARDOS BELEN, MARIN BERGES MARTA, RUIZ GARROS MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO DE DIA ROMAREDA

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Existen dificultades en la externalización de pacientes de UME y ULE por no disponer de las alternativas residenciales suficientes y dado su escaso nivel de renta y la inexistencia de un núcleo familiar no tienen fácil acceso a una vivienda digna.
Ante la escasez de plazas en los dispositivos concertados que pueda suplir estas carencias, desde los recursos propios del CRP intentamos dar respuesta a estas necesidades complementando los recursos concertados para esta finalidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Fomentar la autonomía del paciente en todos los ámbitos que se encuentra deficitaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1333

1. TÍTULO

PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS

- Favorecer la integración y permanencia a la vida independiente en la comunidad.
- Completar la recuperación social a través de dar soporte y trasladar las intervenciones rehabilitadoras al entorno más adecuado.
- Dar apoyo y supervisión a las necesidades básicas de la vida cotidiana en el mantenimiento de la vivienda y cuidado de la persona.
- Apoyo en el cuidado de la salud y adherencia al tratamiento.
- Soporte en gestiones sociales.
- Favorecer el restablecimiento de las relaciones sociales y de la vida laboral.

En base a la cesión de dos viviendas por parte de la Dirección General de Vivienda del Gobierno de Aragón podemos atender a tres pacientes que están pendientes de alta de la UME y ULE del CRP Ntra Sra del Pilar. Dicho Programa cuenta con la colaboración de los profesionales de UME y ULE del CRP Ntra Sra del Pilar y podrá ser implementado con un esfuerzo suplementario de las tareas habituales que ya realiza la plantilla actual de los equipos de los dispositivos comunitarios de rehabilitación.

El objetivo final del proyecto es garantizar la recuperación funcional en el ámbito del hogar y poder estabilizar la posibilidad de una vida autónoma en los pacientes asignados.

MÉTODO

Gestión de la Dirección del CRP Ntra Sra del Pilar con la Dirección General de Vivienda para facilitación de viviendas que permitan la externalización de pacientes actualmente ingresados.

Acompañamiento en la adaptación de las viviendas para el uso confortable de las mismas.

Selección de los pacientes destinatarios, que se ajusten mejor a este tipo de programa.

Integración del usuario en un programa de apoyo y seguimiento en el domicilio que incluya:

- Evaluación completa que contenga las necesidades de estabilización clínica, mantenimiento de la salud, sociales, familiares, económicas, etc.
- Diseño de un Plan individualizado de tratamiento que abarque intervención multidisciplinar en todas las necesidades detectadas.
- Mantener la vinculación a los dispositivos de rehabilitación.
- Mantener la coordinación con el resto de dispositivos sanitarios.
- Mantener coordinación con los recursos sociales.

Los bloques de intervenciones propuestos son:

1. Habilidades de autocuidado: esta área está directamente relacionada con el estilo personal, hábitos y costumbres.
2. Habilidades para la vida diaria.
3. Elaboración y cuidado activo de la salud.
4. Apoyo psicológico, orientado hacia el manejo de síntomas y el afrontamiento de problemas.

INDICADORES

- Mantenimiento de la autonomía residencial.
- N.º de reingresos en UME y ULE de pacientes previamente ingresados
- Menor frecuencia de ingresos y días de estancia en UCE (N.º de ingresos 2 años antes de la intervención / N.º de ingresos tras 2 años de intervención)
- Incremento significativo del nivel de calidad percibida en la atención
- Mejora de los indicadores de calidad de vida en paciente

DURACIÓN

El programa se ha diseñado para el periodo del contrato de gestión actual 2019. La continuidad con los pacientes incorporados durante este año en el Programa se garantizará el tiempo necesario.

En abril y mayo se habrán realizado previamente las gestiones necesarias para disponer de la vivienda en condiciones hasta ser dados de alta del CRP Ntra Sra del Pilar. En el momento en que dichas condiciones estén garantizadas, se incorporaran al Programa de rehabilitación del Centro de Día Romareda.

Recogida de datos de los indicadores a utilizar para su evaluación.

Puesta en marcha del Subprograma a partir de junio del 2019.

Nueva evaluación de indicadores en el mes de diciembre del 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1333

1. TÍTULO

PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1246

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCIÓN MECANICA EN UME-ALONSO PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCION

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL PEREZ BERGES
· Profesión TCAE
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION DE PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ASENSIO FERNANDEZ MARIA LUISA
FERNANDEZ ALVAREZ MARIA DEL CARMEN
LAPEÑA MARTINEZ ASUNCION
LATRE LATRE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

Desde que se presentó el proyecto el equipo se ha reunido varias veces con el fin de confeccionar el folleto hacer las imágenes contrastar con todos los protocolos del CRP de la Comisión de Calidad, del Procedimiento de contención mecánica/ inmovilización terapéutica del HCU, los cursos realizados y los obtenidos en internet para así adecuarlo más breve al taller propuesto.

Como ya se dijo en el proyecto había una necesidad en la unidad cuando se incorporaba nuevo personal que esté fuera operativo en circunstancias graves de una contención mecánica, este personal o bien no había contenido nunca o, aunque había contenido no lo había hecho con pacientes agitados.

Se da la paradoja que el personal no ha hecho cursos en el Salud debido a su carácter temporal y de interinidad.

Algunos de ellos no conocían los materiales a utilizar, aunque era personal veterano en la sanidad pero había trabajado en otros servicios que no se contiene al paciente, y no sabían cómo se ponían estos materiales. Las actividades realizadas fueron debido a que, por motivo vacacional, sustitución o nuevas incorporaciones, . Se da no como un curso porque los cursos los hace el Salud sino un taller para familiarizarse con la situación, el material y la manera de colocarlas y realizarlas

Cada primer miércoles de mes en horas de salida de pacientes al exterior se aprovechaba para dar este taller aunque muchas veces no estaba el personal veterano para hacerlo se posponía para otro día.

CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO MARCADO

Ha sido riguroso aun cuando en ocasiones el miércoles proyectado no se pudo dar por alguna causa se puso otro día de la semana y a veces varios días en la misma semana.

Desde junio que empezó a venir el personal de verano, se ha continuado con el personal sustituto de los traslados y del personal de ILT han ido incorporándose al taller y lo ha hecho hasta hoy el 100% del personal.

RECURSOS EMPLEADOS:

La habitación de contención siempre en cada turno tiene que estar preparada para el taller como si fuera para una contención, habitación ventilada, ventana cerrada, temperatura de la habitación adecuada y guantes para el personal que va a hacer la contención.

Los objetos que haya en la habitación se comprobará que estén fijos y los que no se usen se retiran.

El material dispuesto para el taller: cama, cinturones, muñequeras, tobilleras, etc. Pinchos, tetones, imanes.

En el folleto distribuido se explica cómo se pone cada uno de ellos y una vez ojeado y leído por la persona que da el taller se pasa a la práctica en el que un compañero o compañera hace de paciente para que se pueda practicar.

DESCRIBIR LAS ACCIONES REALIZADAS DE CARA A COMUNICAR A PROFESIONALES Y PACIENTES EL PROYECTO Y SUS RESULTADOS

El equipo que formó el proyecto se ha visto ayudado por la Dirección de enfermería que ha llevado a los otros tres pabellones la información que se ha dado en UME Alonso-V.

Dentro del pabellón Alonso- V se informó del taller a los psiquiatras y enfermeros que le han dado el visto bueno y aceptado como una de las tareas pendientes en el pabellón.

El personal que ha entrado recientemente debido a la movilidad entre centros también lo ha hecho.

En Alonso V se ha informado a los profesionales de nueva incorporación lo han asimilado como una enseñanza más de las tareas del pabellón.

INDICAR SI SE HA ELABORADO ALGÚN TIPO DE MATERIAL PARA DESARROLLAR EL PROYECTO

El folleto: A cada profesional que ha hecho el taller se le ha dado un folleto en el cual aparte de explicar sobre todo el porqué, el cómo y para qué se contiene se ha hecho hincapié en la seguridad y tranquilidad del paciente dando una serie de explicaciones de cómo tiene que estar la habitación a la hora de la contención, el trato con el paciente y la coordinación con los compañeros a la hora de realizarla.

Varias fotografías explicando cómo se debe poner el material al paciente y para qué zona del cuerpo están indicadas.

Se hace hincapié que se fijen en la manera de realizar la contención mirando las fotografías y con este material se lleva a la práctica siempre con un compañero del equipo dispuesto a dejarse contener.

La contención y el tipos de contención depende lo que disponga el facultativo y cómo se encuentra el paciente: COMPLETA O PARCIAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1246

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCIÓN MECÁNICA EN UME-ALONSO PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCIÓN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SEÑALAR EL RESULTADO ALCANZADO Y SU RELACIÓN CON EL ESTÁNDAR MARCADO:

El taller lo ha hecho el 100% del personal al que iba dirigido en UME Alonso-V:

- Personal de verano
- Personal de sustitución
- Personal en prácticas de TCAE
- Personal en prácticas de Enfermería
- Personal EIR salud mental
- Residente de Psiquiatría que no había contenido nunca.

Dirección de enfermería nos comunicó que en los Pabellones Infanta, 5º Pabellón, 6º Pabellón También se dieron al personal sustituto y de verano con esta misma metodología.

INDICAR EL IMPACTO DEL PROYECTO.

La acogida del personal al que va dirigido este taller ha sido muy buena pues en todo momento ha habido una cooperación importante, alguna de estas personas ha querido repetir no una sino varias veces hasta que ha estado segura de que lo hacía con soltura. Respecto a los estudiantes de prácticas se comunicó a los tutores en el centro y estuvieron de acuerdo por ser conveniente para su formación.

INDICADORES UTILIZADOS:

1-INCLUYENDO SU FUENTE

- . Se parte del protocolo de la Comisión de Calidad Z2-245-15 del CRP Ntra. Sra. Del Pilar.
- . Procedimiento de Contención Mecánica/Inmovilización terapéutica del HCU.
- . Curso de contención mecánica impartido por Dirección del centro CRP
- . Los cursos que el equipo ha ido haciendo impartidos por el Salud.

2-MÉTODO DE OBTENCIÓN

- A- personal veterano que hay en el turno el día señalado para ayudar en el taller
- B- personal al que va dirigido el taller dispuesto a hacerlo.
- C- cantidad de días y horas que se imparte el taller.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LECCIONES APRENDIDAS: CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Indicar 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.

Para los componentes del equipo de mejora las actividades realizadas han sido bastante productivas nadie se ha negado a hacer la actividad y todos se han ido con buenas impresiones como se ha dicho anteriormente algunos han repetido varias veces y así se han asegurado de cómo hacer una buena intervención.

Quedan pendientes algunos compañeros que debido a no poder utilizar esta habitación por estar ocupada se les ha pospuesto para la próxima vez que vengan ejemplo el personal pull que ha estado estas navidades

Aportar información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación Sería conveniente que se repitiera todos los años y así todo el personal que venga al pabellón se sienta capaz de ayudar en caso de contención, los compañeros se sentirán más tranquilos y seguros sabiendo que entre todos se dará una respuesta efectiva dando así confianza al paciente de saber que este personal está en condiciones de atender con seguridad al paciente que por alguna necesidad pudiera ser contenido, siempre el paciente contenido ha dado las gracias al terminar esa situación

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1246 ===== ***

Nº de registro: 1246

Título
PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCIÓN MECÁNICA EN UME ALONSO-V PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCIÓN

Autores:
PEREZ BERGES MIGUEL ANGEL, ASENSIO FERNANDEZ MARIA LUISA, FERNANDEZ ALVAREZ CARMEN, LATRE LATRE TERESA, LAPEÑA MARTINEZ ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1246

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCIÓN MECANICA EN UME-ALONSO PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCION

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
-Debido a la necesidad de realizar contenciones mecánicas en la unidad como parte de nuestro trabajo en UME y observando deficiencias entre el nuevo personal contratado (nuevas incorporaciones, sustituciones ILT, vacaciones, etc.) y debido a la especificidad tanto del paciente de salud mental como de la técnica a realizar en situaciones complejas.
Consideramos esta iniciativa oportuna, útil y necesaria para favorecer la seguridad tanto del paciente como del profesional y equipo

RESULTADOS ESPERADOS
-Aumentar la confianza de los profesionales tanto del personal antigua como de nueva incorporación a la hora de realizar la contención.
-Mejorar la seguridad del paciente
-Mejorar la seguridad del personal que la realiza y de la unidad

MÉTODO
-Se editará un folleto con indicaciones básicas en el que se informe de los pasos a seguir en la contención. cómo ha de estar la habitación (temperatura etc), material a utilizar y como se ha de utilizar el material.
-Situación del paciente en la contención
-Prácticas con el personal incorporado por lo general el primer miércoles de cada mes o cuando la oportunidad lo requiera

INDICADORES
-Numero de practicas en el programa.
-Numero de personal en la actividad

DURACIÓN
-Periodos vacacionales (junio a octubre)
-Siempre cuando haya personal de sustitución o apoyo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0943

1. TÍTULO

PSICOEDUCACION FAMILIAR PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR EL PRONOSTICO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL CRP NTRA SRA DEL PILAR DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ANDRES MARTIN GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UME ALONSO V
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAGUNA MARTINEZ CRISTINA
GONZALEZ GOIZUETA EUGENIA
JORCANO PEREA ANGELES
VIDALLER ESCUDERO OLGA
LAPENA MARTINEZ ASUNCION
LATRE LATRE MARIA TERESA
GRACIA TABUENCA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
10 SESIONES SEMANALES DE 1 HORA DE DURACIÓN LOS MARTES A LAS 11,30 DEL 15 DE OCTUBRE AL 17 DE DICIEMBRE.
SE HA EMPLEADO MATERIAL AUDIOVISUAL CON EL PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN PROENFA MODIFICADO.ORDENADOR Y PROYECTOR.
REALIZADO EN LA SALA DE GRUPOS DE LA UME ALONSO V.
SE HA COMUNICADO EN REUNIONES DE EQUIPO Y DE FAMILIARES EL RESULTADO DEL PROGRAMA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NÚMERO DE SESIONES REALIZADAS RESPECTO A LA PLANIFICADAS 10/10----100%
NÚMERO DE FAMILIAS/SESIÓN QUE HAN ASISTIDO RESPECTO A LAS QUE MANIFESTARON LA INTENCIÓN DE VENIR 64/90-----71,1%
NÚMERO DE FAMILIAS A LAS QUE SE OFERTÓ POR CARTA O TELEFÓNICAMENTE 14.
NÚMERO DE FAMILIAS QUE SE COMPROMETIERON A PARTICIPAR 9

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA ASISTENCIA DE LAS FAMILIAS HA SIDO ALTA 71%

HAN MANIFESTADO VERBALMENTE QUE LES HABÍA AYUDADO A ENTENDER MEJOR LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE Y A AFRONTAR DE FORMA MÁS ADECUADA ALGUNAS SITUACIONES

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/943 ===== ***

Nº de registro: 0943

Título
PSICOEDUCACION FAMILIAR PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR EL PRONOSTICO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL CRP Nª SRA DEL PILAR DE ZARAGOZA

Autores:
MARTIN GRACIA ANDRES, LAGUNA MARTINEZ CRISTINA, GONZALEZ GOIZUETA EUGENIA, JORCANO PEREA ANGELES, EMBID GENE GEMA, LAPENA MARTINEZ ASUNCION, LATRE LATRE TERESA, GRACIA TABUENCA CRISTINA

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0943

1. TÍTULO

PSICOEDUCACION FAMILIAR PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR EL PRONOSTICO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL CRP NTRA SRA DEL PILAR DE ZARAGOZA

PROBLEMA

Se detecta que hay familias de pacientes que ingresan en el CRP que manifiestan que no han tenido acceso a Psicoeducación familiar
Es importante que las familias de los pacientes tengan conocimientos del TMG para entender la enfermedad y afrontar adecuadamente las dificultades en la convivencia que puedan surgir.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el conocimiento del TMG por parte de las familias de los pacientes ingresados en el CRP
Manejo adecuado de la convivencia familiar con un paciente con TMG
Disminuir los sentimientos negativos de las familias(culpa,impotencia,etc)

MÉTODO

Sesiones semanales de psicoeducación familiar en el CRP
Difusión por escrito a las familias de los pacientes

INDICADORES

Número de familias a las que se ofertan los grupos de Psicoeducación
Número de familias que participan en los grupos de psicoeducación
Número de sesiones realizadas respecto a las planificadas

DURACIÓN

De enero a junio de cada año a partir de 2019.
21 sesiones semanales de 1 hora de duración
Participan en la realización del grupo psiquiatras,psicólogas,enfermería,trabajo social y terapia ocupacional.

OBSERVACIONES

A las familias se les permite acabar el grupo de psicoeducación aunque su familiar haya sido dado de alta antes de que acabe el grupo.

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 - 2016/0627

1. TÍTULO

ABORDAJE INTEGRAL DE LA SOSPECHA DE ALERGIA A ANTIBIOTICOS BETALACTAMICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES A (HCULB)

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR GARCES 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 alérgológica 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 alérgológico 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 - 2018/0650

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE LUCIA FERRER CLAVERIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEGURA ARAZURI NIEVES
COLAS SANZ CARLOS
SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA
GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR
LEZAUN ALFONSO APOLINAR
AGULLO GARCIA ANA
CARRION SARI SILVIA KARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha habilitado desde junio de 2018 una consulta con periodicidad mensual, monográfica para el estudio y seguimiento de los pacientes con angioedema de características bradicinergicas, así como sus familiares, con una nueva agenda denominada ALGC3-ANGIOEDEMA.

La relación de días que se ha pasado esta consulta en 2018 son:

- 22 de Junio
- 27 de Julio
- 21 de Septiembre
- 19 de Octubre
- 23 de Noviembre

El número de pacientes atendidos en consulta a lo largo de estos 6 días ha sido de 41 pacientes. De ellos 22 presentan angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor (AEH-C1INH) pertenecientes a 11 familias diferentes, 2 pacientes presentan angioedema hereditario por mutación del F. XII, 4 angioedema de características bradicinergicas idiopáticos. El índice de asistencias a urgencias en el total de los pacientes con diagnóstico de AEH-C1INH atendidos en la unidad es de 78 visitas a lo largo del año 2018.

Se han elaborado diferentes protocolos en consulta:

1. Protocolo de seguimiento en consulta.

Todos los pacientes con AEH por déficit de C1 inhibidor, requieren en la visita basal hemograma, bioquímica, estudio de complemento con C4, C1 INH y actividad de C1 (actividad de C1 en laboratorio de referencia), serologías de VHA, VHB, VHC, VIH, Parvovirus B19 y confirmar vacunación de VHA y VHB.

En caso de precisar tratamiento con andrógenos se deberá realizar en la visita basal ecografía abdominal, hemograma, función hepática, perfil lipídico y análisis de orina. Se realizará control cada 6 meses del hemograma, función hepática, perfil lipídico y análisis de orina y exploración física valorando signos de virilización, peso y tensión arterial. Se recomienda revisión anual de la ecografía abdominal y alfa-feto proteina, por el riesgo de desarrollo de tumores hepáticos.

Si se sigue tratamiento con antifibrinolíticos, se deberá realizar en la visita basal estudio de coagulación. Se realizarán controles cada 6 meses con estudio de enzimas musculares (aldolasa, creatin fosfokinasa), función hepática y renal y análisis de orina. Se recomienda una vez al año revisión oftalmológica (fondo de ojo) para descartar daños en la retina.

En caso de haber precisado de tratamiento con Pdh C1INH (Berinert®), hay que realiza hemovigilancia una vez al año con controles serológicos de VHA, VHB, VHC, VIH, Parvovirus B19 por su riesgo teórico de transmisión. Las pruebas complementarias y de seguimiento en consulta son las recomendadas por el Grupo Español de Angioedema por Bradicinina (GEAB: Spanish Consensus of Bradykini-Induced Angioedema II JJACI 2011).

2. Protocolo en situación de emergencia

PROTOCOLO ANGIOEDEMA HEREDITARIO POR DEFICIT DE C1 INHIBIDOR

1 - COMO TRATAMIENTO EN URGENCIAS, en caso de presentar edema de glotis, edema cérvico-facial, o dolor abdominal invalidante, se administrará C1-INHIBIDOR (BERINERT®) 1000 U (2 viales) por vía intravenosa (20 U/kg) (administración directa lenta en 10-20 minutos), el efecto comienza a los 15-30 minutos y puede repetirse dosis en caso necesario transcurrida 1 hora. En caso de no disponer de C1-inhibidor se administrará ICATIBANT (FIRACYR® 30mg) (1 jeringa precargada) por vía subcutánea en abdomen, pudiendo repetir dosis transcurridas 6 horas, sin sobrepasar 3 dosis cada 24 horas.

Ante dolor abdominal moderado se debe administrar analgesia y reponer líquidos IV. En muchos casos un brote puede simular un abdomen agudo quirúrgico.

En caso de cuadro agudo LEVE con afectación periférica (angioedema de extremidades) puede mantenerse actitud expectante y tratar con analgesia. Pero siempre deberá permanecer en observación durante al menos 8-12 horas ya que la evolución del cuadro es progresiva.

Si no se dispone de BERINERT® ni FIRACYR® se puede administrar ACIDO TRANEXÁMICO (ANCHAFIBRIN®) vía intravenosa (20-50 mg/kg/día) 500-1000mg/2 horas o ACIDO EPSILON AMINOCAPROICO (CAPROAMIN®) 8gr intravenosos durante 4 horas y posteriormente 16 gramos al día o PLASMA FRESCO CONGELADO 2 unidades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0650

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

SI FUESE NECESARIO DEBE REALIZARSE TRAQUEOTOMÍA.

ESTE TIPO DE ANGIOEDEMA NO RESPONDE A CORTICOIDES, ADRENALINA NI ANTIHISTAMINICOS.

2 - COMO PROFILAXIS A CORTO PLAZO de intervenciones quirúrgicas y de manipulaciones oro-faríngeas (manipulaciones/extracciones dentales, endoscopias...) se debe administrar 500- 1000U de C1- INHIBIDOR (BERINERT®) intravenoso 1 a 6 horas antes, repitiendo la dosis si existe alguna complicación.

Si no se dispone de C1 INHIBIDOR puede administrarse 2 unidades de PLASMA FRESCO CONGELADO, si es posible 24 horas antes y repetir inmediatamente antes del procedimiento.

Otra alternativa es tomar DANAZOL (DANATROL®) 200mg/ 8 horas o ESTANAZOLOL 2mg/ 8 horas durante 5 días antes y hasta 3 días después de la manipulación.

Icatibant (Firacyr®) no está indicado como tratamiento profiláctico.

COMO NORMAS GENERALES LOS PACIENTES CON DÉFICIT DE C1 INHIBIDOR

1. DEBE EVITAR LA UTILIZACIÓN DE ESTROGENOS (anticonceptivo, tratamiento hormonal sustitutivo, etc) Y FÁRMACOS DE ACCIÓN ESTROGENICA. Si precisa anticonceptivos orales puede tomar progestágenos.

2. DEBE EVITAR LA UTILIZACIÓN DE HIPOTENSORES DEL GRUPO DE LOS IECAS (captopril, enalapril, linsipril, quinapril,...)

3. EN CASO DE PRECISAR ANTIDIABÉTICOS ORALES SE RECOMIENDA EVITAR EL GRUPO DE LAS GLIPTINAS, inhibidores de la dipeptidil peptidasa IV (DDP-IV).

3. Protocolos para la edad pediátrica

PROTOCOLO ANGIOEDEMA HEREDITARIO POR DEFICIT DE C1 INHIBIDOR EN POBLACIÓN INFANTIL

1 - COMO TRATAMIENTO EN URGENCIAS, en caso de presentar edema de glotis, edema cérvico-facial o dolor abdominal invalidante, se administrará C1-INHIBIDOR (BERINERT®) 500 U (1 vial) por vía intravenosa (a la dosis de 20 U/kg) (administración directa lenta en 10-20 minutos). El efecto comienza a los 15-30 minutos y puede repetirse dosis en caso de ser necesario transcurrido 1 hora. En caso de no disponer de C1 inhibidor si el niño/a es mayor de 2 años se podrá administrar ICATIBANT® (FIRACYR® 30mg/3ml) (12-25 Kg: 10mg (1ml); 26-40 kg: 15mg (1.5ml); 41-50 kg: 20mg (2ml); 51-65 kg: 25mg (2.5ml) y de >65kg 30mg) por vía subcutánea en abdomen, pudiéndose repetir dosis en caso necesario transcurridas 6 horas, y no más de 3 dosis cada 24 horas.

Ante dolor abdominal moderado se debe administrar analgesia y reponer líquidos IV. En muchos casos un brote puede simular un abdomen agudo quirúrgico.

En caso de cuadro agudo LEVE con afectación periférica (angioedema de extremidades) puede mantenerse actitud expectante y tratar con analgesia. Pero siempre deberá permanecer en observación durante al menos 8-12 horas ya que la evolución del cuadro es progresiva.

Si no se dispone de BERINERT® se puede administrar ACIDO TRANEXÁMICO (ANCHAFIBRIN®) vía intravenosa 20-50 mg/kg/día o ACIDO EPSILON AMINOCAPROICO (CAPROAMIN®) 0,2-0,4g/kg/día intravenosos o PLASMA FRESCO CONGELADO.

ESTE TIPO DE ANGIOEDEMA NO RESPONDE A CORTICOIDES, ADRENALINA NI ANTIHISTAMINICOS.

2 - COMO PROFILAXIS A CORTO PLAZO de intervenciones quirúrgicas y de manipulaciones oro-faríngeas (manipulaciones/extracciones dentales, endoscopias...) se debe administrar 500 U de C1- INHIBIDOR (BERINERT®) 10-25 U/kg intravenoso 1-6 horas antes del procedimiento, repitiendo la dosis si existe alguna complicación.

COMO NORMAS GENERALES LOS PACIENTES CON DÉFICIT DE C1 INHIBIDOR:

DEBE EVITAR LA UTILIZACIÓN DE ESTROGENOS Y FÁRMACOS DE ACCIÓN ESTROGENICA.

DEBE EVITAR LA UTILIZACIÓN DE HIPOTENSORES DEL GRUPO DE LOS IECAS (captopril, enalapril, linsipril, quinapril,...)

4. Protocolo en embarazadas

PROTOCOLO ANGIOEDEMA HEREDITARIO POR DEFICIT DE C1 INHIBIDOR EN EL EMBARAZO

1 - COMO TRATAMIENTO EN URGENCIAS, en caso de presentar edema de glotis, edema cérvico-facial, o dolor abdominal invalidante, se administrará C1-INHIBIDOR (BERINERT®) 1000 U (2 viales) por vía intravenosa (20 U/kg) (administración directa lenta en 10-20 minutos), el efecto comienza a los 15-30 minutos y puede repetirse dosis en caso necesario transcurrida 1 hora.

Ante dolor abdominal moderado se debe administrar analgesia y reponer líquidos IV. En muchos casos un brote puede simular un abdomen agudo quirúrgico.

En caso de cuadro agudo LEVE con afectación periférica (angioedema de extremidades) puede mantenerse actitud expectante y tratar con analgesia. Pero siempre deberá permanecer en observación durante al menos 8-12 horas ya que la evolución del cuadro es progresiva.

Si no se dispone de C1-INHIBIDOR, se puede administrar antifibrinolíticos a partir del 2º y 3 trimestre, como el ACIDO TRANEXÁMICO (ANCHAFIBRIN®) vía intravenosa (20-50 mg/kg/día) 500-1000mg/2 horas o ACIDO EPSILON AMINOCAPROICO (CAPROAMIN®) 8gr intravenosos durante 4 horas y posteriormente 16 gramos al día o PLASMA FRESCO CONGELADO 2 unidades.

SI FUESE NECESARIO DEBE REALIZARSE TRAQUEOTOMÍA.

ESTE TIPO DE ANGIOEDEMA NO RESPONDE A CORTICOIDES, ADRENALINA, NI ANTIHISTAMINICOS.

2 - COMO PROFILAXIS A CORTO PLAZO de intervenciones quirúrgicas y de manipulaciones oro-faríngeas

(manipulaciones/extracciones dentales, endoscopias...) se debe administrar 500- 1000U de C1- INHIBIDOR (BERINERT®) intravenoso 1- 6 horas antes, repitiendo la dosis si existe alguna complicación.

3- MANEJO EN EL PARTO.

• No se recomienda profilaxis a corto plazo de forma sistemática en todos los partos.

• Solo se deberá administrar C1-INHIBIDOR (BERINERT®) en caso de cesárea o parto instrumental.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0650

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

- Se recomienda disponer de C1-INHIBIDOR en el paritorio para su administración en caso de episodio agudo durante el parto o en las siguientes horas.

Se ha desarrollado también una nueva vía de actuación para tratamiento en Profilaxis a corto plazo (PCP) y se les podrá administrar el C1INH en su centro de Salud y evitar así la asistencia a urgencias para este uso, como se venía realizando hasta el momento actual. Se esta trabajando para poder realizarlo en los próximos meses de manera programada en Hospital de día del Hospital Clínico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con el desarrollo de la consulta monográfica de AEH nos ha permitido conocer que Aragón cuenta por el momento con 11 familias afectadas de angioedema hereditario. Ninguna de ellas tenía a todos los familiares de primer grado estudiados, con lo cual estamos trabajando para poder llevar a cabo un diagnóstico en todos y cada uno de ellos, de cara a poder ofrecerles un adecuado tratamiento en el caso de estar afectados y para poder realizar consejo genético.

Hemos observado en nuestra muestra que en este último año hasta el 25% de los pacientes presentaban ataques graves y el 55% ataques moderados y la necesidad de cambiar la normativa legal vigente en cuanto al tratamiento de estos pacientes, para que puedan tener un mejor acceso a la medicación que precisan sobre todo a nivel domiciliario. Hemos sido conscientes de la gran afectación en la calidad de vida de la mayoría de los pacientes, que les implica absentismo escolar, laboral y una alta carga de enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de la información cada vez más en la actualidad de las enfermedades raras, y entre ellas el AEH, en nuestros pacientes el tiempo hasta el diagnóstico de su enfermedad es como en otros estudios de alrededor de 7.75 años, un tiempo muy elevado al tratarse de una enfermedad de riesgo vital y curso impredecible; esto justifica la necesidad de estas consultas de cara al diagnóstico y manejo de estos pacientes, de sus familiares y del consejo genético que precisan.

Se han podido unificar criterios diagnósticos y terapéuticos en pacientes con angioedema hereditario de características bradicinergicas y en especial con angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor (AEH-C1INH) que es lo que sobre todo se ha centrado la consulta en estos primeros meses. Se han llevado a cabo protocolos de control y seguimiento como recomiendan las guías GEAB; así como protocolos de tratamiento en ataque agudo y PCP en población general, gestantes y población pediátrica.

Además, hasta octubre de 2018 Aragón era la única Comunidad Autónoma (CCAA) que no dispensaba para uso fuera del ámbito hospitalario el tratamiento con pC1-INH ni Icatibant a estos pacientes, ya que no estaba aprobado por parte de la CEMA (Comisión de Evaluación de Medicamento en Aragón). Con la puesta en marcha de la consulta se ha llevado de nuevo la problemática de estos pacientes a este comité y se ha podido actualizar estos tratamientos y conseguir que nuestros pacientes puedan disponer de ambos fármacos según sus necesidades tal y como recomiendan las guías.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/650 ===== ***

Nº de registro: 0650

Título
CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

Autores:
FERREER CLAVERIA LUCIA, SEGURA ARAZURI NIEVES, SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA, GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR, LEZAUN ALFONSO APOLINAR, AGULLO GARCIA ANA, CARRION SARI SILVIA KARINA, COLAS SANZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0650

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor es una enfermedad muy poco frecuente. Se estima que afecta en torno a 1/50.000 habitantes, lo que hace que se enmarque dentro de las llamadas "enfermedades raras". Cursa con episodios recurrentes de angioedema, no pruriginoso, en distintas localizaciones, lo más frecuente a nivel cutáneo y abdominal. Los episodios abdominales son habitualmente "no filiados", precisando múltiples asistencias a urgencias e incluso han llegado a confundirse con cuadros de abdomen agudo, que han terminado con cirugía abdominal en pacientes no bien diagnosticados. Los más peligrosos, los ataques laríngeos, son la manifestación más dramática que puede darse en estos pacientes por obstrucción de la vía aérea superior y muerte por asfixia. Aproximadamente la mitad de los pacientes sufren al menos un ataque laríngeo a lo largo de su vida, con el consecuente riesgo vital. El tratamiento con antihistamínicos, corticoides y adrenalina es ineficaz en estos pacientes y por tanto debe evitarse. El tratamiento en el ataque agudo más eficaz consiste en concentrado plasmático de la C1 esterasa humana (Berinert® o Cinryze®) intravenosos o fármacos sintéticos que actúan sobre la vía de contacto activada en AEH-C1-INH como un antagonista de RB2 (acetato de icatibant -Fyracir®) subcutáneos. El curso de la enfermedad es impredecible a lo largo de la vida de un paciente, así como en los miembros de la misma familia con la misma mutación genética. El diagnóstico de AEH-C1 INH se retrasa durante un promedio de 8.5 años a partir de la presentación inicial de los síntomas, aunque algunos estudios sugieren demoras de más de 13-20 años de promedio. Estos retrasos son preocupantes por el importante riesgo de edema laríngeo que compromete la vida de los individuos afectados, así como el aumento del gasto sanitario en exploraciones, ingresos y tratamientos ineficaces a lo largo de la vida de estos pacientes. Merece la pena destacar la gran afectación en la calidad de vida de estos pacientes, que debutan con esta patología en edades tempranas, habitualmente durante la pubertad, desarrollando una alta carga de enfermedad que les incapacita en sus actividades diarias, escolares y laborales, con un elevado coste indirecto de la enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto es unificar a todos los pacientes con una patología muy poco frecuente en una única consulta monográfica. El número de pacientes aproximados con este diagnóstico en Aragón es de alrededor de 20. En dicha consulta se tendrá registro y conocimiento de todos los pacientes afectados en Aragón, para poder realizar un mejor seguimiento y manejo de una patología con riesgo vital y curso impredecible. Esta consulta implicará una mejor accesibilidad al sistema, dando lugar a una consulta de referencia para pacientes, familiares y facultativos, para poder optimizar todos los recursos, intentar disminuir las asistencias a urgencias y los tratamientos innecesarios. Por otro lado, facilita el mejor conocimiento de una enfermedad rara, para poder llevar a cabo un adecuado manejo y actualización de estas enfermedades tan poco frecuentes. Se ofrece la posibilidad de un mejor aprendizaje a los residentes y estudiantes de la facultad.

MÉTODO

La oferta que se propone es la apertura de una consulta monográfica con carácter trimestral, 2 días cada trimestre, con un total de 8 días/año. Se citarán a los pacientes cada 30 minutos a lo largo de ese día. Se elaborarán protocolos de seguimiento (analíticas, pruebas complementarias, interconsultas), protocolo en situación de emergencia, protocolos en embarazadas y protocolos para la edad infantil.

INDICADORES

Los indicadores para monitorizar el proyecto serán:
Número de pacientes atendidos en el año.
Indicadores de demanda: reducción del número de asistencias a urgencias.
Se realizará evaluación del proyecto con carácter anual.

DURACIÓN

La duración del proyecto es indefinida.
El responsable de la implantación será la Dra. Lucía Ferrer en colaboración con Dra. Nieves Segura, Dr. Carlos Colas, Dra. M^a Teresa Sobrevía, Dra. M^a Mar Garcés, Dr. Apolinar Lezaun, Dra. Ana Agullo y Dra. Silvia Karina Carrión.
El proyecto se iniciará a lo largo del segundo trimestre del 2018.
La revisión para tener concluidos los protocolos es en el último cuatrimestre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0650

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0571

1. TÍTULO

INMUNOTERAPIA PRECOZ CON HUEVO PASTEURIZADO EN LACTANTES DIAGNOSTICADOS DE ALERGIA A PROTEINAS DE HUEVO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA SOBREVIA ELFAU
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ GARCIA GONZALO
FERRER CLAVERIA LUCIA
COLAS SANZ CARLOS
CARRION SARI SILVIA KARINA
GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR
SEGURA ARAZURI NIEVES
LEZAUN ALFONSO APOLINAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ofrece en la consulta de alergología infantil, la posibilidad de iniciar tratamiento con inmunoterapia con clara de huevo pasteurizada, a todos los padres/tutores legales de lactantes menores de dos años, una vez realizado el diagnóstico de alergia a proteínas de huevo.
Durante el año 2019 se ofrece la posibilidad de iniciar el tratamiento a 15 pacientes, que cumplen el requisito de confirmarse alergia a proteínas de huevo y no tolerarlo en ninguna de sus presentaciones (no se ofrece a casos más leves que toleran huevo cocinado).
Inician el tratamiento los 15, acudiendo a consulta de forma semanal para incrementar dosis de huevo pasteurizado forma progresiva.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 15 pacientes, una familia la retiramos del tratamiento por no cumplir con las recomendaciones dadas por los especialistas y no acudir a las citas. Ante la posibilidad de tener reacciones en domicilio se decide no continuar.

De los 14 pacientes restantes, se ha finalizado la fase de inducción o incrementos en 10. Durante la fase de inducción, en los 10 pacientes se han administrado un total de 170 dosis de huevo en consulta, de las cuales han tenido reacción cuatro pacientes. En total se han objetivado cinco reacciones leves consistentes en urticaria facial. Otras reacciones que han contado los padres son un episodio de urticaria aguda, deposiciones blandas transitorias y varios episodios de vómitos. Todas ellas reacciones leves que no han impedido continuar con el tratamiento.

Los 10 pacientes que han finalizado la fase de inducción del tratamiento, toleran en la actualidad huevo en todas sus presentaciones, incluso crudo, por lo que se ha conseguido normalizar totalmente la dieta y ninguno de ellos ha presentado ninguna reacción posteriormente.

En 5 de los 10 pacientes el estudio alergológico es negativo tras el tratamiento, en la otra mitad de los pacientes todavía las pruebas son positivas, pero toleran el alimento, siguen las recomendaciones indicadas en consulta y no han reportado ninguna reacción.

Los otros 4 pacientes están todavía acudiendo a consulta, se encuentran en fase de inducción y está previsto finalizar el tratamiento durante el año 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por el momento no hemos observado reacciones de gravedad que hayan tenido que obligarnos a suspender el tratamiento.

Hemos conseguido normalizar la dieta en todos los niños que han finalizado el tratamiento.

Tenemos pendiente todavía realizar una encuesta de satisfacción a los padres.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/571 ===== ***

Nº de registro: 0571

Título
INMUNOTERAPIA PRECOZ CON HUEVO PASTEURIZADO EN LACTANTES DIAGNOSTICADOS DE ALERGIA A PROTEINAS DE HUEVO

Autores:
SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA, GONZALEZ GARCIA GONZALO, FERRER CLAVERIA LUCIA, COLAS SANZ CARLOS, CARRION SARI SILVIA KARINA, GARCES SOTILLOS MAR, SEGURA ARAZURI NIEVES, LEZAUN ALFONSO APOLINAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0571

1. TÍTULO

INMUNOTERAPIA PRECOZ CON HUEVO PASTEURIZADO EN LACTANTES DIAGNOSTICADOS DE ALERGIA A PROTEÍNAS DE HUEVO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Alergia alimentaria
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La alergia a proteínas de huevo es un creciente problema de salud pública en los pacientes pediátricos, que afecta no solo al individuo alérgico, sino a sus familias, cuidadores, industria alimentaria, así como a los costes directos de salud, en comparación con los individuos no alérgicos.

La evitación estricta en niños es difícil, debido a que el huevo puede estar presente en muchos platos y productos manufacturados, por lo que no son infrecuentes las ingestas accidentales, que pueden llegar a poner en riesgo la vida del niño. Se conoce que aproximadamente el 21% de todas las reacciones alérgicas accidentales tienen como desencadenante el huevo, siendo el segundo en frecuencia, tras la leche (42%). Las exposiciones se deben principalmente a la ingestión no intencional, errores de lectura de la etiqueta y contactos cruzados. Además, existen pruebas sólidas de que la alergia alimentaria tiene un impacto en la calidad de vida en los pacientes y sus familias.

El objetivo de utilizar la inmunoterapia oral es permitir el consumo seguro de alimentos que contengan estos alérgenos en pacientes alérgicos.

El término inmunoterapia implica la administración gradual de cantidades crecientes de alérgenos con el propósito de inducir cambios inmunológicos protectores, siendo un tratamiento que altera la respuesta inmunitaria anormal subyacente, que, a diferencia de la farmacoterapia, puede proporcionar beneficios clínicos a largo plazo.

Algunos estudios abiertos han mostrado además un impacto positivo en la calidad de vida de los niños después de una inmunoterapia exitosa, utilizando cuestionarios validados. Además, en este grupo etario, buscamos inducir una desensibilización de forma precoz, reduciendo de una forma temprana el riesgo de reacciones por ingestas accidentales, con toda la problemática psicosocial que esto conlleva, mejorando así la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la seguridad de los pacientes al iniciar el tratamiento en lactantes menores de 2 años alérgicos al huevo, de forma precoz tras el diagnóstico. Adquisición de un estado de desensibilización o tolerancia tras la introducción de la inmunoterapia oral con clara pasteurizada en niños menores de 2 años alérgicos al huevo, mediante la valoración de la ausencia de reacción tras la ingesta de este alimento al finalizar la pauta.

MÉTODO

Se ofrece en la consulta de alergología infantil, la posibilidad de iniciar tratamiento con inmunoterapia con clara de huevo pasteurizada, a todos los padres/tutores legales de lactantes menores de dos años, una vez realizado el diagnóstico de alergia a proteínas de huevo.

INDICADORES

Se establecerán 3 indicadores para monitorizar el desarrollo del proyecto:

* Número de reacciones alérgicas por ingesta de huevo en pacientes menores de dos años con diagnóstico de alergia a proteínas de huevo durante y tras el tratamiento con inmunoterapia. Comparar con pacientes a los que no se les ha realizado el tratamiento.

* Valoración de la tolerancia del alimento tras finalizar el tratamiento, lo que conlleva normalizar la dieta del paciente y su familia/entorno social.

* Se repetirá el estudio alergológico tras finalizar el tratamiento para comprobar si el paciente ha conseguido la curación o se ha conseguido la tolerancia y persiste sensibilización.

* Encuesta de satisfacción a los padres tras finalizar el tratamiento.

DURACIÓN

Se seleccionarán todos los pacientes que finalicen el tratamiento en el año 2019.

El tratamiento tiene dos fases, una de inicio donde el paciente recibe una dosis de clara pasteurizada en consulta, si presenta una adecuada tolerancia continua en domicilio tomando esa cantidad una vez al día y de forma semanal acude a consulta para realizar un incremento del 30%. Esta fase suele durar 20 semanas. Una vez que ha finalizado la fase de incrementos llegamos a la fase de mantenimiento donde tiene que tomar al menos un huevo tres veces por semana si continúa siendo alérgico o puede hacer dieta sin restricciones en los casos que el tratamiento el curativo.

Los responsables principales de la implantación son: María Teresa Sobrevía y Gonzalo González.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0571

1. TÍTULO

INMUNOTERAPIA PRECOZ CON HUEVO PASTEURIZADO EN LACTANTES DIAGNOSTICADOS DE ALERGIA A PROTEINAS DE HUEVO

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0602

1. TÍTULO

NOTIFICAR PARA MEJORAR: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE APOYO A LA NOTIFICACION DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE ALERGIA DEL HOSPITAL CLINICO

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE LUIS CUBERO SALDAÑA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOZANO ANDALUZ SOFIA VICTORIA
CARBAJO MARTINEZ ESTHER
MARTINEZ MARTINEZ ELVIRA
CARRION SARI SILVIA KARINA
LEZAUN ALFONSO APOLINAR
SEGURA ARAZURI NIEVES
GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han diseñado e implementado distintas acciones relacionadas con la información proporcionada:

- Se diseñó un formulario en formato papel para la notificación de incidentes.
- Se colocó un buzón accesible junto con múltiples copias del formulario en blanco.
- Se difundió el proyecto entre los miembros del servicio.
- Se realizó una recogida semanal de las notificaciones del buzón.
- Análisis de las notificaciones y propuestas de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se recibió una notificación de un evento relacionado con la seguridad del paciente consistente en un error de identificación en una hoja de tratamiento de un paciente. Tras el posterior análisis no se encontraron opciones de mejora que pudieran evitar este tipo de errores salvo la informatización completa de todas las actividades llevadas a cabo.

No se han producido notificaciones desde nuestro Servicio en este período al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) de nuestro hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gestión de los riesgos y la seguridad del paciente son los dos pilares fundamentales para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria y los sistemas de registro y notificación de eventos adversos son fundamentales en este aspecto. Por desgracia cuentan con barreras importantes como son las reticencias de los profesionales a la notificación de estos eventos y que los sistemas de los que disponemos en la actualidad son poco cercanos al profesional y en ocasiones poco amigables para el usuario.

Se debe realizar una labor para aumentar la conciencia de la importancia de la notificación y la cultura de la seguridad en los profesionales, asimismo como tratar de acercar estos sistemas de notificación al usuario. Nuestro proyecto trataba de acercar estos sistemas de notificación a nuestro servicio mediante la utilización de un buzón físico y formularios en papel que serían analizados posteriormente por personal del propio servicio, pero al haberse recibido solamente una notificación estimamos que no ha obtenido una acogida adecuada.

Debido a la importancia de los sistemas de registro y notificación de eventos adversos debemos encontrar una fórmula para que los profesionales se impliquen en la notificación y facilitar que ésta se realice.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/602 ===== ***

Nº de registro: 0602

Título

NOTIFICAR PARA MEJORAR: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE APOYO A LA NOTIFICACION DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE ALERGIA DEL HOSPITAL CLINICO

Autores:

CUBERO SALDAÑA JOSE LUIS, LOZANO ANDALUZ SOFIA VICTORIA, CARBAJO MARTINEZ ESTHER, MARTINEZ MARTINEZ ELVIRA, CARRION SARI SILVIA KARINA, LEZAUN ALFONSO APOLINAR, SEGURA ARAZURI NIEVES, GARCES SOTILLOS MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0602

1. TÍTULO

NOTIFICAR PARA MEJORAR: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE APOYO A LA NOTIFICACION DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE ALERGIA DEL HOSPITAL CLINICO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La gestión de los riesgos y la seguridad del paciente son los dos pilares fundamentales para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria.

Los sistemas de registro y notificación de eventos adversos permiten mejorar la seguridad de los pacientes alertando de nuevos riesgos potenciales, compartiendo la información sobre nuevos métodos para prevenir errores y fomentando una cultura de seguridad en la organización.

Sin embargo, los sistemas de los que disponemos en la actualidad son poco cercanos al profesional y en ocasiones poco amigables para el usuario. Con frecuencia encuentran barreras prácticas en la notificación de incidentes fundamentalmente relacionadas con la dificultad de acceso y el desconocimiento de estos sistemas, que suelen estar basados en páginas web asociadas a la intranet del centro hospitalario. Esta es uno de las principales razones que se baraja para explicar el reducido número de notificaciones que se producen al SiNASP, que es el sistema que dispone nuestro hospital.

Por estos motivos se ha decidido diseñar un plan complementario que consiga acercar estos sistemas de notificación al usuario mediante la utilización de un buzón físico y formularios en papel que serán analizados posteriormente por el equipo de mejora. Dicha iniciativa ha tenido buenos resultados en algunos servicios hospitalarios y está extendiéndose a otros en la actualidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Recopilar información sobre los incidentes relacionados con la seguridad del paciente que se producen en el Servicio de Alergología.
- Registrar y analizar los incidentes notificados que pudieran dar lugar a un evento adverso.
- Transmitir la información al sistema general hospitalario SiNASP.
- Sensibilizar a los profesionales sanitarios y tratar de fomentar una cultura de la seguridad.
- Diseñar e implementar prácticas seguras a partir del resultado del análisis de los datos para evitar que se produzcan incidentes similares.

MÉTODO

Se colocará un buzón accesible por todo el personal del Servicio de Alergología junto con los formularios de notificación impresos para que puedan ser cumplimentados de forma más sencilla por la persona que decida notificar.

Se trasladará la información sobre este proyecto a todos los profesionales sanitarios del Servicio de Alergología y el buzón se dejará siempre en el lugar asignado.

La notificación será anónima salvo que el notificante decida aportar su nombre para poder dar más información sobre el incidente si lo estimara oportuno.

Las respuestas recibidas en el buzón serán analizadas semanalmente por el equipo de mejora en grupos de 2-3 integrantes y una vez al mes por la totalidad del equipo de mejora. En el caso de que la gravedad del incidente lo requiera se adelantará dicha reunión y se notificará al responsable del SiNASP y a la Dirección del Hospital.

INDICADORES

- Número de notificaciones recibidas.
- Ratio de número de notificaciones * 100 / número de pacientes atendidos.
- Número de eventos notificados al SiNASP.
- %incidentes que conllevan un evento adverso.
- %notificaciones que conllevan una acción de mejora.
- Número de reuniones del grupo de análisis.

Se realizará evaluación del proyecto con carácter anual.

DURACIÓN

Inicio: 1 de febrero de 2019
Fin: 30 noviembre de 2019

Febrero-Marzo: diseño del formulario, colocación del buzón y difusión e implicación en el proyecto de los miembros del servicio.

Abril-Septiembre: recogida y análisis semanal de las notificaciones y reuniones mensuales del grupo de mejora.

Octubre-Noviembre: valoración de la totalidad del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0602

1. TÍTULO

NOTIFICAR PARA MEJORAR: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE APOYO A LA NOTIFICACION DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE ALERGIA DEL HOSPITAL CLINICO

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 - 2019/0604

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE DESENSIBILIZACION A QUIMIOTERAPICOS Y FARMACOS BIOLÓGICOS

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE SOFIA VICTORIA LOZANO ANDALUZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARBAJO MARTINEZ ESTHER
ARIZA SANCHEZ BERTHA
MARTINEZ MARTINEZ ELVIRA
HERNANDEZ ALAYA ROSA MARIA
BRÍÑEZ GIRALDO TATIANA
CUBERO SALDAÑA JOSE LUIS
COLAS SANZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han diseñado e implementado distintas acciones relacionadas con la información proporcionada:

- Se diseñó un checklist específico para la realización de procedimientos de desensibilización a quimioterápicos y fármacos biológicos.
- Se realizó difusión y entrenamiento por el personal de enfermería y facultativo especialista encargado de la realización de dichos procedimientos.
- Se aplicó dicho checklist en todos los procedimientos de desensibilización a quimioterápicos y fármacos biológicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Grado de implantación: Se ha cumplimentado en 113 procedimientos de 113 realizados (100%).
- Grado de mejora de la calidad: no se ha objetivado ningún evento relacionado con la seguridad una vez puesto en práctica el modelo de checklist diseñado.
- Grado de adecuación: se han realizado pequeños ajustes puntuales sobre el modelo de checklist diseñado para mejorar la comprensión y cumplimentación.
- Grado de satisfacción de los profesionales: el personal involucrado habitualmente en la realización de desensibilizaciones ha mostrado un alto grado de satisfacción con el proyecto y se ha objetivado que facilita la formación y puesta en práctica por el personal con menos experiencia que en ocasiones tiene que realizar estos procedimientos de forma puntual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los listados de verificación (checklist) son unas herramientas útiles, de rápido y fácil manejo, que han demostrado su efectividad en múltiples ámbitos de la medicina. En nuestro proyecto hemos comprobado que en la desensibilización a quimioterápicos y fármacos biológicos también resulta de utilidad al ser una técnica de riesgo protocolizada individualizada para cada paciente que consta de múltiples pasos y que debe llevarse a cabo de forma correcta y estructurada por personal con el correcto entrenamiento y experiencia y cuyos errores en el procedimiento que pudieran ocurrir pueden tener consecuencias graves para los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/604 ===== ***

Nº de registro: 0604

Título
IMPLANTACION DE UN CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE DESENSIBILIZACION A QUIMIOTERAPICOS Y FARMACOS BIOLÓGICOS

Autores:
LOZANO ANDALUZ SOFIA VICTORIA, CARBAJO MARTINEZ ESTHER, ARIZA SANCHEZ BERTHA, MARTINEZ MARTINEZ ELVIRA, HERNANDEZ ALAYA ROSA MARIA, BRÍÑEZ GIRALDO TATIANA, CUBERO SALDAÑA JOSE LUIS, COLAS SANZ CARLOS

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: ALERGIA A MEDICAMENTOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0604

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE DESENSIBILIZACION A QUIMIOTERAPICOS Y FARMACOS BIOLÓGICOS

Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los fármacos antineoplásicos y biológicos constituyen actualmente un pilar fundamental en el tratamiento de las neoplasias. Uno de los problemas clínicos con que nos encontramos en la práctica diaria y que limita frecuentemente la administración de estos tratamientos son las reacciones infusionales y, dentro de ellas, las reacciones de hipersensibilidad, que en no pocas ocasiones obligan a suspender el tratamiento. La suspensión del tratamiento idóneo para el paciente supondría una menor probabilidad de respuesta que será, además, de peor calidad, con un detrimento en su supervivencia y su calidad de vida. Con el objetivo de poder administrar el tratamiento idóneo para el paciente y de contrastada superioridad sobre otros cuando existen estos contratiempos, se han desarrollado protocolos de desensibilización. Los datos publicados nos permiten afirmar que la desensibilización es posible realizarla en la mayoría de los casos con éxito sin poner en riesgo la vida del paciente.

La desensibilización consiste en la administración del fármaco al que el paciente es alérgico en dosis graduales hasta alcanzar la dosis necesaria, mediante la inducción de un estado de tolerancia temporal a dicho medicamento. Es una técnica de riesgo protocolizada individualizada para cada paciente que consta de múltiples pasos y que debe llevarse a cabo de forma correcta y estructurada por personal con el correcto entrenamiento y experiencia. Los errores en el procedimiento que pudieran ocurrir pueden tener consecuencias graves para los pacientes. Los listados de verificación (checklist) pueden ser unas herramientas útiles, de rápido y fácil manejo, que han demostrado su efectividad en otros ámbitos de la medicina para evitar posibles errores u olvidos a la hora de realizar un procedimiento, facilitar el trabajo de enfermería y fomentar la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

-Elaborar un checklist encaminado a la mejora de la seguridad en la realización de desensibilizaciones a fármacos antineoplásicos y biológicos.
-Detectar y aplicar posibles opciones de mejora de la seguridad del paciente en dichos procedimientos.

MÉTODO

-Elaboración de un checklist específico para la realización de procedimientos de desensibilización a quimioterápicos y fármacos biológicos.
-Difusión y entrenamiento por el personal de enfermería y facultativo especialista encargado de la realización de dichos procedimientos.
-Aplicación de dicho checklist en todos los procedimientos de desensibilización a quimioterápicos y fármacos biológicos.

INDICADORES

a. Grado de implantación: se evaluará el porcentaje de cumplimentación del checklist en los procedimientos de desensibilización (estándar 100%).
b. Grado de mejora de la calidad: evaluación de la incidencia de eventos relacionados con la seguridad, una vez puesto en práctica el modelo de checklist diseñado.
c. Grado de adecuación: se realizarán controles periódicos, con la finalidad de recabar información puntual que permita realizar ajustes puntuales sobre el modelo de checklist diseñado.
d. Grado de satisfacción de los profesionales: se realizará una encuesta, al personal involucrado en la realización de desensibilizaciones, sobre la satisfacción con el proyecto de mejora.
Se realizará evaluación del proyecto con carácter anual.

DURACIÓN

Inicio: 1 de febrero de 2019
Fin: 30 noviembre de 2019

Febrero-Marzo: diseño del check-list.
Abril-Septiembre: aplicación del mismo en desensibilizaciones a quimioterápicos y fármacos biológicos realizadas.
Octubre-Noviembre: valoración de la totalidad del proyecto.

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 - 2016/0312

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

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 cassetts, 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 MULTIDICIPLINARIO 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 las técnicas 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

- N° total de pacientes con inadecuado proceso de recogida de orina/ n° total de pacientes con solicitud de recogida de orina x100.
- N° total de recipientes inadecuados para la recogida/ n° total de recipientes recibidos x100
- N° total de orinas con fijador (alcohol)/ n° 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 gónitourinario
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 Quirófono 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 - 2018/0483

1. TÍTULO

INCREMENTO DE LA AUTOMATIZACION DE LA FASE ANALITICA EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE EMMA OLMEDO ARBIZU
· Profesión TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALERO TORRES CAROLINA
BARRA BORAO VERONICA
MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN
BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES
GONZALES SEJAS ARIEL
FELIPE BERLANGA FRANCESC

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 1º mes, se forma tanto al personal técnico como médico en el uso y manejo del sistema de capsulas de seguridad y el procesamiento automático de las biopsias mediante sistema microondas de carga continua.
El siguiente trimestre se comienza a utilizar este sistema con algunas biopsias. utilizando todos los recursos necesarios y adaptando la forma y el sistema de trabajo por parte del personal para el uso y realización adecuado del proceso y utilizando los medios necesarios para ello.
Se reúne el grupo de calidad, se valoran los avances y resultados, siendo estos positivos, pero susceptibles de alguna mejora que se lleva a cabo. Informando y formado a todo el personal implicado en ello.
A partir del segundo trimestre se implementa el sistema a casi la totalidad de las biopsias, utilizando y normalizando el uso de los recursos necesarios para llevarlo a cabo, siendo valorado esté por el grupo de calidad, satisfactoriamente pero adaptando los cambios necesarios para seguir mejorando.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha completado la automatización del proceso de las muestras histológicas que llegan diariamente a nuestro laboratorio.
consiguiendo como objetivo principal mejorar la calidad, seguridad y trazabilidad, evitando la perdida de material durante la manipulación y la adecuada orientación de las muestras, para llegar al diagnóstico adecuado en el menor tiempo posible, y con el mayor aprovechamiento del material que entra en nuestro servicio.
Y logrando disminuir los problemas relacionados con la manipulación, orientación y manejo, que se daban durante el procesado de las muestras histológicas con el anterior método de trabajo.
Al utilizar los nuevos recursos (campanas de tallado, procesador ondas microondas, formador de bloques etc) implantados en el servicio, se ha llegado a alcanzar el segundo objetivo y no menos importante, que es la reducción a la exposición diaria por parte del personal, ante el uso y manejo de los productos químicos formaldehído y xileno. Al tener un menor uso y estar más protegidos frente a ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al haberse logrado los objetivos principales que se querían alcanzar con la automatización del sistema, la valoración del equipo es positiva.
Se han cumplido los plazos establecidos, y por parte de todo el personal ha habido implicación y esfuerzo para llevarlo a cabo.
Se ha mejorado en el entorno de trabajo, con lo que con lleva una disminución en los riesgos laborales.
Por lo tanto se ha mejorado en la calidad y seguridad del trabajo que se realiza diariamente, logrando así el objetivo final de nuestro trabajo, que es conseguir un diagnostico adecuado en el menor tiempo posible.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/483 ===== ***

Nº de registro: 0483

Título
INCREMENTO DE LA AUTOMATIZACION DE LA FASE ANALITICA EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Autores:
OLMEDO ARBIZU EMMA, VALERO TORRES CAROLINA, BARRA BORAO VERONICA, MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN, BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES, GOZALES SEJAS ARIEL, FELIPE BERLANGA FRANCESC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0483

1. TÍTULO

INCREMENTO DE LA AUTOMATIZACION DE LA FASE ANALITICA EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

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
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de anatomía patológica, se encuentra en la necesidad de disminuir las incidencias relacionadas con la manipulación, orientación y manejo, que se dan durante el procesado de las muestras histológicas, que se reciben diariamente en nuestro laboratorio de Anatomía Patológica en la fase analítica.

RESULTADOS ESPERADOS

Como objetivo principal, nos planteamos mejorar la calidad, seguridad y trazabilidad, evitando la pérdida de material durante la manipulación y la adecuada orientación de las muestras, para llegar al diagnóstico adecuado en el menor tiempo posible, y con el mayor aprovechamiento del material que recibe nuestro servicio. Enfocada a mejorar la calidad.
Como segundo objetivo, nos planteamos evitar en la mayor medida de lo posible la exposición y el uso de productos químicos (formaldehído y xileno).

MÉTODO

- Implementación por parte del personal tanto medico como técnico, en el uso del nuevo sistema de tallaje con cápsulas de seguridad.
- Utilización de las mesas de tallaje, y de los sistemas fotográficos, de dictado de voz y trazabilidad.
- Procesamiento de muestras, mediante sistema microondas de flujo continuo.
- Realización de bloques mediante sistema automático.

INDICADORES

Grado de implantación: (número de biopsias procesadas de forma automática / número total de biopsias) * 100.
Grado de eficacia: (tiempo total utilizado en una única manipulación / número total de biopsias) * 100.

DURACIÓN

- 1º mes: Formación del personal sobre el manejo de las cápsulas de seguridad y del proceso automático.
- 2º- 3º mes: Realización de algunas biopsias con este proceso. Reunión del grupo de calidad para evaluar avances.
- 4º- 12º mes: Implementación en el proceso al 100% de las biopsias.

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 - 2018/0529

1. TÍTULO

MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL

Fecha de entrada: 06/03/2019

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
CHICO RODRIGUEZ MILAGROS
RAMIREZ GASCA TERESA
MARTA CASANOVA CARLO BRUNO
BARRA BORAO VERONICA
GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como primera medida, realizamos una reunión entre el grupo de control de calidad, el personal técnico y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador de la hoja de solicitud.

Una vez realizado el borrador, se convocó una reunión del grupo para aprobar el modelo y se envió a la comisión de Historias Clínicas.

La comisión de Historias Clínicas, dio el visto bueno para comenzar su uso, aunque quedó paralizada porque en Gestión de Calidad se ha comenzado a desarrollar la implementación del programa de cribado cervical que va a crear unos protocolos y documentación comunes para toda la Comunidad Autónoma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El nuevo documento de solicitud de cribado cervical aunque fue aprobado por la comisión de historias clínicas no ha podido implementarse ya que se ha comenzado a trabajar de forma conjunta y consensuada en un programa de cribado cervical único para toda la Comunidad Autónoma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora formado en el servicio de Anatomía Patológica valora positivamente el trabajo desempeñado y el modelo de solicitud creado, aunque por motivos ajenos a ellos no haya podido ser implementado.

En cualquier caso valoramos muy positivamente la creación por parte del Salud de un programa conjunto y consensuado de cribado cervical. Con este programa se van a seguir las recomendaciones establecidas para la detección precoz del cáncer de cérvix, implementándose un co-test que incluye tanto la determinación de HPV como el estudio de la citología en los casos pertinentes dentro de los servicios de Anatomía Patológica. De este modo se centralizará las pruebas en un solo servicio ya que dependiendo del resultado de la prueba de HPV se realizará o no la citología. Esto implica que el modelo de solicitud de cribado debe recoger datos tanto de una como de la otra prueba.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/529 ===== ***

Nº de registro: 0529

Título
MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL

Autores:
LAFUENTE MAINAR BELEN, FLORIA TRUC LIDIA, CHICO RODRIGUEZ MILAGROS, BARRA VORAO VERONICA, RAMIREZ GASCA TERESA, MARTA CASANOVA CARLO BRUNO, GUMIEL MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRIVADO DE CERVIX
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0529

1. TÍTULO

MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha detectado que la hoja de solicitud de cribado cervical vigente en estos momentos en el sector III, no se adapta a las necesidades actuales, especialmente en lo relativo a la terminología empleada. Este modelo de solicitud, no sigue el actual sistema recomendado por todas las Sociedades Científicas (SEAP, SEC, SEGO y AEPC), que es el Sistema Bethesda 2014.

RESULTADOS ESPERADOS

Como primer objetivo, nos planteamos que todas las solicitudes de cribado cervical recibidas en Anatomía Patológica utilicen el mismo modelo de solicitud y que el mismo, esté ajustado a los estándares internacionales. La población diana será toda aquella susceptible de cribado cervical. Este documento va dirigido tanto a ginecólogos del Sector III, como a matronas de Atención Primaria de dicho sector.

MÉTODO

- a) Reunión entre el grupo de control de calidad, el personal técnico y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador de la hoja de solicitud.
- b) Una vez realizado el borrador, se realizara una reunión del grupo para su aprobación y envío a la comisión de Historias Clínicas.
- c) Puesta en marcha del proyecto, informando del cambio a la nueva hoja de solicitud a todo el personal implicado (ginecólogos y matronas del Sector III).
- d) Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos y aplicación de propuestas de mejora en caso de ser necesario.

INDICADORES

Grado de implantación: (número de solicitudes en el formato correcto de hoja de petición/ número total de solicitudes) * 100

DURACIÓN

- 1º mes: reunión/es para acordar el mejor modelo de la nueva hoja de solicitud.
- 2º mes: Envío del modelo de solicitud acordado a la comisión de Historias Clínicas para su aprobación.
- 3º al 12º mes: Implantación del modelo definitivo una vez sea aprobado por la citada comisión.

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 - 2018/0529

1. TÍTULO

MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ANA BELEN LAFUENTE MAINAR
· Profesión TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FLORIA TRUC LIDIA
CHICO RODRIGUEZ MILAGROS
BARRA BORAO VERONICA
RAMIREZ GASCA TERESA
MARTA CASANOVA CARLO BRUNO
GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como primera medida, realizamos una reunión entre el grupo de control de calidad, el personal técnico y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador de la hoja de solicitud.

Una vez realizado el borrador, se convocó una reunión del grupo para aprobar el modelo y se envió a la comisión de Historias Clínicas.

La comisión de Historias Clínicas, dió el visto bueno para comenzar su uso, aunque quedó paralizada porque en Gestión de Calidad se ha comenzado a desarrollar la implementación del programa de cribado cervical que va a crear unos protocolos y documentación comunes para toda la comunidad autónoma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El nuevo documento de solicitud de cribado cervical aunque fue aprobado por la comisión de historias clínicas no ha podido implementarse ya que se ha comenzado a trabajar de forma conjunta y consensuada en un programa de cribado cervical único para toda la Comunidad Autónoma

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora formado en el servicio de Anatomía Patológica valora positivamente el trabajo desempeñado y el modelo de solicitud creado, aunque por motivos ajenos a ellos no haya podido ser implementado.

En cualquier caso valoramos muy positivamente la creación por parte del Salud de un programa conjunto y consensuado de cribado cervical. Con este programa se van a seguir las recomendaciones establecidas para la detección precoz del cáncer de cérvix, implementándose un co-test que incluye tanto la determinación de HPV como el estudio de la citología en los casos pertinentes dentro de los servicios de Anatomía Patológica. De este modo se centralizará las pruebas en un solo servicio ya que dependiendo del resultado de la prueba de HPV se realizará o no la citología. Esto implica que el modelo de solicitud de cribado debe recoger datos tanto de una como de la otra prueba.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/529 ===== ***

Nº de registro: 0529

Título
MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL

Autores:
LAFUENTE MAINAR BELEN, FLORIA TRUC LIDIA, CHICO RODRIGUEZ MILAGROS, BARRA VORAO VERONICA, RAMIREZ GASCA TERESA, MARTA CASANOVA CARLO BRUNO, GUMIEL MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRIVADO DE CERVIX
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0529

1. TÍTULO

MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL

PROBLEMA

Se ha detectado que la hoja de solicitud de cribado cervical vigente en estos momentos en el sector III, no se adapta a las necesidades actuales, especialmente en lo relativo a la terminología empleada. Este modelo de solicitud, no sigue el actual sistema recomendado por todas las Sociedades Científicas (SEAP, SEC, SEGO y AEPC), que es el Sistema Bethesda 2014.

RESULTADOS ESPERADOS

Como primer objetivo, nos planteamos que todas las solicitudes de cribado cervical recibidas en Anatomía Patológica utilicen el mismo modelo de solicitud y que el mismo, esté ajustado a los estándares internacionales. La población diana será toda aquella susceptible de cribado cervical. Este documento va dirigido tanto a ginecólogos del Sector III, como a matronas de Atención Primaria de dicho sector.

MÉTODO

- a) Reunión entre el grupo de control de calidad, el personal técnico y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador de la hoja de solicitud.
- b) Una vez realizado el borrador, se realizara una reunión del grupo para su aprobación y envío a la comisión de Historias Clínicas.
- c) Puesta en marcha del proyecto, informando del cambio a la nueva hoja de solicitud a todo el personal implicado (ginecólogos y matronas del Sector III).
- d) Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos y aplicación de propuestas de mejora en caso de ser necesario.

INDICADORES

Grado de implantación: (número de solicitudes en el formato correcto de hoja de petición/ número total de solicitudes) * 100

DURACIÓN

- 1º mes: reunión/es para acordar el mejor modelo de la nueva hoja de solicitud.
- 2º mes: Envío del modelo de solicitud acordado a la comisión de Historias Clínicas para su aprobación.
- 3º al 12º mes: Implantación del modelo definitivo una vez sea aprobado por la citada comisión.

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 - 2018/0531

1. TÍTULO

TRAJE DEL CANCER DE MAMA. INCLUSION EN EL COMITE DE TUMORES DE MAMA DESDE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Fecha de entrada: 20/02/2019

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
MOROS GARCIA MANUEL
MARTA CASANOVA CARLO BRUNO
MUÑOZ GUILLERMO
FELIPO BERLANGA FRANCESC
GONZALES SEJAS ARIEL
VALERO TORRES ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizamos reuniones con los integrantes del comité de mama donde se consensuó y se determinó el proceso a seguir; posteriormente se realizó una reunión con el personal del servicio implicado en el diagnóstico del cáncer de mama para discutir y aclarar los criterios y coordinar la actuación ante un diagnóstico nuevo de cáncer de mama y sobre las piezas quirúrgicas. Posteriormente se inició la ejecución del proyecto, comentando las dudas que surgieron en su momento y evaluando los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente se incluyen desde el servicio de anatomía patológica todos los casos nuevos diagnosticados de cáncer de mama mediante biopsia, así como también el resultado final de las piezas quirúrgicas de todas las pacientes recibidas y procesadas.
La población diana:
Mujeres adultas con lesión neoplásica biopsia y/o intervenida quirúrgicamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la instauración de este plan de mejora hemos conseguido agilizar las decisiones tomadas en el comité de tumores; ya que todas las pacientes son estudiadas previamente por los especialistas que tienen acceso al listado de pacientes colgadas en el comité antes del mismo.
Todas las pacientes se comentan semanalmente en el comité de tumores de cáncer de mama y de esta manera evitamos la demora en los tiempos de actuación. En el momento de la consulta con la paciente, se presenta a la misma no solo el diagnóstico de su lesión sino un plan terapéutico a seguir previamente discutido en el comité por todos los agentes sanitarios implicados.
Por lo expuesto previamente, este plan de mejora, ha sido bien recibido y se cumple al 100% por todos los patólogos que intervienen en el diagnóstico de esta patología, debido a su trascendencia sobre el tratamiento de las pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/531 ===== ***

Nº de registro: 0531

Título
TRIAJE DEL CANCER DE MAMA. INCLUSION EN EL COMITE DE TUMORES DE MAMA DESDE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Autores:
MEJIA URBAEZ ELAINE, CARDIEL GARCIA MARIA JOSE, MOROS GARCIA MANUEL, MARTA CASANOVA CARLO BRUNO, MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO, FELIPO BERLANGA FRANCESC, GONZALEZ SEJAS ARIEL, VALERO TORRES ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0531

1. TÍTULO

TRAJE DEL CANCER DE MAMA. INCLUSION EN EL COMITE DE TUMORES DE MAMA DESDE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se observó desde el Comité de Tumores de Mama la presencia de pacientes procedentes de otros servicios diferentes a la Unidad de Mama, diagnosticadas de carcinoma mamario, cuya valoración por parte del Comité se demoraba, aumentando los tiempos de respuesta. Esto se veía agravado por la supresión del formato de papel en los informes anatomopatológicos, siendo el momento en que la paciente acudía a la consulta cuando se iniciaba la derivación a la Unidad de Mama. Esta misma situación se observó en aquellos casos con diagnóstico de carcinoma de mama no sospechado previamente.
Una vez identificado el problema, se propuso desde el servicio de Anatomía Patológica la posibilidad de incluir directamente todos los diagnósticos de carcinoma de mama en el Comité por parte de los patólogos que realizaban el diagnóstico, permitiendo que no se escapara ningún diagnóstico tumoral con la consecuente demora en los tiempos de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados: Realizar el triaje de todos los casos nuevos de cáncer de mama desde el servicio de Anatomía Patológica para su inmediata inclusión y posterior discusión en el Comité de Tumores Mamarios.
Población diana: Todas pacientes biopsiadas por lesiones mamarias.
Servicios diana: Todos los que intervienen en diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

MÉTODO

- Propuesta del proyecto descrito previamente en el Comité de Mama.
- Reunión con los integrantes del Comité de mama para consensuar y determinar el procedimiento a seguir.
- Reunión con el personal del servicio implicado en el diagnóstico de esta patología para coordinar la actuación ante un diagnóstico nuevo de cáncer de mama.
- Puesta en marcha del proyecto.
- Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos y aplicación de propuestas de mejora en caso de ser necesario.

INDICADORES

Grado de implantación: Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama incluidas en el Comité de Tumores mamarios /Total de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama.

DURACIÓN

- 1º mes: Reunión/es para acordar las actuaciones a seguir.
- 2º mes: Puesta en marcha del proyecto.
- 4º mes: Reunión para evaluación preliminar del grado de implantación.
- 6º mes: Reunión para evaluación definitiva.

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 - 2018/0548

1. TÍTULO

ADECUACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO A LAS NECESIDADES ACTUALES

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE CARDIEL GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE MAINAR ANA BELEN
MEJIA URBAEZ ELAINE
RAMIREZ GASCA TERESA
BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES
VALERO TORRES CAROLINA
CHICO RODRIGUEZ MILAGROS
OLMEDO ARBIZU EMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha diseñado la nueva hoja de solicitud de estudio anatomopatológico y se ha aprobado por el grupo de trabajo y por el grupo de calidad del servicio. Con todo ello, se ha remitido a la Subdirección de Servicios Centrales y a la Comisión de Historias Clínicas del hospital. Una vez llegados a este punto, no se nos ha respondido ni comunicado nada al respecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración de un nuevo documento de solicitud de estudio anatomopatológico adaptado a las necesidades actuales tanto del propio servicio como del potencial cliente. Sin impacto todavía por no haber sido implementado en la práctica diaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente la aprobación por los órganos externos pertinentes para su definitiva implantación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/548 ===== ***

Nº de registro: 0548

Título
ADECUACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO A LAS NECESIDADES ACTUALES

Autores:
CARDIEL GARCIA MARIA JOSE, LAFUENTE MAINAR BELEN, MEJIA URBAEZ ELAINE, RAMIREZ GASCA TERESA, BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES, VALERO TORRE CAROLINA, CHICO RODRIGUEZ MILAGROS, OLMEDO ARBIZU EMMA

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: Toda patología que requiera estudio anatomopatológico
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el servicio de Anatomía Patológica hemos detectado que la vigente hoja de solicitud de Estudio Anatomopatológico no se ajusta a las necesidades actuales, presentando un formato obsoleto en muchos aspectos. Asimismo carece de datos fundamentales para el trabajo diario del patólogo, además de incluir apartados coincidentes con el documento de Cribado Cervical.
Los datos que se considera debe incluir dicho documento y que, o bien estaban ausentes o eran incompletos, son:
- Procedimiento: Hace referencia al método empleado para la obtención de la muestra (ej.: biopsia diagnóstica y método de obtención, tipo de exéresis, tipo de cirugía, PAAF, citología exfoliativa, etc).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0548

1. TÍTULO

ADECUACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO A LAS NECESIDADES ACTUALES

- Hora de extracción: Actualmente es de vital importancia saber con absoluta precisión el tiempo de isquemia fría y/o de fijación en formol que han sufrido las muestras en la fase preanalítica, la cual influye de manera decisiva en el resultado de los biomarcadores predictivos de respuesta a tratamiento.
- Muestra/s remitida/s: Se venía observando que este apartado se quedaba en muchas ocasiones escaso para referir las diferentes muestras remitidas, ocupando espacios relativos a otras cuestiones.
- Sospecha de patología maligna: Facilita el triaje de las muestras recepcionadas en cuanto al grado de urgencia.
- Antecedentes personales de patología neoplásica: Igualmente permite un manejo más eficiente de las muestras.

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados:

- Facilitar la cumplimentación de la hoja de solicitud de Estudio Anatomopatológico al médico peticionario.
- Mejorar el manejo de la muestra una vez llega al servicio de Anatomía Patológica.
- Reducir tiempos y costes derivados de la realización de pruebas innecesarias (que se realizaban por carecer de ciertos datos clínicos relevantes).
- Dar prioridad a los casos más urgentes.

Población diana: Todos los pacientes a los que se realice una biopsia.

Servicios diana: Todos los que envían muestras para su estudio anatomopatológico.

MÉTODO

- Reunión entre el grupo de control de calidad, el personal técnico y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador de la hoja de solicitud.
- Una vez realizado el borrador, se convocará una reunión del grupo para su aprobación y envío a la comisión de Historias Clínicas junto con el correspondiente informe justificando la modificación.
- Puesta en marcha del proyecto, informando del cambio a todo el personal implicado (Médicos del Sector III).
- Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos y aplicación de propuestas de mejora en caso de ser necesario.

INDICADORES

Grado de implantación: (número de solicitudes en el formato correcto de hoja de petición/ número total de solicitudes) * 100

DURACIÓN

- 1º mes: reunión/es para acordar el mejor modelo de la nueva hoja de solicitud.
- 2º mes: Envío del modelo de solicitud acordado a la comisión de Historias Clínicas para su aprobación.
- 3º al 6º mes: Implantación del modelo definitivo una vez sea aprobado por la citada comisión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0567

1. TÍTULO

ESTANDARIZACIÓN DE PROTOCOLOS PARA BIOPSIAS PEQUEÑAS Y CITOLOGÍAS DE MAMA Y PULMÓN EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ZULEMA ESTHER BLANZACO ACIN
· Profesión TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FLORIA TRUC LIDIA
LAFUENTE MAINAR ANA BELEN
CHICO RODRIGUEZ MILAGROS
BARRA BORA VERONICA
ANOZ CARBONELL ELISABET
CARDIEL GARCIA MARIA JOSE
GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Fase Preanalítica:

Se remite carta a los servicios remitentes de este tipo de muestras para conseguir un mejor control de los tiempos de fijación en formol, especialmente para evitar sobrefijaciones en puentes festivos.

Se establecen tiempos de fijación nunca inferiores a 8 horas ni superiores a 72 horas, siendo 24 horas lo deseable en estas muestras, dado su tamaño, y lo que de forma habitual se hace en nuestro laboratorio.

Se convoca una reunión con los responsables de EBUS del Servicio de Neumología para optimizar la preparación de las muestras que remiten a nuestro servicio.

2. Fase Analítica:

Las biopsias pequeñas de mama y pulmón se incluyen en cassettes de un color específico que permite su fácil identificación y segregación del resto de muestras una vez procesadas.

Asimismo, durante ese mismo momento de inclusión en cassettes se solicita cortes sin teñir, además del propio corte de hematoxilina eosina, para acelerar el proceso diagnóstico posterior, cuando el patólogo requiera nuevos cortes para estudios complementarios, un hecho habitual en estas biopsias.

Una vez se obtienen los bloques de parafina, se establece un circuito específico para estas muestras, consistente en realizar la fase de corte y tinción directamente en la sección de inmunohistoquímica, con el objetivo de hacer un uso racional y economista de la muestra, preservando siempre material para estudios moleculares posteriores. Las citologías se procesan el mismo día de su recepción y se entregan de forma inmediata al patólogo para que determine si se requiere la realización de bloque celular. El cual va a llevar el mismo tipo de procesamiento que las biopsias.

Se establece un orden específico de prioridad a la hora de realizar tests de biomarcadores en las muestras de pulmón, en base a lo determinado en las guías de las sociedades científicas.

La evaluación "in situ" de los EBUS para comprobar si el material es adecuado, queda registrada en un informe tipo "intraoperatorio", que sube automáticamente a la historia electrónica del paciente. Además, se continúa transmitiendo la información al neumólogo verbalmente por vía telefónica.

3. Fase Postanalítica:

Se establece un registro de entrada y salida de los bloques de parafina y portaobjetos que se remiten a otros centros para estudios adicionales, gestionado por el personal administrativo del servicio bajo la supervisión del patólogo responsable del caso, y en su defecto, de otro patólogo de su misma sección. Se incluyen los datos relativos a la identificación del propio bloque, así como motivo de la salida y persona/servicio que lo solicita. A nivel del archivo, se verifica cualquier entrada y/o salida de bloques de parafina y portaobjetos por parte de personal autorizado del servicio para dicha labor, quedando reflejado en nuestro sistema informático. Con ello, se puede saber en todo momento el estado y ubicación de las muestras custodiadas.

4. Evaluación del grado de implantación de las actividades realizadas y/o de su repercusión final en el proceso diagnóstico:

Revisión de todos los EBUS realizados desde 01/04/19 al 31/12/19 para comprobar si se ha realizado el informe "in situ". Se contabilizan un total de 78 EBUS.

Evaluación de las incidencias relacionadas con el objeto del presente proyecto. Se contabilizan el nº total de muestras durante el segundo, tercer y cuarto trimestre de 2019, siendo el resultado: 250 biopsias pequeñas de pulmón, 230 biopsias pequeñas de mama y 728 citologías de pulmón. Se han producido un total de 9 incidencias, mayoritariamente relacionadas con errores a nivel de la zona de inclusión en cassettes, al ser procesadas como biopsias convencionales, con el consiguiente aumento del riesgo de pérdida de material en la fase de corte y el aumento de los tiempos de espera en la emisión del informe.

Obtención de datos relativos a tiempos de respuesta en la emisión de informes de las muestras objeto de estudio. Se compara el segundo y tercer trimestres de 2019. En el segundo trimestre la demora media de las biopsias pequeñas de pulmón ha sido 8 días y las de mama, 8,9 días; mientras que en el tercer trimestre, ha sido de 6 días para ambos tipos de muestras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Mejor control de los tiempos de fijación en formol.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0567

1. TÍTULO

ESTANDARIZACIÓN DE PROTOCOLOS PARA BIOPSIAS PEQUEÑAS Y CITOLOGÍAS DE MAMA Y PULMÓN EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

- 2. Mayor rendimiento de las biopsias de mama y pulmón, evitando pérdidas de material en la fase de corte.
 - 3. Mayor rendimiento de las muestras citológicas, mediante la realización de bloques celulares.
 - 4. Reducción de los tiempos de respuesta en la emisión de los informes al acelerar la fase de procesamiento en el laboratorio.
 - 5. Informes escritos del proceso de evaluación "in situ" de los EBUS.
 - 6. Registro de todas las salidas de bloques de parafina y portaobjetos, así como de su posterior entrada a la devolución de los mismos.:
 - 7. Mejor comunicación y coordinación entre patólogos y TEAPYC y entre las distintas secciones del laboratorio, involucradas en el manejo de estas muestras.
- % de muestras de EBUS en los que se ha realizado informe "in situ".
100%
% de biopsias pequeñas y citologías de mama y pulmón con incidencias relativas al procesamiento sobre el total de dichas muestras
<1%
Diferencia temporal absoluta (días) de los tiempos de respuesta en la emisión del informe entre el 3º y 2º trimestre de 2019
-2 días

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de protocolos específicos para el manejo de muestras de pequeño tamaño relacionadas con procesos neoplásicos y que requieren la determinación de múltiples biomarcadores predictivos de respuesta a terapia, ha supuesto una clara mejora en el rendimiento de las muestras, la calidad de los diagnósticos y los tiempos de respuesta en la emisión del informe diagnóstico.
La idea es continuar con este sistema de trabajo, analizando periódicamente las incidencias que vayan surgiendo, tomando medidas para su resolución y considerando nuevas posibilidades de mejora que puedan ir surgiendo en base a la experiencia acumulada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/567 ===== ***

Nº de registro: 0567

Título
ESTANDARIZACION DE PROTOCOLOS PARA BIOPSIAS PEQUEÑAS Y CITOLOGIAS DE MAMA Y PULMON EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Autores:
BLANZACO ACIN ZULEMA ESTHER, FLORIA TRUC LIDIA, LAFUENTE MAINAR ANA BELEN, CHICO RODRIGUEZ MILAGROS, BARRA BORAO VERONICA, ANOZ CARBONELL ELISABET, CARDIEL GARCIA MARIA JOSE, GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El pequeño tamaño de las muestras enviadas al Servicio de Anatomía Patológica, para el diagnóstico del cáncer de mama y pulmón, unido a los requerimientos, cada vez mayores de estudios adicionales para la indicación de terapias dirigidas, supone un gran reto en el manejo de estas muestras en el día a día. Por eso se decide protocolizar el procesamiento de este tipo de muestras.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo a conseguir es protocolizar la recepción y el procesamiento de estas muestras pequeñas, para conseguir un máximo de rendimiento, reduciendo el tiempo de espera desde la recepción de la muestra hasta la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0567

1. TÍTULO

ESTANDARIZACIÓN DE PROTOCOLOS PARA BIOPSIAS PEQUEÑAS Y CITOLOGÍAS DE MAMA Y PULMÓN EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

entrega a los Patólogos, así como el de emisión del informe diagnóstico.

MÉTODO

Una vez informados los miembros del equipo se crea un protocolo, en la que se incluyen las tres fases;
En la Fase Prenalitica: la fijación de las muestras será entre las primeras 8 a 24 horas no superando las 72 horas. Se ha acordado con otros Servicios que se envíen las muestras al laboratorio a primera hora de la mañana para que se pueda procesar esa misma mañana las muestras.
En la Fase Analítica y una vez fichada la muestra se hará la macroscópica, incluyendo la muestra de BAG, todos los cilindros en un mismo bloque de color rosa, el color del bloque da prioridad a la hora de procesar la muestra y para muestras del aparato respiratorio el bloque será de color azul. En la microtomía también se han creado un protocolo para realizar varios cortes seriados para Hematoxilinas y posibles técnicas de IHQ y Patología molecular.
Para líquidos pleurales se realiza un proceso rutinario de tinción y si lo considera oportuno el patólogo se realiza bloque celular.
En los EBUS se realiza la tinción manual y el patólogo da el diagnostico al Servicio peticionario haciendo un informe provisional. Con los bloques celulares de los EBUS se realiza el mismo protocolo que con las biopsias pequeñas de pulmón.
En la Fase Postanalítica y una vez diagnosticada la muestra si hubiera que enviar el bloque de la muestra a otros Centros, se dispone de un registro y control en el archivo donde queda registrada la salida y entrada de dichas muestras y su lugar de envío.
También tenemos registro de incidencias donde queda constancia de donde esta la muestra en todo momento

INDICADORES

Con estos protocolos en la Fase analítica se consigue que la muestra no se agote y se obtenga más rendimiento y menos demora a la hora de pedir posteriores técnicas de IHQ o moleculares.
Y en la Fase Postanalítica un mayor y mejor control del destino de las muestras y de las incidencias

DURACIÓN

Los TEAPYC de las distintas secciones, se coordinaran de tal manera que la muestra se procesara en la misma mañana en la que se recibe la muestra en el laboratorio y se seguirán los protocolos mencionados anteriormente en la macroscopia, microtomía, citología e inmunohistología. Estos protocolos se van a implantar en el laboratorio tras una reunion con los responsables de este proyecto de mejora y la duración será de 4 meses. Haciendo una valoración de estos protocolos pasados los 2 primeros meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0751

1. TÍTULO

ESTANDARIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN EL ESTUDIO CITOLÓGICO DE LA PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Fecha de entrada: 17/01/2020

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
RAMIREZ GASCA TERESA
BLANZACO ACIN ZULEMA ESTHER
BARRA BORAO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1- Reunión con el equipo médico de la sección para la puesta en común y discusión de los aspectos a incluir en el informe en base a las últimas guías y actualizaciones.
- 2- Reunión con el personal técnico para exponer el proyecto y señalar aspectos del procesamiento técnico. Se habilitó la pestaña "intraoperatorias" en los casos de estudio EBUS en colaboración con el personal de Patwin.
- 3- Puesta en marcha del proyecto, estandarizando el diagnóstico del estudio citológico del sistema respiratorio.
- 4- Reunión de todo el personal implicado, tanto médico como técnico, en donde se expusieron algunas diferencias y se realizó una evaluación del proyecto, revisando casos aleatoriamente y verificando el cumplimiento de los objetivos del proyecto. Los casos identificados que carecían de los nuevos parámetros fueron discutidos y en su caso se realizaron las correcciones pertinentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se estandarizó el diagnóstico de la citología del aparato respiratorio, señalando los parámetros imprescindibles para cumplimentar el informe final.
Se creó la pestaña de intraoperatorias para asignar las punciones EBUS, categorizando este estudio de forma adecuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La nueva incorporación de un protocolo en el diagnóstico de la citología del aparato respiratorio implica un incremento en la eficiencia del diagnóstico y su homologación, según las guías y recomendaciones internacionales validadas, conteniendo la información esencial que facilita la comprensión y, por lo tanto, una toma de decisión óptima para el tratamiento del paciente. Además, contribuye, a nivel del laboratorio, a obtener información cualitativa y cuantitativa sobre los mismos, de una manera objetiva que a su vez permite dar una respuesta eficaz a las posibles incidencias que pudieran detectarse. Queda así establecido que en las reuniones de sección se discutirán los casos que no cumplan con el protocolo, si los hubiese, dando una solución de consenso junto al personal técnico en caso de ser necesario.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/751 ===== ***

Nº de registro: 0751

Título
ESTANDARIZACION DEL DIAGNOSTICO EN EL ESTUDIO CITOLOGICO DE LA PATOLOGIA RESPIRATORIA

Autores:
MEJIA URBAEZ ELAINE, CARDIEL GARCIA MARIA JOSE, RAMIREZ GASCA MARIA TERESA, BLANZACO ACIN ZULEMA ESTHER, BARRA BORAO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0751

1. TÍTULO

ESTANDARIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN EL ESTUDIO CITOLÓGICO DE LA PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La citopatología del aparato respiratorio es un tema amplio que requiere un estudio y conocimiento sistematizado de la morfología que presentan las células respiratorias normales, así como también, las alteraciones celulares de procesos benignos y malignos. Tanto el BAL como el BAS proporcionan un frotis con rasgos morfológicos relativamente propios en contraste con las muestras que se obtienen con el resto de técnicas diagnósticas empleadas para el estudio del sistema respiratorio.

Así mismo en el diagnóstico de La ecobroncofibroscopia o ultrasonografía endobronquial (USEB o más conocida por sus siglas en inglés como EBUS) que es una técnica diagnóstica mínimamente invasiva que complementa a la fibrobroncoscopia, ya que permite visualizar lesiones extrabronquiales y realizar punciones dirigidas. Con este método es posible diagnosticar de forma rápida el cáncer de pulmón y determinar simultáneamente el estadio de la enfermedad obteniendo muestra citológica de los ganglios linfáticos.

Sobre la base de las recomendaciones internacionales actuales de homogeneización y protocolización de los informes de anatomía patológica cuyo fin es contener la información diagnóstica clara y esencial que facilite su comprensión por el clínico que lo remite se propone la realización de protocolo diagnóstico unificado para la elaboración del informe final anatomopatológico. En el caso del estudio del EBUS, implementación del diagnóstico escrito del resultado de este estudio de manera inmediata una vez diagnosticado y que el neumólogo tenga acceso inmediato al mismo.

RESULTADOS ESPERADOS

Crear un protocolo diagnóstico estándar para el diagnóstico anatomopatológico de la citología respiratoria: aspirado bronquial y lavado bronquioloalveolar (BAS/BAL), respectivamente.

Incluir la pestaña de "intraoperatorias" en todos los casos de pacientes a los que se les realiza EBUS que lleguen al servicio de Anatomía Patológica.

MÉTODO

Reunión con los patólogos especialistas en patología pulmonar que se encargan del diagnóstico de este tipo de muestras citológicas para discutir la importancia de este proyecto de mejora.

Redacción de protocolo con los ítems principales que deben de estar presentes en el informe final de la citología BAS, BAL y EBUS adecuado a las recomendaciones internacionales vigentes.

Discusión del protocolo con su modificación, si fuera necesario.

INDICADORES

Grado de implantación: Pacientes en estudio en el servicio de neumología del HCULB a los que se les realiza estudio citológico para descartar patología tumoral/inflamatoria y realizar estadiaje.

DURACIÓN

1º mes Reunión/es para acordar las actuaciones a seguir.

2º mes Puesta en marcha del proyecto.

3º mes Evaluación del grado de cumplimiento y discusión de posibles limitaciones.

4º mes Reunión para valoración y evaluación final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0860

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE BLOQUES CONTROL PARA INMUNOHISTOQUIMICA, ENMARCADO EN LA NORMA ISO 15189

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE LIDIA FLORIA TRUC
· Profesión TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE MAINAR ANA BELEN
CHICO RODRIGUEZ MILAGROS
RAMIREZ GASCA TERESA
ANOZ CARBONELL ELISABET
MARTA CASANOVA CARLO BRUNO
GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cuando un patólogo identifique una biopsia apropiada para su uso como control IHQ, se tomarán múltiples muestras de la misma, siempre intentando ajustarnos a los tiempos de fijación idóneos para la preservación de la inmunorreactividad. Con el fin de diferenciar dichos bloques de los procedentes de la biopsia normal, deberá crearse un nuevo sistema de codificación que esté asociado al número específico de biopsia. Esto nos permitirá mantener la trazabilidad de la biopsia de origen y a su vez poder discriminarla de los bloques de la misma. Una vez confeccionados los bloques, se procederá a la validación del tejido como control IHQ, dejándolo reflejado en un documento en el que recogeremos información referente al tipo de tejido que forma el control, biopsia asociada, patólogo que la válida, técnico de Anatomía Patológica y Citodiagnóstico encargado de procesarlo, fecha de valoración, técnicas para las que está validado y fecha de baja en caso de ser necesario. Esta información será respaldada también en una hoja Excel, que permitirá disponer de la misma en tiempo real.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Disponemos en la sección de IHQ de nuestro servicio de un amplio banco de controles (aproximadamente 90% del número de técnicas IHQ realizadas), con una trazabilidad que nos permite cumplir los objetivos enmarcados en el proceso de acreditación para la norma ISO 15189.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En estos momentos disponemos en el servicio de Anatomía Patológica, en concreto en la sección de IHQ, de un amplio banco de controles, con una trazabilidad y un dossier de información referente a los mismos que nos ha permitido cumplir los objetivos enmarcados en la acreditación para la norma ISO 15189 .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/860 ===== ***

Nº de registro: 0860

Título
IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE BLOQUES CONTROL PARA INMUNOHISTOQUIMICA, ENMARCADO EN LA NORMA ISO 15189

Autores:
FLORIA TRUC LIDIA, LAFUENTE MAINAR ANA BELEN, CHICO RODRIGUEZ MILAGROS, RAMIREZ GASCA TERESA, ANOZ CARBONELL ELISABET, MARTA CARLO BRUNO, GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0860

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE BLOQUES CONTROL PARA INMUNOHISTOQUIMICA, ENMARCADO EN LA NORMA ISO 15189

El punto 5.6.2 de la norma ISO 15189, referente a la calidad en los laboratorios clínicos, recoge que todos ellos deben poseer sistemas de control que garanticen que las técnicas realizadas sean fiables y precisas.

Parte fundamental son los sistemas de trazabilidad de las muestras, incluyendo aquellas utilizadas como control inmunohistoquímico (IHQ).

Nuestro laboratorio se encuentra inmerso en un proceso de mejora integral, orientado a la implementación de la norma ISO 15189. En el caso específico de los controles para técnicas IHQ, es imprescindible conocer la procedencia de la biopsia control, así como hacer una correcta validación de los bloques obtenidos para su uso posterior.

RESULTADOS ESPERADOS

Como objetivo de este proyecto es el de disponer en la sección de IHQ de nuestro servicio de un amplio banco de controles, con una trazabilidad y un banco de información referente a los mismos que nos permita cumplir los objetivos enmarcados en el proceso de acreditación para la norma ISO 15189.

MÉTODO

Cuando un patólogo identifique una biopsia apropiada para su uso como control IHQ, se tomarán múltiples muestras de la misma, siempre intentando ajustarnos a los tiempos de fijación idóneos para la preservación de la inmunorreactividad.

Con el fin de diferenciar dichos bloques de los procedentes de la biopsia normal, deberá crearse un nuevo sistema de codificación que esté asociado al número específico de biopsia. Esto nos permitirá mantener la trazabilidad de la biopsia de origen y a su vez poder discriminarla de los bloques de la misma.

Una vez confeccionados los bloques, se procederá a la validación del tejido como control IHQ, dejándolo reflejado en un documento en el que recogeremos información referente al tipo de tejido que forma el control, biopsia asociada, patólogo que la válida, técnico de Anatomía Patológica y Citodiagnóstico encargado de procesarlo, fecha de valoración, técnicas para las que está validado y fecha de baja en caso de ser necesario. Esta información será respaldada también en una hoja Excel, que permitirá disponer de la misma en tiempo real.

INDICADORES

Para este proyecto vamos a utilizar como indicador el porcentaje de técnicas de IHQ que disponen de un control validado según la norma ISO 15189, con respecto al total de técnicas realizadas en nuestro laboratorio.
(número de controles según la norma ISO 15189 / número de técnicas IHQ realizadas)* 100

DURACIÓN

Para poder realizar esta adecuación a la norma ISO 15189 de bloques control, nos hemos marcado un calendario de 11 meses. Este plazo es amplio debido a la necesidad de disponer de una amplia variedad de muestras para realizar esos controles y la no disponibilidad de un cronograma exacto de cuándo se va a recibir una muestra de las requeridas.

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 - 2016/0091

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 ENGLOBALARA 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 prehabilitación 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: Iontoforéisis, 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 - 2018/0198

1. TÍTULO

OPTIMIZAR NIVELES HB PREOPERATORIA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA PARA MINIMIZAR RIESGO ASOCIADO A TRANSFUSIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES QUIRURGICOS DE ALTO RIESGO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE SILVIA OLAGORTA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX
ESTEBAN CIRIANO MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La mayoría de las transfusiones durante el periodo perioperatorio se deben principalmente a tres motivos: 1) presencia de anemia preoperatoria, 2) pérdida sanguínea intraoperatorio-postoperatoria y 3) transfusión liberal en el período postoperatorio. Por lo tanto, la adecuada evaluación del paciente con la subsecuente optimización de la hemoglobina supone una disminución en el número de complicaciones postoperatorias. Por lo tanto, es imperativo individualizar cada paciente según el contexto y el tipo de intervención para decidir la cifra de hemoglobina óptima.

Se seleccionaron pacientes programados para cirugía de resección transuretral de vejiga y se realizó una consulta anestésica preoperatoria. Teniendo en cuenta, el riesgo moderado de sangrado en este tipo de intervención, elaboramos un check list» sencillo para:

- Identificar y corregir anomalías en la coagulación y/o coagulopatía congénita
- Identificar antecedentes de sangrado en procedimientos quirúrgicos previos.
- Identificar eventos trombóticos,
- Identificar uso de fármacos antiplaquetarios y/o anticoagulantes orales, suplementos vitamínicos, antiinflamatorios no esteroideos, antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina, medicina alternativa (ginkgo, ginseng, ajo) que pueden favorecer un sangrado postoperatorio.

En la valoración preoperatoria se detectaron y pudieron corregirse alteraciones preoperatorias bien remitiendo al paciente al especialista o bien iniciando tratamiento en ese mismo momento. Con el hemograma, algún test complementario del metabolismo del hierro, un parámetro de inflamación y la tasa de filtrado glomerular es posible iniciar el tratamiento con hierro intravenoso solo o asociar eritropoyetina, con o sin hierro. En casos seleccionados puede ser necesaria una visita control a los 15 días para ver la respuesta y complementar el tratamiento. La hemoglobina objetivo está en función de las características clínicas del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados obtenidos evidencian una disminución en el número de requerimientos transfusionales postoperatorios. Como consecuencia de ello se puede observar:

- Disminución en los índices de Morbilidad y mortalidad
- Disminución en el desarrollo de Infección postoperatorias
- Disminución en el número de pacientes afectados de Síndrome de dificultad respiratoria aguda y fallo multiorgánico
- Disminución en la estancia en cuidados intensivos y/o hospitalización prolongada.0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La anemia y los requerimientos de transfusión sanguínea durante el perioperatorio incrementan el riesgo de complicaciones postoperatorias retrasando en muchos casos el alta hospitalaria. La adecuada evaluación preoperatoria, la optimización de hemoglobina y riesgo de sangrado tiene un impacto positivo en la evolución del paciente al disminuir el número de posibles complicaciones asociadas.

Por lo tanto, programar una consulta anestésica preoperatoria con antelación para poder valorar y revisar las cifras de Hb en pacientes susceptibles de tratamiento es francamente necesario.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/198 ===== ***

Nº de registro: 0198

Título
OPTIMIZAR NIVELES DE HB PREOPERATORIA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE RESECCION TRANSURETRAL VEJIGA PARA MINIMIZAR RIESGO ASOCIADO A TRANSFUSIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES QUIRURGICOS DE ALTO RIESGO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0198

1. TÍTULO

OPTIMIZAR NIVELES HB PREOPERATORIA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA PARA MINIMIZAR RIESGO ASOCIADO A TRANSFUSIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES QUIRURGICOS DE ALTO RIESGO

Autores:
OLAGORTA GARCIA SILVIA, ESTEBAN CIRIANO MARIA ESTHER, MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La elaboración de este protocolo nace de la necesidad creciente de desarrollar protocolos basados en la evidencia para mejorar la calidad y reducir los errores clínicos en el manejo clínico de pacientes con carcinoma vesical.

La presencia de anemia perioperatoria representa un riesgo independiente de resultados negativos en el postoperatorio, mayores costes y mayor tiempo de estancia hospitalaria. La transfusión de componentes hemáticos se asocia a efectos adversos y deben de evitarse en lo posible, de aquí la importancia de la hemoglobina previa en un paciente susceptible de cirugía vesical.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto es realizar una valoración preoperatoria adecuada en pacientes de alto riesgo susceptibles de tratamiento quirúrgico y detectar y corregir alteraciones en valores de hemoglobina previos a cirugía.

Con la optimización de este parametro así com posibles alteraciones en la coagulación se podran reducir los requeriminetos transfusionales y de forma indirecta se disminuiran la mortalidad y morbilidad perioperatoira.

MÉTODO

Valoración preoperatoria exhaustiva de pacientes de alto riesgo analizando valores de Hemoglobina preoperatoria así como posibles alteraciones en la coagulación.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes que podrían beneficiarse de la valoración preoperatoria en consulta preanestésica

DURACIÓN

Año 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 - 2018/0240

1. TÍTULO

CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCULB)

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE AURORA CALLAU CALVO
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA
PEDRAZ NATALIAS MARTA
NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ
BADEL RUBIO MARIA
FORNIES GIMENEZ BEATRIZ
LONGAS VALIEN JAVIER
ZARATE TEJERO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Proyecto nace de la necesidad de mejorar la información acerca del proceso quirúrgico en general y anestésico en particular, que se proporciona a pacientes pediátricos y a sus padres y/o tutores antes de ser sometido a un procedimiento anestésico.

El paciente es visto en consulta de preanestesia, donde se le solicita el estudio preoperatorio se le ofrece información sobre el proceso. Aunque se trata de hacerlo de forma fácil y comprensible, la situación estresante, el entorno hospitalario, la falta de tiempo, y otros factores, hacen que esta información no se asimile correctamente.

Se crea un grupo de trabajo con el objeto de elaborar material gráfico que mejore la información sobre el proceso y disminuya la ansiedad y el miedo preoperatorios en los niños. Este grupo está formado por adjuntos de Anestesia, Médicos Residentes y se incluye también un MIR de Pediatría que ayude a entender qué consecuencias tiene en el niño este proceso, más allá de la consulta de anestesia o del propio quirófano.

Se ha elaborado un material adaptado a niños, muy gráfico, visual, atractivo, en formato comic. Los textos utilizados se han adaptado al lenguaje infantil. Los dibujos han sido elaborados por Javier Longás, con las ideas aportadas por el grupo y los textos por Aurora Callau y Patricia García-Consuegra.

Tanto el contenido como el formato ha sido debatido en las reuniones del grupo de mejora para consensuar.

El material resultante se presentó a la Dirección en Octubre18, dando el visto bueno para su utilización, aunque recalando la dificultad para la financiación del material. Se adjunta (ANEXO I)

A partir de ese momento se comienza a entregar a una muestra (hasta que pueda reproducirse en número suficiente para ser entregado a todos) a los niños hospitalizados para ser intervenidos quirúrgicamente el día anterior a su intervención. Se comenta con el propio niño y con los padres el material.

Antes del alta se entrega una encuesta a los padres (ANEXO II) para valorar la intervención del Servicio de Anestesia en el proceso quirúrgico y la información recibida. Del mismo modo a los niños en edad escolar se entrega encuesta sencilla con escala Likert a través de emoticonos (ANEXO III).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES:

Material gráfico elaborado, consensuado en forma y fondo: SI

% familias que han utilizado la herramienta gráfica: n° familias a los que se les ha dado el material/ n° de niños anestesiados a partir de la fecha que se pone en marcha x 100 (100%)

% Padres satisfechos o muy satisfechos con la información recibida con respecto a la anestesia de sus hijos: n° de padres satisfechos o muy satisfechos / n° padres encuestados x 100 (100%)

% niños satisfechos o muy satisfechos con la información recibida con respecto a la anestesia: n° de niños satisfechos o muy satisfechos / n° niños encuestados x 100 (90%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La satisfacción de los niños y los familiares mejora cuando la información que se les proporciona del proceso es clara, comprensible y veraz.

Adaptar la información al entorno de los niños es una excelente herramienta para conseguirlo

Implicar a los padres junto con sus hijos en el proceso, favorece la comunicación y la colaboración para conseguir el objetivo final: disminuir los efectos negativos de una insuficiente preparación previa a una intervención quirúrgica

Recomendaciones:

Además de continuar midiendo la satisfacción con respecto a la información recibida y al proceso de anestesia en general, sería recomendable medir indicadores indirectos de esta satisfacción como: disminución de la ansiedad, del dolor, del consumo de fármacos, de la estancia hospitalaria etc.

7. OBSERVACIONES.

Para poder entregar el documento a todos los niños que van a ser sometidos a un procedimiento anestésico, sería necesaria una vía de financiación estable que asegurara la impresión de suficientes ejemplares del material elaborado.

Los resultados alcanzados por indicadores surgen de la muestra entregada en la planta de hospitalización. La

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0240

1. TÍTULO

CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCULB)

puesta en marcha del proyecto desde la consulta ha sido iniciada al conseguir la impresión de todos los ejemplares que iban a ser necesarios, con fecha del 1 febrero 2019.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/240 ===== ***

Nº de registro: 0240

Título
CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCU)

Autores:
CALLAU CALVO AURORA, GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA, PEDRAZ NATALIAS MARTA, NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ, BADEL RUBIO MARIA, FORNIES GIMENEZ BEATRIZ, LONGAS VALIEN JAVIER, ZARATE TEJERO ISABEL

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: Pacientes pediátricos que vayan a sometidos a una intervención quirúrgica u cualquier otra prueba que necesite la asistencia de un facultativo anestesista
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El HCU lleva a cabo unos 500 procedimientos anestésicos anuales en pacientes pediátricos. Existen expectativas de aumentar la cifra en el próximo año con la implantación del PET-TAC de referencia para los niños de todo Aragón. Los Servicios de COT, OFT y ORL intervienen niños mayores de 12 meses de manera programada, y nuestra cartera de servicios incluye asistencia a niños mayores de 8 años que precisen cirugía urgente. A veces la población pediátrica del sector requiere la realización de pruebas diagnósticas bajo anestesia general o sedación fuera de quirófano, y siempre con la presencia de especialistas en Anestesia. El HCU es centro de referencia de Cirugía de Implante Coclear, Litotricia, y en los próximos meses también para exploraciones con PEC-TAC de la población Infantil en Aragón.

Ahora, un anestesista ve inicialmente al niño en consulta, donde se realiza el estudio preoperatorio. Ahí explica a padres o tutores en qué consiste el proceso, el tipo de anestesia a realizar, y las recomendaciones o pautas a tener en cuenta los días previos al ingreso para la intervención.

En el preoperatorio se ofrece información sobre el proceso, comprensible y fácil de asimilar. Además de la entrevista en la consulta o en la planta de hospitalización, podemos utilizar otro tipo de instrumentos como materiales gráficos, visitas al quirófano etc.

Diversos estudios afirman que un 60 % de los niños experimentan ansiedad en el preoperatorio y durante la inducción anestésica. Es muy importante preparar a niños y padres antes de la cirugía. La ansiedad y el miedo preoperatorios prolongan la inducción de la anestesia y pueden ocasionar problemas en el postoperatorio (trastornos del sueño, trastornos alimentarios, aparición de enuresis) que interfieren en el funcionamiento diario del niño en su proceso de hospitalización.

Se plantea la creación de un material gráfico específico dirigido a niños y padres. Muchos beneficios se asocian a una buena preparación ante una intervención quirúrgica: menor ansiedad, menor dolor, menor necesidad de fármacos y estancia hospitalaria, postoperatorios más cortos...

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal:

- Proporcionar información veraz y fácilmente comprensible sobre el procedimiento anestésico a realizar y disminuir la ansiedad prequirúrgica en el paciente pediátrico y sus posibles consecuencias.

Objetivos específicos:

- Crear un material gráfico que explique a niños y padres de forma comprensible todo el proceso anestésico
- Hacer partícipes a los padres y fomentar su colaboración en el proceso previo a la anestesia
- Disminuir los efectos negativos de una insuficiente preparación previa a la intervención quirúrgica

MÉTODO

- Reuniones con los facultativos del grupo multidisciplinar para unificar el protocolo de anestesia en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0240

1. TÍTULO

CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCULB)

paciente pediátrico

- Material específico para niños que recibirán un procedimiento anestésico. Así facilitar una buena preparación antes de la intervención quirúrgica. El material contemplará diversos aspectos (ansiedad previa, síntomas asociados, técnicas a utilizar). Se presentará de forma gráfica, fácilmente comprensible
- Material para padres y niños con pautas a seguir los días previos a la cirugía de forma clara y sencilla
- Visita al niño por un anestesista el día previo a la intervención para recordar últimas pautas, resolver dudas y verificar si el niño es apto para la cirugía
- Encuesta de satisfacción anónima a los padres para valorar la intervención del servicio anestesia
- Encuesta a los niños (en edad escolar) a través una escala de Likert registrada en emoticonos
- Recogida y revisión de datos de las encuestas para realizar la evaluación

INDICADORES

- Material gráfico realizado SI / NO
- % de padres satisfechos/muy satisfechos con la información recibida respecto a la anestesia
- % de niños satisfechos/muy satisfechos con la información recibida respecto a la anestesia
- % de padres y/o niños que han utilizado la herramienta (con respecto al número de pacientes pediátricos anestesiados)

DURACIÓN

- Duración del proyecto: 1 año
- Junio-Agosto 2018:
 - " Reuniones del grupo de mejora para puesta en común de ideas, orientación y diseño preliminar del material gráfico
 - " Actualización de procedimientos de evaluación preoperatoria en pediatría y elaboración de protocolos
 - " Sesión informativa a facultativos para la exposición del proyecto, nuevos protocolos, y de la información que debe ser entregada a padres y niños
- Agosto-Septiembre 2018: comienzo de la realización del material gráfico
- Octubre 2018: Revisión final del material elaborado, del diseño y contenido, para su posterior edición e impresión
- Noviembre 2018: entrega de folletos informativos y puesta en marcha de nuevos protocolos
- Reunión semestral del equipo para evaluación intermedia de resultados, posibles modificaciones e introducción de mejoras

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 - 2018/0467

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE COLON DE FORMA PROGRAMADA

Fecha de entrada: 07/02/2019

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Selección de los pacientes programados para cirugía de colon atendidos en la consulta de anestesia preoperatoria. Dentro de este grupo se identificaron aquellos con patología respiratoria o con comorbilidades asociadas que pudieran presentar complicaciones respiratorias postquirúrgicas. Se reajustó el tratamiento de base de la patología respiratoria correspondiente, insistiendo a los pacientes en su correcto cumplimiento, se realizó pruebas complementarias en aquellos casos que se estimó oportuno (gasometría, espirometría,), derivando a neumología para una reevaluación a los pacientes con peor control de su patología. Se aseguró la toma del tratamiento broncopulmonar el día previo a la intervención quirúrgica y también la misma mañana de la cirugía de colon justo antes de la entrada en quirófano. Se priorizó el uso de técnicas analgésicas locorreregionales (bloques TAP, catéteres epidurales, anestesia subaracnoidea,....) como medida encaminada a disminuir el uso de derivados opioides para tratamiento del dolor postoperatorio. Durante el período intraoperatorio se optimizó el modo de ventilación mecánica invasiva asegurando una buena oxigenación, evitando la hipercapnia excesiva en las cirugías laparoscópicas, y además realizando maniobras de reclutamiento y el uso de ventilación mecánica con PEEP como medidas para evitar la formación de atelectasias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se consiguió que los pacientes llegaran a la cirugía de colon con su patología respiratoria mejor controlada. Siendo reevaluados por neumología aquellos casos más rebeldes al tratamiento o peor controlados.
- Mayor adhesión al tratamiento broncopulmonar de los pacientes
- Se aseguró la toma medicamentosa broncopulmonar correspondiente previa a la cirugía.
- Aumento del uso de técnicas analgésicas locorreregionales
- Disminución del consumo de opiáceos postquirúrgicos en el postoperatorio inmediato en la URPA
- Disminución del consumo de opiáceos en el postoperatorio en la planta de cirugía
- Aumento de la ventilación mecánica invasiva con medidas encaminadas a evitar atelectasias
- Disminución de la necesidad de soporte ventilatorio invasivo postquirúrgico
- Disminución en la incidencia de infecciones respiratorias postquirúrgicas
- Disminución en los valores absolutos referidos por los pacientes en las escalas de dolor postoperatorio

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos han sido satisfactorios y acordes a lo esperado. Creemos que el seguimiento más estrecho de los pacientes incluidos en este proyecto ha sido la clave para poder aplicar las medidas incluidas en él y también para asegurar su correcto cumplimiento. El trabajo coordinado entre la consulta de anestesia preoperatoria, neumología, dolor agudo postoperatorio y cirugía resulta fundamental para obtención de beneficios importantes objetivables en este tipo de pacientes con patología respiratoria sometidos a cirugía de colon. Las medidas incluidas en este proyecto podrían ser aplicables a otros tipos de cirugías que comprometan la función ventilatoria postoperatoria (cirugía torácica, hepato-biliar,...) pudiendo obtener en dichos pacientes beneficios similares a los ya obtenidos en los pacientes de cirugía de colon.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/467 ===== ***

Nº de registro: 0467

Título
PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE COLON DE FORMA PROGRAMADA

Autores:
MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX, OLAGORTA GARCIA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0467

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE COLON DE FORMA PROGRAMADA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Identificar preoperatoriamente a los pacientes de riesgo además de realizar una adecuación de las técnicas anestésicas y analgésicas para evitar las complicaciones respiratorias postquirúrgicas en los pacientes intervenidos de cirugía de colon de forma programada.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminución de las complicaciones respiratorias postquirúrgicas en los pacientes intervenidos de cirugía de colon de forma programada. Elaboración de un protocolo.

MÉTODO

Identificar y optimizar los pacientes con patología pulmonar en la consulta preanestésica. Adecuación de la ventilación mecánica intraoperatoriamente. Utilización de técnicas analgésicas locorreregionales.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes que se beneficien de las técnicas anestésicas y analgésicas dirigidas a disminuir las complicaciones respiratorias postoperatorias

DURACIÓN

Año 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 - 2018/0476

1. TÍTULO

ADECUACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ANESTESIA A LOS PACIENTES PEDIATRICOS DE NUESTRO SECTOR

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA BADEL RUBIO
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEDRAZ NATALIAS MARTA
NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ
GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA
CALLAU CALVO AURORA
FORNIES GIMENEZ BEATRIZ
LONGAS VALIEN JAVIER
GUILLEN ANTON JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el HCU se intervienen niños mayores de 12 meses de manera programada y a niños mayores de 8 años que precisen cirugía urgente. Hasta ahora nuestro Servicio disponía de diversos documentos de Consentimiento Informado tomando como paciente de referencia al individuo adulto, sin embargo, existen importantes diferencias en el manejo anestésico entre el paciente adulto y el pediátrico.

El paciente pediátrico es valorado en la consulta de preanestesia y es allí donde se le ofrece al representante del menor la información sobre el proceso, la cual debe ser entregada por escrito, reflejando la finalidad y naturaleza de la intervención así como sus riesgos y consecuencias más frecuentes.

Por todo ello, el proyecto nació de la necesidad de diseñar un único Consentimiento Informado de Anestesia Pediátrica que recogiera los distintos procedimientos anestesiológicos aplicables a nuestra población infantil. Con el fin de llevar a cabo este proyecto se creó un grupo de trabajo formado por adjuntos de Anestesia y Médicos Residentes.

Para la elaboración del Consentimiento Informado se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica actualizada de trabajos y documentos relacionados con el consentimiento informado en pediatría. Además se tuvieron presentes los requerimientos legales y éticos necesarios para su desarrollo (ley estatal 41/2002 del 14 de noviembre y ley de Salud de Aragón 6/2002 del 15 de abril centrándonos en los artículos 12 y 14). Se realizó también una búsqueda de la legislación existente en otras comunidades autónomas como la ley 3/2001 del 28 de mayo de la comunidad autónoma de Galicia. (ANEXO I)

El grupo de mejora se reunió para debatir el contenido del nuevo formato haciendo hincapié en aspectos específicos de anestesia pediátrica como son: las recomendaciones de ayuno preoperatorio, precauciones en cuanto a la coexistencia de procesos infecciosos, el mantenimiento o abandono de la medicación habitual así como la utilización de un lenguaje claro y comprensible para el representante del menor y su representante. Finalmente se elaboró un Consentimiento Informado pediátrico unificando todos los procedimientos anestésicos del niño. (ANEXO II)

A partir de ese momento se implanta el nuevo documento en la consulta preanestésica y se entrega una encuesta de satisfacción al representante legal del niño (ANEXO III) para valorar la calidad de la información recibida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES:

Realización del Consentimiento Informado pediátrico: SI

% de padres satisfechos/muy satisfechos con la información recibida sobre la técnica anestésica, según la encuesta de satisfacción: 94%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de un Consentimiento Informado único adaptado a la población pediátrica mejora la satisfacción de sus representantes legales y proporciona una información más clara, comprensible y veraz de los procedimientos anestésicos que se van a realizar sobre el niño. Destacar en este documento las características anestésicas particulares del paciente pediátrico así como las consideraciones preoperatorias a tener en cuenta mejora el proceso quirúrgico y disminuye la incertidumbre de los padres.

Recomendaciones: sería recomendable medir la disminución de complicaciones quirúrgicas en el niño tras una adecuada información preanestésica a los padres.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/476 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0476

1. TÍTULO

ADECUACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ANESTESIA A LOS PACIENTES PEDIATRICOS DE NUESTRO SECTOR

Nº de registro: 0476

Título
ADECUACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ANESTESIA A LOS PACIENTES PEDIATRICOS DE NUESTRO SECTOR

Autores:
BADEL RUBIO MARIA, PEDRAZ NATALIAS MARTA, NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ, GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA, CALLAU CALVO AURORA, FORNIES GIMENEZ BEATRIZ, LONGAS VALIEN JAVIER, GUILLEN ANTON JULIA

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: Distintas intervenciones quirúrgicas en las especialidades de; otorrinolaringología, traumatología, urología, oftalmología. Exploraciones, pruebas diagnósticas o terapéuticas en niños de diferentes patologías que requieran sedación o anestesia general.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el HCU se llevan a cabo unos 500 procedimientos anestésicos anuales en pacientes pediátricos. Los Servicios de COT, OFT, ORL y UROLOGÍA intervienen niños mayores de 12 meses de manera programada, y en nuestra Cartera de Servicios se incluye la asistencia a niños mayores de 8 años que precisen cirugía urgente. Cada vez es mayor el número de pacientes pediátricos del sector que requiere la realización de pruebas diagnósticas bajo anestesia general o sedación fuera de quirófano y siempre con la presencia de uno/dos anestesistas. El HCU es Centro de Referencia para Cirugía de Implante Coclear, Litotricia y en los próximos meses para exploraciones con PEC-TAC en Aragón. Actualmente, nuestro Servicio dispone de diversos documentos de Consentimiento Informado, que se explican y entregan a los pacientes en función del procedimiento anestésico que se les vaya a realizar (anestesia general, anestesia locorregional, sedación...). Todos ellos proporcionan información detallada de la labor del anestesiólogo, y han sido redactados tomando como paciente de referencia al individuo adulto. Sin embargo, en el manejo anestésico existen importantes diferencias entre los pacientes adultos y pediátricos, tanto fisiológicas como farmacocinéticas y emocionales. Además, las recomendaciones de ayuno preoperatorio y las precauciones en cuanto a la coexistencia de procesos infecciosos también presentan connotaciones diferentes. Por ello, el Grupo de Mejora plantea la necesidad de diseñar un Consentimiento Informado de Anestesia Pediátrica que recoja, en un único documento, los distintos procedimientos anestesiológicos aplicables a nuestra población infantil.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal
- Crear un consentimiento informado de anestesia específicamente dirigido a niños y padres.

Objetivos específicos

- Presentar al anestesiólogo como facultativo accesible, de fundamental importancia en la asistencia al paciente quirúrgico pediátrico.
- Actualizar los procedimientos de evaluación preoperatoria en pediatría.
- Disminuir la incertidumbre en los padres acerca de aspectos sobre el manejo anestésico; el ayuno, los procesos infecciosos de vías respiratorias previos al día de la intervención, la medicación que se debe mantener o retirar.
- Reunir en un único consentimiento las diversas técnicas anestésicas.

MÉTODO

- Realizar una búsqueda bibliográfica de trabajos y documentos relacionados con el consentimiento informado en pediatría.
- Analizar los requerimientos legales y éticos que describen para los documentos de consentimiento informado las normas nacionales y del Servicio Aragonés de Salud.
- Reuniones con los facultativos del grupo para identificar los puntos más importantes del consentimiento informado.
- Realizar una fase de elaboración del documento dirigido a los padres de los niños. En éste figurarán unificadas las diferentes modalidades anestésicas. Se presentará escrito y fácilmente comprensible y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0476

1. TÍTULO

ADECUACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ANESTESIA A LOS PACIENTES PEDIATRICOS DE NUESTRO SECTOR

cumpliendo los requisitos de consentimiento informado propuestos por las autoridades sanitarias.

- Realizar actividades de formación al servicio de Anestesiología para mejorar la aplicación del protocolo.
- Elaborar un cuestionario de satisfacción para los padres respondido de forma anónima y valorar la calidad de la información recibida por las familias.

INDICADORES

- % de consentimientos que han sido entregados a los padres, están firmados y constan en la historia clínica.
- % de padres satisfechos/muy satisfechos con la información recibida sobre la técnica anestésica, según la encuesta de satisfacción.
- % sobre el total de quejas verbales o escritas, formuladas por los padres, sobre la información recibida y que figuran en la historia clínica.

DURACIÓN

- Duración del proyecto: 1 año
- Septiembre- diciembre de 2018:
- Búsqueda bibliográfica y revisión de requerimientos legales y éticos para el consentimiento informado e identificación de puntos importantes.
- Reuniones del grupo de mejora para puesta en común de ideas y diseño preliminar del consentimiento informado.
- Realización del consentimiento informado e impresión del mismo.
- Sesión informativa a los facultativos para la exposición del proyecto.
- Enero 2019: inicio de entrega de los nuevos consentimientos en la consulta preanestésica. Se comenzará con la realización de una encuesta de satisfacción y comprensión del proceso anestésico dirigida a los padres una vez se haya llevado a cabo la intervención quirúrgica.
- Reunión semestral del equipo para la evaluación intermedia de resultados, posibles deficiencias e introducción de mejoras.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0081

1. TÍTULO

ELABORACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UNA BASE DE DATOS INFORMATIZADA EN LA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO PARA EL REGISTRO DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS

Fecha de entrada: 06/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA FRANCISCA VILA AMENGUAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PASTOR CABALLERO PAULA
PASTOR TOMAS EVA MARIA
MUR CAMPOS MARIA PILAR
LAHOZ MONTAÑES MARIO
FORES LISBONA LAURA
GIL CLAVERO SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante las primeras semanas de enero del 2019 se elaboró la base de datos Excel y, tras una sesión informativa, se pudo poner en funcionamiento a partir del 15 de enero, adelantándonos por lo tanto al calendario establecido. Desde entonces se han introducido diariamente los datos de los tratamientos realizados en la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP). En junio, tras las reuniones mensuales con los miembros del equipo, decidimos ampliar las variables recogidas y añadir seguimiento de duración de los bloqueos realizados de cara al alta hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha completado la base de datos Excel del año 2019 de forma satisfactoria, llevando recuento mensual de los procedimientos, recursos empleados, complicaciones y puntos a mejorar. Además, hemos constatado de forma subjetiva la percepción positiva por parte de los usuarios durante las visitas a las plantas en los días sucesivos tras la intervención, anotando igualmente puntos a mejorar. Finalmente, se han utilizado datos para la elaboración de trabajos de investigación y ponencias en congresos y reuniones, tanto para facultativos como para personal en formación, siendo una fuente importante de obtención de datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusiones, resaltamos tanto la facilidad de uso, como de recuperación y tratamiento de esos datos, ayudando a la mejoría y seguridad en la asistencia a los pacientes subsidiarios de tratamiento por la UDAP. Gracias al éxito y a nuevas propuestas de mejora, hemos decidido continuar con la base de datos un año más, introduciendo algunas variables más.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/81 ===== ***

Nº de registro: 0081

Título
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA BASE DE DATOS EN LA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO PARA EL REGISTRO DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS

Autores:
VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, ESTEBAN LOPEZ BARBARA, PASTOR CABALLERO PAULA, PASTOR TOMAS EVA MARIA, MUR CAMPOS MARIA PILAR, LAHOZ MONTAÑES MARIO, FORES LISBONA LAURA, GIL CLAVERO SERGIO

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 SOMETIDOS A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS/PROCESOS INVASIVOS DOLOROSOS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0081

1. TÍTULO

ELABORACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UNA BASE DE DATOS INFORMATIZADA EN LA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO PARA EL REGISTRO DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS

Nos encontramos ante la necesidad de recopilar de manera rápida, ordenada y confidencial la actividad desempeñada diariamente en la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP), de forma que se puedan recuperar fácilmente dichos datos para evaluar la eficacia de los tratamientos administrados, registrar posibles complicaciones, opciones de mejora y recursos empleados, todo ello encaminado a mejorar la calidad y seguridad del servicio prestado, además de servir de base de futuros proyectos de investigación.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar una base de datos en Excel con las variables relacionadas exclusivamente con el manejo del dolor agudo postoperatorio de los pacientes sometidos diariamente a intervención quirúrgica o procedimiento invasivo. Se registrarán variables demográficas, asistenciales y del manejo del dolor que se recogían en formato papel, añadiendo además seguimiento postoperatorio, complicaciones y cómputo mensual y anual de procedimientos realizados, para control y previsión de recursos. Todos los datos estarán protegidos mediante contraseña, que se facilitará a los facultativos y enfermería implicados en la UDAP, garantizando así la confidencialidad de la base de datos. En ningún caso se registrarán variables sensibles, nombres, apellidos ni cualquier variable no relevante para los objetivos planteados.

MÉTODO

Tras elaborar la base de datos, se procederá a organizar una sesión informativa, destinada al Servicio de Anestesia y Enfermería involucrados asistencialmente en la UDAP. Se procederá a la presentación de la base de datos y resolución de dudas, aportando además las mejoras que se consideren oportunas. A lo largo del año se pueden convocar más reuniones si surgen dudas o propuestas de cambio.

INDICADORES

- Creación de un registro informatizado de los pacientes atendidos diariamente por la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio
- Revisión mensual y anual de los datos registrados, tomando las medidas oportunas en caso de detectar puntos de mejora, nuevas variables a incluir, gestión de los recursos empleados y previsión de recursos necesarios
- En cuanto a la evaluación, se realizará anualmente la medida de los indicadores de seguimiento (número y tipo de intervenciones, eficacia de los tratamientos, efectos secundarios y complicaciones, recursos empleados, posibilidades de mejora)
- Posibilidad de inclusión de los datos registrados en futuros proyectos de investigación

DURACIÓN

Elaboración de la base de datos durante el mes de enero por parte de la coordinadora del proyecto, sesión informativa durante el mes de febrero y puesta en marcha en marzo, introduciendo los datos de forma diaria. Revisión mensual de los datos por parte del grupo del proyecto y aporte de mejoras. Duración anual, prorrogable.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0281

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE NAUSEAS Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

Fecha de entrada: 26/02/2020

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
GONZALEZ ENGUITA RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se seleccionaron los pacientes programados para cualquier tipo de cirugía en régimen ambulatorio (CMA) en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
- Dependiendo de las patologías asociadas que presentaban los pacientes, el tipo de cirugía a la que se iban a someter, y tras la aplicación de diversas escalas, se identificaron aquellos pacientes con mayor riesgo de presentar náuseas y vómitos postoperatorios.
- Se potenció el uso asociado de varios fármacos antieméticos con diferentes mecanismos de acción durante todo el período perioperatorio.
- Utilización de técnicas anestésicas locorregionales evitando así la anestesia general, por presentar mayor tasa de náuseas y vómitos postoperatorios, en aquellas intervenciones en las que la técnica quirúrgica lo permitía.
- Aplicación de una técnica anestésica tipo TIVA (anestesia total endovenosa) evitando el uso de agentes halogenados en aquellos pacientes clasificados previamente como de riesgo de presentar náuseas y vómitos cuando no era posible la anestesia locorregional.
- Se aseguró una correcta tolerancia oral antes de dar de alta de la CMA al paciente, intensificando el tratamiento antiemético en los casos en que era necesario.
- Utilización de técnicas analgésicas locorregionales como bloqueos nerviosos en el postoperatorio inmediato para evitar o disminuir el uso de fármacos opioides dada su alta frecuencia de náuseas y vómitos como efecto secundario

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Disminución de la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios en los pacientes intervenidos en CMA
- Identificación y clasificación de aquellos pacientes con con mayor riesgo de presentar náuseas y vómitos postoperatorios en CMA
- Aumento del porcentaje de pacientes en los que se utilizaron técnicas anestésicas locorregionales evitando así la anestesia general.
- Mayor utilización de la anestesia locorregional como opción analgésica disminuyendo el consumo de derivados opioides tanto intraoperatoriamente como en el período postoperatorio
- Aumento del número de pacientes que presentó buena tolerancia oral postoperatoria en el área de CMA
- Disminución del número de reingresos debidos a náuseas o vómitos tras la cirugía ambulatoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos fueron similares a los registrados y publicados en la literatura científica tras la aplicación de medidas similares en otras unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en otros hospitales. Hubo una importante disminución en el número total de pacientes que presentaron náuseas o vómitos postoperatorios y también en el número de reingresos por dicha causa. La identificación previa de los pacientes con mayor riesgo de presentar náuseas y vómitos postoperatorios junto con el manejo antiemético multimodal basado en la utilización de fármacos antieméticos asociados y técnicas anestésicas locorregionales, constituyen los pilares esenciales para disminuir la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios en los pacientes intervenidos en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/281 ===== ***

Nº de registro: 0281

Título
PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

Autores:
MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX, OLAGORTA GARCIA SILVIA, GONZALEZ ENGUITA RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0281

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE NAUSEAS Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo, de la piel, del sistema osteomuscular, ginecológicas y neoplasias.
Línea Estratégica : Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las náuseas y vómitos postoperatorios además de asociarse a una mayor morbilidad postoperatoria y un aumento de las complicaciones postquirúrgicas, constituyen una de las principales causas de retraso en el alta al domicilio así como de ingreso y re-ingreso en CMA. Todo esto genera un aumento en los costes y provoca insatisfacción en los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminución de la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios en la unidad de CMA. Elaboración de un protocolo.

MÉTODO

Identificación de los pacientes de mayor riesgo en la consulta preanestésica (escala de Apfel). Empleo de fármacos durante el período perioperatorio encaminados a la prevención de náuseas y vómitos junto con una utilización de técnicas anestésicas que reduzcan el riesgo basal (manejo antiemético multimodal).

INDICADORES

Pacientes en los que se aplica el manejo antiemético multimodal.
Porcentaje de re-ingresos en CMA y pacientes en los que se retrasa el alta hospitalaria debido a las náuseas y vómitos postoperatorios.

DURACIÓN

Año 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0320

1. TÍTULO

VIDEO DE MONTAJE DE LA BOMBA DE INFUSION RAPIDA (BIR) EN EL BLOQUE QUIRURGICO DURANTE SITUACIONES DE URGENCIA DE SANGRADO MASIVO

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE SILVIA IRENE SANTANDREU LACASA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ TORRERO CINTIA
CASAMIAN CABERO MARIA
SORLI LATORRE DIEGO
IBAÑEZ LARRAGA MARIA NOELIA
SANTA ANA RAMO RAQUEL
GUISANDE ABAD JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Fases, calendario y acciones realizadas:

Fase I. Preparación del equipo y diseño del proyecto (del 01/02/2019 al 20/02/2019).

- Solicitud de autorización a la supervisión de Anestesia y Reanimación y a la dirección de Enfermería del Hospital Clínico.
- Revisión bibliográfica sobre la actuación sanitaria ante pacientes con hemorragia masiva y revisión de los manuales de instrucciones disponibles de aparatos de infusión rápida.

Fase II. Realización y grabación de la técnica en video (del 21/02/2019 al 24/02/2019).

- Elección de escenario para la grabación del vídeo.
- Elaboración de guion audiovisual.
- Determinación de diseño, forma y tomas de grabación necesarias.
- Selección de profesionales que realizarán la técnica de montaje de la bomba de infusión rápida para el video.
- Grabación del vídeo.
- Realización de postproducción del video, editando con señalizaciones más minuciosas y mensajes sobrepresionados en las tomas necesarias

Fase III. Tramitación y evaluación del proyecto de mejora (del 25/02/2019 hasta su evaluación).

- Presentación y validación de la versión del vídeo editado por la supervisión de Anestesia y Reanimación y la Unidad de Calidad del HCU "Lozano Blesa".
- Realización de mejoras propuestas por la supervisión y la unidad de Calidad.
- Aprobación final de ambas unidades.
- Elaboración de encuesta de evaluación de conocimientos sobre el manejo de la bomba de infusión rápida.

Fase IV. Difusión del contenido (desde su aprobación hasta 01/09/2019).

- Reunión informativa sobre la realización del vídeo y su disponibilidad a los profesionales del Servicio de Anestesia del bloque quirúrgico.
- Instalación el 15 de septiembre del material audiovisual creado en los ordenadores de sobremesa más utilizados y accesibles del bloque quirúrgico (situados en la sala de despertar y en la unidad del dolor agudo postoperatorio).
- Difusión de encuesta de evaluación.
- Recogida y análisis de datos.
- Solicitud a la unidad de Calidad de la incorporación del video en la Intranet del hospital para aumentar su accesibilidad desde cualquier dispositivo del centro.

El cumplimiento del calendario marcado fue total en las fases I, II y III del proyecto. La fase IV se inició 15 días más tarde de lo fijado, pero fue concluida dentro de los plazos establecidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado principal ha sido la obtención de un vídeo explicativo sobre el montaje de la bomba de infusión rápida que mejora la disponibilidad de instrucciones que había hasta el momento, una guía en formato papel para seguir la secuencia de montaje.

Este vídeo ha podido ser consultado en 17 ocasiones. Determinamos este número por el gasto de material específico consumido en el periodo de 3 meses desde la disponibilidad del material audiovisual.

La tasa de respuesta de la encuesta de evaluación difundida fue del 80% (n=20). De los 16 profesionales que la cumplimentaron, un 93,75% (15) realizó en montaje de una bomba de infusión rápida y 12 profesionales (el 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0320

1. TÍTULO

VIDEO DE MONTAJE DE LA BOMBA DE INFUSION RAPIDA (BIR) EN EL BLOQUE QUIRURGICO DURANTE SITUACIONES DE URGENCIA DE SANGRADO MASIVO

de ellos) revisó el vídeo creado. Todos los profesionales que consultaron el vídeo lo consideraron de utilidad. Con respecto a la accesibilidad del vídeo en los dispositivos informáticos, obtuvimos 2 respuestas negativas, que no localizaron el archivo en los ordenadores para su reproducción.

La encuesta también valoró los conocimientos mostrados en el vídeo y el 92% de los profesionales respondieron correctamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

PUNTOS FUERTES

- Creación de un recurso visual, sencillo y de rápida consulta.
- Aceptación y consulta por parte de los enfermeros de anestesia reflejada en la tasa de respuesta de la encuesta.
- Aumento de los conocimientos del personal.
- Mejora de la autonomía y autoconfianza del personal en casos de hemorragia masiva.
- Disminución de la variabilidad de la información proporcionada, por los distintos profesionales que trabajan en el servicio.

PUNTOS DE MEJORA

- Mejora en la accesibilidad al recurso audiovisual a través de una red específica (por ejemplo con un enlace de acceso directo vinculado a un canal de Youtube®) y con su incorporación a la Intranet del Sector.

7. OBSERVACIONES.

No se precisa

*** ===== Resumen del proyecto 2019/320 ===== ***

Nº de registro: 0320

Título

VIDEO DE MONTAJE DE LA BOMBA DE INFUSION RAPIDA (BIR) EN EL BLOQUE QUIRURGICO DURANTE SITUACIONES DE URGENCIA DE SANGRADO MASIVO

Autores:

SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE, PEREZ TORRERO CINTIA, CASAMIAN CABERO MARIA, SORLI LATORRE DIEGO, IBAÑEZ LARRAGA MARIA NOELIA, SANTA ANA RAMO RAQUEL, GUISANDE ABAD JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología: CHOQUE HIPOVOLEMICO (R57.1)
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Operativos

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes en situación de hemorragia grave pueden necesitar la bomba de infusión rápida para el manejo de su shock hipovolémico. El personal sanitario responsable del montaje de la bomba de infusión debe de estar entrenado para realizar la técnica en el menor tiempo posible y sin incidencias que repercutan en la seguridad y evolución clínica del paciente.

El uso de la BIR es excepcional en su frecuencia, por ello, es conocida la falta de formación y errores de memoria en su montaje por parte de personal del bloque quirúrgico. Es necesario asegurar su aprendizaje porque siempre se realiza en situaciones de urgencia vital.

RESULTADOS ESPERADOS

Crear un soporte audiovisual que sirva de guía para el montaje de la bomba de infusión rápida y difundirlo para aumentar los conocimientos del personal del bloque quirúrgico.

MÉTODO

Se desea crear un método de aprendizaje sencillo, visual y de rápido acceso para situaciones que requieran el montaje de la BIR.

El vídeo estaría disponible en la Intranet del Sector y podría visualizarse ilimitadas veces.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0320

1. TÍTULO

VIDEO DE MONTAJE DE LA BOMBA DE INFUSION RAPIDA (BIR) EN EL BLOQUE QUIRURGICO DURANTE SITUACIONES DE URGENCIA DE SANGRADO MASIVO

INDICADORES

Encuesta de valoración de conocimientos sobre la BIR tras la difusión del vídeo en la intranet a los tres meses de su incorporación. Estándar esperado: 75% de respuestas correctas.
Número de visualizaciones realizadas en la intranet del sector a los 3 meses. Estándar esperado: 150 visualizaciones.

DURACIÓN

Fase I: Preparación del equipo y diseño del proyecto (del 01/02/2019 al 20/02/2019).
Fase II: Realización y grabación de la técnica en video (del 21/02/2019 al 24/02/2019).
Fase III: Tramitación y evaluación del proyecto de mejora (del 25/02/2019 hasta su evaluación).
Fase IV: Difusión del contenido (desde su aprobación hasta 01/09/2019).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0394

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA. IMPLEMENTACIÓN DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE AURORA CALLAU CALVO
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA
PEDRAZ NATALIAS MARTA
BADEL RUBIO MARIA
VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA
SORIA LOZANO MARIA
BADEL RUBIO MARIA
AGUELO ASENSIO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar (anestesiistas y matronas) con el objeto de elaborar un protocolo de analgesia epidural controlada por paciente. Se busca unificar la actuación de los anestesiólogos, implementando de manera generalizada este tipo de analgesia ya que ha demostrado ser el método idóneo para el manejo del dolor en el parto. Permite disminuir el consumo y concentraciones de fármacos, lo que conlleva a un menor bloqueo motor que con las técnicas de infusión estándar, además de mejorar la experiencia global del parto al aumentar la implicación por parte de la paciente.

- Búsqueda bibliográfica (se reparte entre los miembros del equipo). (Primer trimestre)
- Acceso a protocolos de otros centros sanitarios (primer trimestre 2019)
- Elaboración del protocolo. Antes de implementarlo como piloto, se realiza una reunión multidisciplinar (abril de 2019) con ginecólogos y matronas para consensuar. Hubiera sido enriquecedor contar con la opinión directa de las usuarias (parturientas), como no pudo ser se contó con la visión que las matronas y personal de paritorios tenían de la opinión de las usuarias.
- Se sometió el protocolo a la ratificación por el jefe de servicio
- Se aprobó el protocolo elaborado según la evidencia científica (ANEXO I), así como un manual explicativo (ANEXO II)
- Se ha diseñado una encuesta de satisfacción y recogida de datos (ANEXO III). El contenido y el formato ha sido debatido en las reuniones del grupo de mejora y consensuado. Durante el proceso, la matrona está con la paciente para valorar el dolor, la aparición de efectos adversos y el grado de satisfacción, recogido en la hoja de datos (ANEXO III). El protocolo inicial fue concluido en Octubre19, implementándose en forma de piloto. Con el sistema de registro diseñado, se han podido evaluar los indicadores: el % de PCA colocadas, el dolor percibido medido con la escala EVA, el % de mujeres satisfechas con el formato y la aparición de efectos adversos. Tras el pilotaje con resultados satisfactorios, se va a presentar a la comisión de calidad e implantarlo de manera definitiva

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Protocolo realizado y consensuado por el equipo de mejora multidisciplinar: SI
Manual explicativo del funcionamiento de la PCA dirigido al personal y otro a las pacientes: SI
Hoja de registro de datos y satisfacción: SI

- % de bombas de PCA colocadas en un catéter epidural para el parto (respecto al número total de bombas de analgesia epidural del parto colocadas en el HCU en un período piloto de 90 días): 252/450 (56%)
- % de parturientas satisfechas con el funcionamiento de la bomba de PCA del total de mujeres a las que se les coloca la bomba de PCA: 252/252 (100%)
- % de mujeres embarazadas que se les ha colocado una bomba de PCA satisfechas con el control del dolor: 209/252 (83%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La satisfacción de las pacientes con el método ha sido de un 100%, con una aparición de efectos adversos graves nula, y muy baja de efectos adversos leves (picor), típicos de la medicación utilizada. Hacer a las pacientes tomar parte del control de su dolor incrementa la tranquilidad y satisfacción de las mismas. Recomendaciones:
Se debería recoger datos para comprobar la disminución del consumo y concentraciones de fármacos que describe la bibliografía científica.

7. OBSERVACIONES.

En muchos casos no se ha podido utilizar la analgesia controlada por paciente debido a problemas en el suministro del material necesario. Si se implanta el protocolo definitivamente se deberá hacer un reajuste del pedido de material.
Los resultados mostrados por indicadores no incluyen el 100% de los partos atendidos en el HCULB. Existe un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0394

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA. IMPLEMENTACIÓN DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE

porcentaje de pacientes que rechazan la analgesia epidural, y existe otro porcentaje de pacientes en las que no se ha realizado la valoración por distintos motivos fuera de nuestro alcance.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/394 ===== ***

Nº de registro: 0394

Título
CREACION DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA.
IMPLEMENTACION DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE

Autores:
CALLAU CALVO AURORA, GARCIA CONSUEGRA PATRICIA, PEDRAZ NATALIAS MARTA, BADEL RUBIO MARIA, NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ, AGUELO ASENSIO PILAR, VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, BADEL RUBIO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El HCU lleva a cabo cada año aproximadamente unas 2000 atenciones al parto. En este proceso intervienen un grupo multidisciplinar de profesionales; especialistas en ginecología y obstetricia, anestesiólogos y matrones. La mayor parte de las embarazadas se decantan por experimentar el parto bajo una anestesia locorregional, en su mayoría una anestesia epidural.

A cada paciente se le ofrece, de forma comprensible, información detallada sobre la posibilidad de recibir esta técnica anestésica. Cuando el equipo de ginecología y obstetricia y matrones considera, el anestesiólogo entrevista a la embarazada y le explica las ventajas y riesgos de la anestesia epidural.
El actual estándar para la analgesia epidural del parto consiste en una infusión continua a través del catéter epidural, de una combinación de anestésicos locales y opiáceos. Son numerosos los estudios y las guías de práctica clínica que demuestran que la analgesia epidural controlada por la paciente (PCA) es el método idóneo para el manejo del dolor en el parto ya que permite disminuir el consumo y las concentraciones de fármacos lo cual conlleva a un menor bloqueo motor que las técnicas de infusión estándar. Además, existe una mayor implicación por parte de la paciente en el control del dolor lo cual mejora la experiencia global del parto.
Se plantea la creación de un protocolo para instaurar la implantación de la analgesia epidural del parto controlada por paciente en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal:
- Establecer un protocolo de analgesia epidural en el parto para unificar la actuación de los distintos miembros del servicio de anestesiología basándose en la implementación de la analgesia controlada por paciente.
Objetivos específicos:
- Hacer partícipes a las pacientes en el control de su propio dolor a medida que avanza el parto.
- Disminuir las dosis de anestésicos administrados a través del catéter epidural.

MÉTODO

- Reuniones con los facultativos del grupo multidisciplinar para unificar el protocolo de analgesia en el parto.
- Elaboración Manual explicativo del funcionamiento de la PCA dirigido a las pacientes.
- Elaboración Manual explicativo del funcionamiento de la PCA dirigido al personal que trabaja en el área de dilatación.
- Control a la embarazada por parte del anestesista una vez colocado el catéter epidural con la bomba de PCA para comprobar funcionamiento y ver evolución. Registro en gráfica mediante escala visual analógica (EVA) del dolor.
- Encuesta de satisfacción a las pacientes para ver grado de satisfacción y control del dolor.
- Recogida de datos para realizar la evaluación del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0394

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA. IMPLEMENTACIÓN DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE

INDICADORES

- % de bombas de PCA colocadas en un catéter epidural para el parto (respecto al número total de bombas de analgesia epidural del parto colocadas en el HCU).
- % de mujeres embarazadas satisfechas con el funcionamiento de la bomba de PCA.
- % de mujeres embarazadas satisfechas con el control del dolor.
- Aparición de efectos adversos por la implantación del nuevo sistema. % de pacientes a las que se les implanta el nuevo sistema que presentan efectos adversos. SI/NO
- Control global del dolor durante las distintas fases del parto medido a través de la escala visual analógica (EVA) del dolor. EVA en dilatación, EVA en expulsivo, EVA en alumbramiento.

DURACIÓN

- Duración del proyecto: 1 año
- Marzo-Abril 2019:
 - " Reuniones del grupo de mejora para puesta en común de ideas.
 - " Búsqueda de últimas actualizaciones en analgesia para el parto.
 - " Elaboración de protocolos.
- Mayo 2019:
 - " Sesión informativa a facultativos, matronas y auxiliares para la exposición de los nuevos protocolos.
- Junio 2019:
 - " Puesta en marcha de nuevos protocolos.
- Reunión semestral del equipo para evaluación intermedia de resultados, posibles modificaciones e introducción de mejoras.
- Evaluación de la adherencia a los nuevos protocolos por parte de los anestesiólogos.
- Diciembre 2019:
 - " Evaluación de resultados.

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 - 2019/0462

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO PARA LA RECOGIDA DE DATOS ANESTESICOS DURANTE LA REALIZACION DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA. (MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN PACIENTE SOMETIDO A TEC)

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE PATRICIA GARCIA-CONSUEGRA TIRADO
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALLAU CALVO AURORA
PEDRAZ NATALIAS MARTA
BADEL RUBIO MARIA
PRADAL JARNE LAURA
LAHOZ MONTAÑES MARIO
GIL CLAVERO SERGIO
BELLO FRANCO SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El servicio de Anestesia del Hospital Clínico Lozano Blesa asume alrededor de 25 pacientes de psiquiatría al mes que van a ser sometidos a terapia electroconvulsiva (TEC) con anestesia general. Antes de la realización de la técnica, son vistos por un anestesista para realizar el estudio preoperatorio. La media de sesiones de TEC por paciente es muy variable dependiendo de su patología, pero podríamos estimar de 8 a 12 sesiones por paciente. Esto supone realizar varias anestесias generales por paciente y la recogida de datos de las mismas en formato papel. Estas anestесias son realizadas cada día por un anesthesiólogo diferente y la forma de reflejarla, por tanto, también es distinta.

Por todo ello, el proyecto nació de la necesidad de diseñar un único protocolo de recogida de datos para la realización de los TECs, con el fin de estandarizar la información.

Se formó un grupo de trabajo multidisciplinar, compuesto por adjuntos y residentes de anestesia y psiquiatría.

- Primer trimestre de 2019: Nos reunimos para debatir el contenido del mismo, haciendo hincapié en la necesidad de que este fuese claro y sencillo. De esta forma, se facilita al anesthesiólogo, la búsqueda de los informes de las anestесias generales previas que se hayan realizado al paciente en sesiones anteriores, además de disminuir la variabilidad entre profesionales y la probabilidad de errores durante las sesiones.

- Junio de 2019: Se elabora el registro de la actividad del protocolo en formato papel, que consta de una tabla resumen donde se recogen los siguientes datos: número de sesión, fecha, nombre del anestesista titular, medicación utilizada, HAN (Escala de dificultad ventilatoria) e incidencias ocurridas durante la misma.

- Julio 2019: Se difunde al servicio este nuevo método de recogida de datos. Implementación definitiva del mismo.

- Noviembre 2019: Se hace entrega de una encuesta de satisfacción a los facultativos responsables de las sesiones de TEC.

- Diciembre 2019: Nos reunimos para hacer una evaluación del resultado de los primeros meses de la nueva recogida de datos y de las encuestas recogidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Pacientes sometidos a TEC con el registro de anestesia cumplimentado / total de pacientes anestesiados para TEC: 251/280

- Anestesistas satisfechos con la nueva recogida de datos, mediante una encuesta: 33/44

- Incidentes relacionados con la seguridad del paciente sometido a TEC: 11/280

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de un protocolo de recogida de datos específico para los TECs mejora la satisfacción de los facultativos responsables y proporciona un acceso sencillo y claro a la información del paciente. Con la implantación de este proyecto, observamos una disminución de las incidencias relacionadas con este procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resúmen del proyecto 2019/462 ===== ***

Nº de registro: 0462

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0462

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO PARA LA RECOGIDA DE DATOS ANESTESICOS DURANTE LA REALIZACION DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA. (MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN PACIENTE SOMETIDO A TEC)

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO PARA LA RECOGIDA DE DATOS ANESTESICOS DURANTE LA REALIZACION DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA. (MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN PACIENTE SOMETIDO A TEC)

Autores:
GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA, CALLAU CALVO AURORA, BELLO FRANCO SALVADOR, PEDRAZ NATALIAS MARTA, BADEL RUBIO MARIA, NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ, LONGAS VALIEN JAVIER, PRADAL JARNE LAURA

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de Anestesia del Hospital Clínico Lozano Blesa asume alrededor de 25 pacientes de psiquiatría al mes que van a ser sometidos a terapia electroconvulsiva (TEC) con anestesia general. Antes de la realización de la técnica, son vistos por un anestesiólogo para realizar el estudio preoperatorio. La media de sesiones de TEC por paciente es muy variable dependiendo de su patología, pero podríamos estimar de 8 a 12 sesiones por paciente. Esto supone realizar varias anestesias generales por paciente y la recogida de datos de las mismas en formato papel. Estas anestesias son realizadas cada día por un anestesiólogo diferente y la forma de reflejarla, por tanto, también es distinta.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Crear un protocolo de recogida de datos específica para los TECs de forma clara y sencilla, donde se puedan plasmar todas las sesiones de un paciente, en un mismo formulario.
2. Disminuir la variabilidad entre los profesionales y la probabilidad de errores durante la sesión. (Mejora de la seguridad clínica en paciente sometido a TEC)
3. Facilitar al anestesiólogo la búsqueda de las anestesias generales previas que se le han realizado al paciente

MÉTODO

- Creación del grupo de mejora multidisciplinar (Anestesia /Psiquiatría). Reuniones con los facultativos del grupo para unificar criterios y elaborar el protocolo de recogida de datos del paciente candidatos a TEC.
- Puesta en marcha del Material específico para la anestesia general en TEC. El material contemplará diversos aspectos; número de sesión, medicación utilizada, escala HAN, Incidencias...

INDICADORES

- Material realizado SI/NO.
- % de pacientes sometidos a TEC con el registro de anestesia cumplimentado / total de pacientes anestesiados para TEC.
- % de anestesiólogos satisfechos con la nueva recogida de datos, mediante una encuesta.
- % de incidentes relacionados con la seguridad del paciente sometido a TEC

DURACIÓN

- Duración del proyecto: 1 año
- Marzo-Junio 2019: Reuniones del grupo de mejora para puesta en común de ideas, orientación y diseño preliminar del material
- Julio 2019: Sesión informativa a facultativos para la exposición del nuevo protocolo.
- Agosto-Septiembre 2019: Comienzo de la realización del documento.
- Octubre 2019: Revisión final del material elaborado, del diseño y contenido, para su posterior edición e impresión.
- Noviembre 2019: puesta en marcha del nuevo documento de recogida de datos.
- Reunión anual del equipo para evaluación intermedia de resultados, posibles modificaciones e introducción de mejoras.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0462

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO PARA LA RECOGIDA DE DATOS ANESTESICOS DURANTE LA REALIZACION DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA. (MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN PACIENTE SOMETIDO A TEC)

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

*** ----- **

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

1. TÍTULO

PROTOCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL

Fecha de entrada: 22/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARBONELL ROMERO MARIA
PRADAL JARNE LAURA
PASTOR TOMAS EVA MARIA
FORNIES GIMENEZ BEATRIZ
SOLA GARCIA JOSE LUIS
GUILLEN ANTON JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Marzo-abril: búsqueda de bibliografía.

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

Julio: presentación en sesión clínica al servicio de anestesia. Resolución de dudas.

Agosto: puesta en marcha del proyecto.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

Fuentes: 1. J. C. Tornero Tornero, et al: Complicaciones tras técnicas de anestesia regional. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. Vol. 55, Núm. 9, 2008.

2. Ashley N. Agerson, and Barbara M. Scavone: Prophylactic Epidural Blood Patch After Unintentional Dural Puncture for the Prevention of Postdural Puncture Headache in Parturients. anesthesia & analgesia. (Anesth Analg 2012;115:133-6 Number 1.

3. Álvarez P. Diagnóstico y manejo de la cefalea postpunción lumbar. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2007;580:189-191

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0679

Título
PROTOCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en

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

1. TÍTULO

PROTOCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL

otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cefalea postpunción dural (CPPD) fue descrito en 1898 por el Dr. Bier, después de realizar una punción raquídea.
La CPPD es la complicación más frecuente asociada a la analgesia epidural. Su incidencia ha disminuido a lo largo de los años, debido a la mejora de las técnicas, mayor experiencia del anestesista y al uso de agujas de menor calibre y de punta no cortante. Actualmente el riesgo de punción dural accidental en centros docentes es de 1 al 2,5%.
La International Headache Society la define como el dolor de cabeza que mejora con la posición supina dentro de 15 minutos y se exacerba en sedestación o en bipedestación dentro de los 15 minutos siguientes.
El dolor puede ir acompañado de rigidez de cuello, fotofobia, hipoacusia, náuseas o tinnitus. La cefalea se desarrolla dentro de los 5 días de la punción dural, por lo general se presenta dentro del 1º y 2º día y suele resolverse espontáneamente, o bien en las 48 horas tras iniciar el tratamiento; Sin embargo, algunas veces los síntomas pueden durar meses o años.
El dolor de cabeza puede ser intenso y con frecuencia dura más tiempo, llegando a ser de mayor incapacidad en pacientes obstétricas que en la población general. La CPPD se asocia a mayor estancia hospitalaria tras el parto vaginal, incrementa el número de consultas y provoca una marcada reducción de su calidad de vida.
Las opciones de tratamiento de la CPPD son pocas y de eficacia limitada. Hay poca evidencia científica en los trabajos publicados, ensayos clínicos con sesgos, con lo que no hay fuerza científica para formular recomendaciones claras. Faltan estudios comparativos y con rigor científico y de metaanálisis sin sesgo. Hay necesidad de un ensayo clínico controlado, aleatorizado, doble ciego y multicéntrico para proporcionar evidencia de la eficacia de las medidas más comprometedoras.
La CPPD es a menudo compleja, grave, duración variable y merece una cautelosa e individualizada aproximación en su diagnóstico. Hay que valorar riesgo/ beneficio de la paciente antes de iniciar alguna medida tanto de prevención, profilaxis y tratamiento que incluya las opciones de catéter intratecal, la morfina epidural y el parche hemático epidural.
Dada la complejidad del tema es importante que se cuenten en los Servicios con protocolos escritos, claros e institucionalizados y que faciliten la toma de decisiones para que los pacientes reciban una atención óptima y de calidad en el tratamiento.
La falta de seguimiento de estos pacientes se asocia con mayor número de demandas médico-legales. Un seguimiento riguroso de estos pacientes es de una responsabilidad importante del equipo médico y debería realizarse por profesional experimentado.

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

Los componentes del equipo realizarán una revisión de la bibliografía disponible tras lo cual se reunirán en varias sesiones a fin de configurar un algoritmo que sirva de guía de actuación a los profesionales.
Una vez configurado el protocolo de actuación será puesto en conocimiento del equipo (anestesistas, ginecólogos, matronas,...) el plan de actuación en caso de punción dural accidental o cefalea post-punción en sesión clínica y se realizará un árbol de decisión que estará disponible tanto en el Servicio de Anestesia como en la 4ª planta (ginecología).
Así mismo se realizará una hoja de registro para evaluar la incidencia, complicaciones, necesidad de tratamiento, satisfacción de los pacientes,...

INDICADORES

Se realizará una hoja de registro para valorar: Incidencia, circunstancias del evento adverso, complicaciones, satisfacción de los pacientes, necesidad de tratamiento, tratamiento recibido, intensidad del dolor (EVA) antes y tras tratamiento.
Los valores a alcanzar serán: reducir la incidencia, optimizar tiempo de estancia hospitalaria, evitar complicaciones, mejorar la satisfacción de los pacientes y disminuir el dolor.

DURACIÓN

La evaluación del proyecto se realizará analizando los datos obtenidos en la hoja de registro y comparándolos con la incidencia y registros de la bibliografía disponible. Los resultados obtenidos serán comunicados en sesión clínica.
La realización del proyecto seguirá un calendario aproximado que se detalla a continuación:
Marzo-abril: búsqueda de bibliografía.
Mayo-junio: elaboración de protocolo y algoritmo de actuación basado en la evidencia científica, así como las hojas de registro, evaluación y satisfacción.
Julio: presentación en sesión clínica al servicio de anestesia, ginecología y matronas. Resolución de dudas.

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

1. TÍTULO

PROTOCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL

Agosto: puesta en marcha del proyecto.

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1017

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS. ELABORACION DE UNA GUIA Y DIFUSION A LOS SERVICIOS QUIRURGICOS MEDICOS/ENFERMERIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

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.

NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ
CHARLO BERNARDOS MARTA
GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA
GARCIA SAEZ MARIA PILAR
GARCIA LECINA ANA CRISTINA
PEREZ TORRALBA MARIA VICTORIA
GARCIA ENCISO AINHOA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de una Guía, basada en la evidencia, de Fármacos de tratamientos Crónicos y su manejo Perioperatorio en pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.
Difusión en Sesión Clínica del Hospital y a través de la plataforma Spontania a los centros de Atención Primaria de nuestro sector en Streaming.
Envío a la Unidad de Formación que la ha difundido por todas las Unidades del Hospital y la ha Colgado en el apartado de Formación del la Web del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de la Guía
Difusión de la Guía

GUIA MANEJO PERIOPERATORIO TRATAMIENTOS CRÓNICOS
JULIA GUILLÉN ANTÓN Y COLABORADORAS

Introducción

? 50% pacientes intervenidos? tto farmacológico crónico.

? 5% ? complicaciones por retirada.

? mantener o suspender depende: fármaco, patología, grado de control, IQx y técnica anestésica.

? Complicaciones periQx: interacciones farmacológicas y con Qx, respuesta al estrés Qx-anestésico, enfermedad de base.

GUÍA POR GRUPOS DE FÁRMACOS

Medicación cardiovascular

β-bloqueantes (bisoprolol..metoprolol)

CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ POR:

- ?? Administración periQx
- ? consumo de O2.
- Antiarrítmico.
- Protector placa ateroma.
- ?? Suspensión brusca ? efecto rebote (HTA, taquicardia, isquemia miocárdica)

a-2-agonistas (clonidina..)

CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ POR:

- Receptores a-2 centrales.
- ?? Sedante, ansiolítico y analgésico.
- Mantienen estabilidad hd.
- ?? Suspensión brusca ? crisis HT de rebote y R isquemia miocárdica.

Antagonistas del calcio (nicardipino, nifedipino..)

CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ POR:

- ? episodios arritmias, isquemia en Qx no cardíaca.
- Mantienen estabilidad H-D
- ¿? R sangrado? Datos contradictorios.
- Suspensión ? vasoespasmo coronario, HTA y TSV.

Nitratos (nitroglicerina, isosorbide)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1017

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS. ELABORACION DE UNA GUIA Y DIFUSION A LOS SERVICIOS QUIRURGICOS MEDICOS/ENFERMERIA

CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ POR:

- Vasodilatación venosa y coronaria.
- ? precarga ? consumo de O2
- ?? R hipoT y TC refleja al ? precarga.

Antiarrítmicos (Amiodarona, digoxina..)

CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ POR:

- ? ? R nuevas arritmias.
- ? Interacciones con anestésicos.
- Amiodarona: BC resistente a atropina, ?t1/2, tox pulmonar y hepática.
- Digoxina: [rango terapéutico]. Digoxinemia periQx.

Estatinas (atorvastatina, simvastatina..)

CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ POR:

- ??? colesterol y protección CV
- Normaliza fx endotelial.
- Estabiliza placa ateroma.
- Antiagregante-anticoagulante.
- Antiinflamatorio.
- R miopatía postQx.

Hipolipemiantes (fibratos, resinas..)

SUSPENDER DÍA ANTERIOR A IQ POR:

- R rabdomiólisis y miopatías.
- Interferencia con anestésicos de eliminación biliar
- No evidencia de beneficios CV.

IECA/ARAII (captopril, losartán)

- Vd arterial y venosa.
- Inhiben remodelado ventricular y mejora flujo sanguíneo y fx renal

en R.

- Mantenimiento ? hipoT grave y de difícil manejo durante la inducción y mantenimiento anestésicos (acentúa efectos AG)

CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ SI DISFUNCIÓN SISTÓLICA GRAVE O HTA MAL CONTROLADA

SUSPENDER DE 12 A 48 HORAS ANTES SEGUN VIDA MEDIA

Diuréticos

SUSPENDER 24HORAS ANTES O LA MAÑANA DE LA IQ:

- Depleción volumen iv ? agrava hipoT inducida por anestesia.
- Trast H-E:
- Ppal causa de hipoNa en el adulto.
- R hiperK (ahorradores) ó hipoK (tiazidas, asa).
- ! Control electrolitos!

Medicación gastrointestinal

CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ:

- Antihistamínicos H-2, inhibidores de la bomba de protones.
- Prevención úlcera por estrés quirúrgico y neumonía por aspiración.

Medicación pulmonar

CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ:

- Broncodilatadores inhalados (salbutamol..).
- Corticoides inhalados.
- Anticolinérgicos.
- Inhibidores de leucotrienos (montelukast..)

• Teofilina:

SUSPENDER LA NOCHE ANTERIOR A IQ

- [estrecho rango] ? Vigilar niveles plasmáticos.
- Arritmias y neurotoxicidad.

Medicación psicotrópica

Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina..)

CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ:• ? R de arritmias.

- Interacciones ? Potencia anticolinérgicos y simpaticomiméticos.
- Suspensión brusca ? insomnio, náuseas, salivación, temblor..

ISRS (sertralina, fluoxetina, paroxetina)

CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ:

- Sdme serotoninérgico (agitación, rigidez, convulsiones, coma, muerte..) (+tramadol, meperidina, IMAO..)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1017

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS. ELABORACION DE UNA GUIA Y DIFUSION A LOS SERVICIOS QUIRURGICOS MEDICOS/ENFERMERIA

- ? agregación plaquetaria ?? R sangrado.

IMAOs MANTENER A PESAR DE RIESGOS DE:

- HT severa (+simpaticomiméticos indirectos ? Efedrina)
- Sd serotoninérgico (+ISRS, meperidina, tramadol).

Antipsicótico (haloperidol, quetiapina..)

- CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ POR
- Suspensión brusca ? arritmias, desestabilización clínica, agitación de rebote.
 - Alargamiento QT (ECG día de Qx), extrapiramidales.

Ansiolíticos (BZP)

CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ POR:

- Suspensión: sdme retirada.
- Mayor tolerancia anestésicos.

Litio

- [rango terapéutico] ? NyV, diarrea, temblor, coma, arritmias.
 - Sd neuroléptico maligno (+antipsicóticos).
 - Alteran capacidad [] renal ? Hipovolemia e hiperNa.
- CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ CON CONTROL FUNCIÓN RENAL Y LITEMIA PERIOPERATORIA

Medicación neurológica

- CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ:
- Antiepilépticos (fenitoína, ác. valproico): si suspensión R. crisis.
- SUSPENDER LA MAÑANA DE LA IQ:
- Antiparkinsonianos (L-dopa, bromocriptina..)
 - Metabolito de L-dopa ? arritmias, hipo/hiperT
 - Interacciones con anestésicos.
 - Inhibidores de la A-colinesterasa (neostigmina, donepezilo..)
 - Efectos muscarínicos.
 - Antagonistas a-1 (tamsulosina, doxazosina)

! Sdme de iris flácido ? dificulta Qx de catarata.

Medicación endocrina

- CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ:
- Terapia tiroidea (levotiroxina, metimazol).
 - Bifosfonatos (alendronato) ? vaso de agua y en pie 30 min. (R. de esofagitis)

Antidiabéticos

- Metformina ? R Ac. láctica (? R si daño renal).
- SUSPENDER 48-72 HORAS ANTES IQ
- Otros AD (sulfonilureas, Glitazonas..) ? ? R hipoglucemias.
- SUSPENDER EL DÍA DE IQ

Terapia hormonal ACOS, THS Y MODULADORES SELECTIVOS R-ESTRÓGENOS

- SUSPENDER 4-6 SEMANAS ANTES SI ALTO RIESGO TROMBÓTICO
- ? R de trombosis venosa y tromboembolia.

*Moduladores como tto cancer mama consultar con oncología.

- ! Profilaxis tromboembólica!

Corticoides CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ

- Si supresión del eje (> 20mg/día prednisona) ? D extra.
- No supresión si 5-10mg, < 3 sem. tto, días alternos.

Medicación antiinflamatoria

AINES inhibidores de la COX-1

- Inhibición agregación plaquetaria.
- Alteración fx renal, potencia nefrotoxicidad.
- Retraso cicatrización herida y hueso.

SUSPENDER 48-72 HORAS ANTES SI VIDA MEDIA LARGA (OXICAMS)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1017

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS. ELABORACION DE UNA GUIA Y DIFUSION A LOS SERVICIOS QUIRURGICOS MEDICOS/ENFERMERIA

SUSPENDER 24 HORAS ANTES SI VIDA MEDIA CORTA (IBUPROFENO, KETOROLACO)

AINES inhibidores de la COX-2 (-coxib)

- Poco o nulo efecto sobre la fx plaquetar ?
- Alteración fx renal, potencia nefrotoxicidad.

SUSPENDER 48-72 HORAS ANTES SI INSUFICIENCIA RENAL

Otros

- Medicación biológica (rituximab, etanercept) ? ?R infección.

SUSPENDER 1 SEMANA ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

REANUDAR UNA SEMANA DESPUÉS

- Reuma: Metotrexate ? CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE IQ

Sulfasalacina y azatriopina ?

SUSPENDER 1 SEMANA ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Fitoterapia/suplementos

SUSPENDER 1-3 SEMANAS ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Optimización de los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente mediante la continuación, retirada o sustitución de los fármacos que llevan como tratamientos crónicos.

Evita cancelaciones

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1017 ===== ***

Nº de registro: 1017

Título
MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS. ELABORACION DE UNA GUIA Y DIFUSION A LOS SERVICIOS QUIRURGICOS MEDICOS/ENFERMERIA

Autores:

GUILLEN ANTON JULIA, NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ, CHARLO BERNARDOS MARTA, GARCIA SAEZ MARIA PILAR, PASTOR TOMAS EVA MARIA, LANAU ARILLA MARIA PILAR, GARCIA LECINA ANA CRISTINA, PEREZ TORRALBA MARIA VICTORIA

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 crónicos complejos con tratamientos crónicos sometidos a procedimientos Quirúrgicos

Línea Estratégica .: Seguridad clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Cada vez es más frecuente que los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas se hallen en tratamiento crónico con uno o varios medicamentos que no tienen relación con la patología que ocasiona la cirugía. Se estima en un 50% la proporción de pacientes quirúrgicos que se hallan en esta situación, sin incluir los fármacos antitrombóticos que requieren protocolos específicos. Los factores determinantes de la misma son los avances en los procedimientos quirúrgicos y anestésicos, que los hacen disponibles a pacientes con patologías cada vez más complejas y el envejecimiento de la población que favorecen la existencia de pacientes polimeditados crónicos. A pesar de los avances, las complicaciones en el período perioperatorio son frecuentes, especialmente las cardiovasculares. En este ámbito, los fármacos no relacionados con la cirugía se consideran un factor de riesgo. El correcto manejo de la medicación crónica no relacionada con la cirugía adquiere un papel relevante ya que en todo el mundo millones de pacientes se someten año tras año a intervenciones quirúrgicas, por lo que es fundamental poder anticiparse a las consecuencias de no suprimir o suprimir determinados fármacos.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1017

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS. ELABORACION DE UNA GUIA Y DIFUSION A LOS SERVICIOS QUIRURGICOS MEDICOS/ENFERMERIA

Elaborar y difundir una guía, basándonos en la bibliografía, sobre el manejo perioperatorio de los tratamientos crónicos que con mayor frecuencia llevan los pacientes que van a ser intervenidos en nuestro Centro.

MÉTODO

Difundir la guía elaborada del manejo perioperatorio de los fármacos de tratamientos crónicos en las distintas Unidades Quirúrgicas de nuestro Hospital, tanto al personal médico como a la Enfermería de dichas Unidades.

INDICADORES

Elaboración de la guía S/N
Difusión de la guía S/N

DURACIÓN

Mayo 2019-Mayo 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1282

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UNA BASE DE DATOS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE PREHABILITACIÓN DEL HCU LOZANO BLESÁ

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORES LISBONA LAURA
LAHOZ MONTAÑES MARIO
LONGAS VALIEN JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una base de datos con el registro de los pacientes atendidos en la consulta de prehabilitación del HCU Lozano Blesa desde su creación en octubre de 2014 hasta la actualidad. Para ello, se ha empleado el programa informático Microsoft Access, del que se dispone licencia para su uso en el servicio de Anestesiología de nuestro hospital.

Se ha optado por incluir únicamente, en un primer momento, aquellos pacientes intervenidos de cáncer colorrectal. Para, en un segundo tiempo ampliar la base de datos y adaptarla a los diferentes procesos oncológicos atendidos.

Como criterios de inclusión se han seleccionado los siguientes:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que hayan recibido el diagnóstico de cáncer colorrectal.
- Pacientes a los que se les haya realizado una intervención quirúrgica.
- Pacientes que han realizado un seguimiento en las consultas de prehabilitación.

Se han registrado las variables que hasta ahora se recogían en papel y sin seguir un control del proceso clínico (sexo, edad, fecha de nacimiento y pruebas funcionales realizadas en la consulta). Además, se han añadido otras nuevas (relacionadas con la intervención quirúrgica, sobre el postoperatorio quirúrgico, características basales de los pacientes, marcadores hematológicos y bioquímicos).

Las variables registradas han sido:

- Demográficas: edad, sexo, peso, altura, IMC
- Preoperatorio anestésico: escala ASA, consumo de tabaco y alcohol, presencia de comorbilidades (HTA, DM, dislipemia...)
- Valores analíticos: glucosa, albúmina, proteínas totales, colesterol, creatinina, hemoglobina, leucocitos, neutrófilos, linfocitos, monocitos, plaquetas
- Consulta de prehabilitación: fechas de las consultas, actividades realizadas (ejercicios, suplementos nutricionales...), distancia en el test de los 6 minutos, variables intratest (FC, TAS, TAD, TAM, saturación de O2)
- Relacionadas con la cirugía: fecha de la cirugía, días de estancia hospitalaria, procedimiento quirúrgico, abordaje, complicaciones postoperatorias, escala EVA, tratamiento adyuvante/neoadyuvante, reintervenciones, reingresos...
- Otros: fallecimiento, recidiva, metástasis...

Tras elaborar la base de datos, se ha procedido a organizar una sesión informativa con el fin de informar de su funcionamiento. Asimismo, se ha creado un documento PDF con las instrucciones de uso y respuestas a posibles dudas en el uso de la base de datos.

Una vez elaborada, se ha procedido a introducir a los pacientes de forma retrospectiva. Por otro lado, aquellos nuevos pacientes dados de alta en la consulta de prehabilitación se han introducido de forma quincenal.

Los pacientes se han codificado, de forma que no se han incluido posibles datos identificativos. En ningún momento se han registrado nombres, apellidos ni cualquier variable no relevante para los objetivos planteados. Cada paciente se ha identificado por un código de 3 letras en función de la patología atendida (en el cáncer colorrectal: CCR) y el número de orden. Por ejemplo: CCR-001.

El cronograma de las actividades propuesto se ha cumplido satisfactoriamente:

- Segunda quincena de abril de 2019: selección de las variables a incluir en la base de datos y de los criterios de inclusión de los pacientes.
- Mayo de 2019: elaboración de la base de datos con el programa informático Access.
- Última semana de mayo de 2019: realización de una sesión informativa con el personal involucrado para explicar el funcionamiento de la base de datos y creación del PDF con instrucciones.
- Junio de 2019 en adelante: introducción de los pacientes de forma retrospectiva, así como la incorporación quincenal de los nuevos pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1282

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UNA BASE DE DATOS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE PREHABILITACIÓN DEL HCU LOZANO BLESA

- Octubre de 2019: análisis provisional de los datos disponibles hasta el momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante este año se ha creado de manera exitosa un registro informatizado de los pacientes atendidos por la Consulta de Prehabilitación del HCU Lozano Blesa. Hasta el momento, se han incorporado en la base de datos un total de 353 personas.

- Distribución de pacientes por año de consulta: 2014 (12 pacientes), 2015 (55 pacientes), 2016 (60 pacientes), 2017 (98 pacientes), 2018 (71 pacientes) y 2019 (57 pacientes).

- Control del seguimiento de los pacientes en la consulta: pacientes que no han completado el seguimiento: 34 paciente (9,63% del total); pacientes que lo han completado: 319 (90,37% del total).

Inclusión de los datos en proyectos de investigación:

La creación de esta base de datos ha servido de ayuda en la obtención de una muestra de pacientes para la realización de un trabajo final de máster (TFM) en el que se analizaron los resultados obtenidos tras el análisis de octubre de 2019.

Revisión trimestral de las variables registradas, con la finalidad de detectar fallos o posibles puntos de mejora de la práctica clínica. Resultados obtenidos de la revisión realizada en octubre de 2019:

- Pacientes atendidos de cada patología: los procedimientos quirúrgicos que más se han realizado han sido la hemicolectomía derecha (21%) y la sigmoidectomía (21%), seguido por la resección anterior de recto (15%), la resección anterior baja de recto (15%) y la amputación abdominoperineal (8%).

- Eficacia en la mejora de los resultados de las pruebas funcionales: los pacientes tras la prehabilitación hacen de media 50,86 metros más que en situación basal (Basal: 529,14 ± 90,40 metros; Tras intervención: 580 ± 87,04 metros). Además, al mes de la cirugía siguen presentado una mejoría respecto a la situación basal (542,86 ± 86,11 metros).

- Efecto de la prehabilitación en la mejora de los valores analíticos: los pacientes han presentado una respuesta inmunológica de menor intensidad (niveles superiores de neutrófilos y monocitos, junto a niveles inferiores de linfocitos) en comparación con muestras de pacientes no prehabilitados.

- Disminución en el número de complicaciones postoperatorias: el 67,2% de la muestra no ha tenido complicaciones postoperatorias mayores. La mayoría de las complicaciones han sido de grado I en la clasificación de Clavien-Dindo. Los pacientes prehabilitados han presentado menor incidencia de íleo postoperatorio y de fuga de anastomosis en comparación con muestras de pacientes no prehabilitados.

- Disminución en el número de días de ingreso: respecto al número de días de estancia hospitalaria tras la intervención quirúrgica, los pacientes prehabilitados han tenido una estancia media de 7,89 ± 3,46 días, 3,77 días menos en comparación con muestras de pacientes no prehabilitados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mediante esta base de datos, ha podido evaluarse la eficacia de la terapia prehabilitadora realizada en la consulta del servicio de Anestesiología y Reanimación. Esto ha permitido detectar fallos y opciones de mejora, con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención ofrecida a nuestros pacientes.

Se han cumplido de manera satisfactoria los objetivos propuestos. Durante el mes de febrero se procederá a realizar la siguiente revisión de los datos. El tener recogidos los datos de un gran número de paciente va a permitir poder tener un mejor control de nuestra actividad y poder optimizar nuestros esfuerzos en una mejor atención al paciente.

Asimismo, se han sugerido diversos puntos de mejora para el futuro. Como, por ejemplo: inclusión del resto de cánceres atendidos en la consulta y adaptación de la base de datos para ello, recogida de un mayor número de variables, comparación de los resultados obtenidos con los resultados en la bibliografía actual...

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1282 ===== ***

Nº de registro: 1282

Título
CREACION DE UNA BASE DE DATOS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE PREHABILITACION DEL HCU LOZANO BLESA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1282

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UNA BASE DE DATOS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE PREHABILITACIÓN DEL HCU LOZANO BLESÁ

Autores:

GIL CLAVERO SERGIO, LAHOZ MONTAÑES MARIO, FORES LISBONA LAURA, LONGAS VALIEN JAVIER

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 sometidos a intervenciones quirúrgicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro del ámbito de la anestesiología, uno de los campos que progresivamente está cobrando mayor importancia es la prehabilitación. Esta se puede definir como aquella "intervención multidisciplinaria que tiene como objetivo utilizar el periodo preoperatorio para prevenir o atenuar el deterioro funcional del paciente relacionado con la cirugía y sus consecuencias". Con ello, se ha conseguido incrementar la capacidad funcional de los pacientes y mejorar así la respuesta fisiológica frente a las agresiones, en este caso, la cirugía.

Dados los buenos resultados que ha dado la prehabilitación tanto en la disminución de complicaciones postoperatorias como en estancia hospitalaria, consideramos que es necesaria la creación de una base de datos confidencial con el registro de todos los pacientes atendidos desde su creación en el año 2014. De esta forma, se podrá recuperar fácilmente dichos datos para evaluar la eficacia de la prehabilitación, detectar posibles fallos y opciones de mejora, con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención ofrecida a nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaboración de una base de datos con el programa informático Access para registrar a los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas y atendidos en la consulta de Prehabilitación del HCU Lozano Blesa. Se registrarán las variables que hasta ahora se recogían en papel (sexo, edad, fecha de nacimiento y pruebas funcionales realizadas en la consulta) y se añadirán otras nuevas (relacionadas con la intervención quirúrgica, sobre el postoperatorio quirúrgico, características basales de los pacientes, marcadores hematológicos y nutricionales).

MÉTODO

Tras elaborar la base de datos, se procederá a organizar una sesión informativa con el fin de informar de su funcionamiento. Posteriormente, se procederá a introducir a los pacientes de forma retrospectiva, así como ir introduciendo de forma semanal aquellos atendidos actualmente en consulta.

INDICADORES

- Creación de un registro informatizado de los pacientes atendidos por la Consulta de Prehabilitación del HCU Lozano Blesa: los pacientes estarán codificados, de forma que no se incluyan posibles datos identificativos en la base de datos. En ningún momento se registrarán nombres, apellidos ni cualquier variable no relevante para los objetivos planteados. Cada paciente será identificado por un código de 3 letras (en función de la patología) y el número de orden. Por ejemplo, para un paciente intervenido de cáncer colorrectal (CCR) el código será: CCR-001.
- Revisión trimestral de las variables registradas, con la finalidad de detectar fallos o posibles puntos de mejora de la práctica clínica.
- Evaluación de indicadores:
 - Número de pacientes atendidos de cada patología
 - Eficacia en la mejora de los resultados de las pruebas funcionales
 - Efecto de la prehabilitación en la mejora de los marcadores hematológicos/nutricionales
 - Disminución en el número de complicaciones postoperatorias
 - Disminución en el número de días de ingreso
- Posibilidad de incluir los datos en proyectos de investigación.

DURACIÓN

Calendario previsto:

- Abril de 2019: elaboración de la base de datos con el programa informático Access.
 - Primera semana de mayo de 2019: realización de una sesión informativa con el personal involucrado para explicar el funcionamiento de la base de datos.
 - A partir de la segunda semana de mayo de 2019: introducción de los pacientes de forma retrospectiva, así como la incorporación semanal de los nuevos pacientes.
- La duración del proyecto será de 1 año, con posibilidad de prorrogación.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1282

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UNA BASE DE DATOS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE PREHABILITACIÓN DEL HCU LOZANO BLESÁ

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1391

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANALGESIA CON REMIFENTANILO PARA EL TRABAJO DE PARTO

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CARBONELL ROMERO
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBERICIO GIL BELEN
SOLA GARCIA JOSE LUIS
FORNIES GIMENEZ BEATRIZ
OBON MONFORTE HERMINIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Abril-Mayo: Revisión de bibliografía.

Junio-Julio: Elaboración del protocolo y algoritmo de actuación basado en la evidencia científica, así como las hojas de registro, evaluación y satisfacción.

Agosto-Septiembre: Comunicación al servicio de anestesia y reanimación la elaboración del protocolo en una sesión clínica del servicio. Resolución de dudas.

Septiembre: Puesta en marcha del proyecto.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado una hoja de registro para valorar: Intensidad del dolor (EVA), saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, escala de sedación, número de rescates, incidencia de complicaciones o efectos adversos maternos (náuseas/vómitos). Todo ello se registra cada media hora hasta la finalización del parto. También se registra el APGAR al minuto y a los cinco minutos de nacer, así como el pH en la arteria y vena umbilicales y la satisfacción global de la paciente durante el trabajo de parto.

Resultados obtenidos: disminución del dolor y mejora de la calidad de la estancia hospitalaria durante el trabajo de parto. No se han observado incidencias ni a nivel materno ni a nivel fetal.

Fuentes: 1. Actualización de los protocolos Asistenciales de la sección de Anestesia Obstétrica de la SEDAR; 2da edición, 2016; 50 - 54. Disponible en: <https://www.sedar.es/images/stories/documentos/Obstetricia/protocolo.pdf>.
2. Weibel S, Jelting Y, Afshari A, Pace N, Eberhart LHJ, Jokinen J, Artmann T, Kranke P. Patient-controlled analgesia with remifentanyl versus alternative parenteral methods for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No: CD011989. DOI: 10.1002/14651858.CD011989.pub2.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Principal limitación: El gold standard en el trabajo de parto sigue siendo la analgesia epidural/subaracnoidea (neuroaxial); quedando el remifentanilo como segunda opción en caso de contraindicación de la técnica anteriormente mencionada por lo que el número de caso es muy limitado porque raras veces contraindicación de la analgesia neuroaxial debido a que son pacientes jóvenes sin comorbilidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1391 ===== ***

Nº de registro: 1391

Título
PROTOCOLO DE ANALGESIA CON REMIFENTANILO PARA EL TRABAJO DE PARTO

Autores:
CARBONELL ROMERO MARIA, ALBERICIO GIL BELEN, SOLA GARCIA JOSE LUIS, FORNIES GIMENEZ BEATRIZ, OBON MONFORTE HERMINIO

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 - 2019/1391

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANALGESIA CON REMIFENTANILO PARA EL TRABAJO DE PARTO

Línea Estratégica : Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos : Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El dolor del trabajo de parto presenta características peculiares que deben considerarse para su manejo adecuado. Aunque es una de las peores experiencias dolorosas que puede sufrir una mujer a lo largo de su vida, su intensidad es variable. El dolor del trabajo de parto produce no sólo sufrimiento emocional sino alteraciones fisiológicas que afectan a la madre y al feto: hiperventilación, alcalosis respiratoria severa, aumento de catecolaminas y hormonas de estrés, que pueden conducir a descompensación cardíaca o respiratoria, hipoxia feto-placentaria y acidosis fetal; o problemas psicológicos, como depresión postparto y trastorno de estrés postraumático. El anestesta debe diseñar un plan analgésico, lo más individualizado posible, considerando ventajas y contraindicaciones de cada método, patologías maternas coexistentes, vía aérea, estatus fetal, así como riesgo anticipado de cesárea.

La analgesia neuroaxial es el método analgésico de elección ("gold standard") . Cuando la analgesia neuroaxial está contraindicada, no se desea, no está disponible o es imposible realizarla, el remifentanilo puede ser una alternativa moderadamente efectiva. Aunque cruza fácilmente la placenta, es eliminado en el neonato como resultado de un rápido metabolismo y un gran volumen de distribución. Ello reduce la probabilidad de depresión respiratoria neonatal en comparación a otros opioides. Proporciona una analgesia inferior a la epidural, si bien la satisfacción materna es similar.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.Crear un protocolo de analgesia alternativa con remifentanilo en pacientes en trabajo de parto en las que está contraindicada la analgesia neuroaxial y establecer así unas medidas terapéuticas basadas en la última evidencia científica; además de, establecer un algoritmo dinámico terapéutico que sirva como guía de decisión para los anestestistas de este centro.
- 2.Realizar un registro para evaluar y seguir la evolución de las pacientes para una asistencia de calidad.
- 3.Conocer si las estrategias planteadas han conseguido el éxito deseado.

MÉTODO

Los componentes del equipo realizaran una revisión de la bibliografía disponible tras lo cual se reunirán en varias sesiones con el fin de configurar un algoritmo que sirva de guía de actuación a los profesionales. Una vez configurado el protocolo de actuación será puesto en conocimiento del equipo (anestestistas, ginecólogos, matronas,...) mediante una sesión clínica y se realizará un árbol de decisión que estará disponible tanto en el Servicio de Anestesia como en la 4a planta (ginecología). Así mismo se realizará una hoja de registro para evaluar la satisfacción de las pacientes en el alivio del dolor durante el trabajo de parto, la incidencia de complicaciones tanto maternas como fetales.

INDICADORES

Se realizará una hoja de registro para valorar: Intensidad del dolor antes y después de comenzar el tratamiento (EVA), saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, escala de sedación, incidencia de complicaciones o efectos adversos maternos y fetales, satisfacción global de la paciente. Los valores a alcanzar serán: disminuir el dolor y mejorar la calidad de la estancia hospitalaria durante el trabajo de parto, evitar la aparición de complicaciones secundarias al tratamiento.

DURACIÓN

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

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

Abril-Mayo: búsqueda de bibliografía.

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

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

Septiembre: puesta en marcha del proyecto.

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1391

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANALGESIA CON REMIFENTANILO PARA EL TRABAJO DE PARTO

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 - 2018/0376

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE GONZALO YUNGE DEL POZO
· 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
GRIMA LAENCINA GEMA
MARTIN HERRERO EVA
COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO
CARRANZA VAZQUEZ PILAR
VALDRES CORRAQUINO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La incidencia de las infecciones quirúrgicas de prótesis vasculares ha ido disminuyendo a lo largo de los años como resultado de mejora de las técnicas quirúrgicas, de los materiales empleados y de la profilaxis antimicrobiana. No obstante, aunque las infecciones son complicaciones relativamente infrecuentes son devastadoras y se asocia con elevadas tasas de mortalidad y pérdida de miembros. Respecto a la infección quirúrgica consideramos que existen medidas "Gold Standard" que nunca deberíamos dejar de cumplir: la adecuada profilaxis quirúrgica, el corte del vello en lugar del rasurado, la correcta antisepsia de la piel y el control de la normoglucemia y la normotermia. Nuestro objetivo es mejorar estas medidas centrándonos en la adecuada profilaxis antibiótica. Se realiza búsqueda bibliográfica para analizar si el antibiótico utilizado actualmente como profilaxis previa a las cirugías realizadas en el servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico Lozano Blesa es el más indicado y si el número de dosis administradas son las necesarias o hay una opción de mejora para el paciente con capacidad de disminuir la tasa de infección en este tipo de cirugías. Se realizan reuniones con el servicio de infecciosas para establecer el protocolo más beneficioso y poder reducir la tasa de infección postquirúrgica minimizando los efectos secundarios de los medicamentos según el tipo de cirugía. Teniendo en cuenta la implantación o no de material protésico y el tipo de cirugía limpia o sucia. Observamos indicada una sola dosis de antibiótico previa a la intervención sin ser necesarias las dos dosis posteriores administradas actualmente salvo algunas excepciones como prolongación de la cirugía, sangrado de importante débito... Tanto la cefuroxima 1,5 gr intravenoso que es el actual antibiótico utilizado como la cefazolina 2 gr intravenoso están correctamente indicadas, quedando pendiente de concretar con el servicio de infecciosas el cambio de antibiótico a cefazolina próximamente y valorar los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se inicia una primera decisión según las guías más actualizadas y en consenso con el servicio de infecciosas: reducir las dosis de antibiótico profiláctico administradas. Se reducen las 3 dosis en 24h administradas cada 8 horas intravenosas a una sola dosis previa a la cirugía. Solo en situaciones de importante débito de sangrado o intervenciones quirúrgicas de más de 4 horas se administra una nueva dosis de antibiótico. Esto se ha llevado a cabo durante el último año, sin observarse un aumento de tasa de infección quirúrgica postoperatoria y tras la revisión de las historias clínicas se observa un correcto cumplimiento del protocolo en el 90% de los casos. El antibiótico se administra en caso de cirugías que no sean limpias o precisen implante de material protésico, algo muy frecuente en nuestra cirugía, pero cuya infección conlleva una muy alta morbimortalidad del paciente. Respecto al antibiótico recomendado para intervenciones en Cirugía Vascular: cirugía con implante de prótesis/endoprótesis vasculares o injertos, implante de marcapasos/desfibrilador y tanto en cirugías de alto riesgo como en la cirugía de aorta abdominal/ miembros inferiores con implante de prótesis-endoprótesis-injertos así como en las de bajo riesgo: cirugía de miembros superiores y carótida si precisan implante de parche/injerto, el antimicrobiano indicado es la cefuroxima o la cefazolina.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No es necesaria la administración de varias dosis antibióticas de forma rutinarias dentro de las 24h tras la intervención quirúrgica. No se ha visto aumento de la tasa de infección en nuestro servicio al utilizar solo una dosis previa a la intervención salvo casos en los que por alta cuantía de sangrado o número de horas de intervención quirúrgica en las que se ha administrado una dosis más de antibiótico. Todo ello supone una mejora en la calidad del paciente, minimizando los efectos secundarios de los medicamentos sin ser necesarios, sin aumentar el riesgo de infección, así como un ahorro de coste económico y prevención de resistencias polimicrobianas a los antibióticos que tantos problemas nos están causando.

7. OBSERVACIONES.

Hemos cambiado nuestro protocolo hospitalario en la profilaxis antibiótica prequirúrgica de nuestros pacientes, bajo el asesoramiento del servicio de infecciosas y las guías más actualizadas. Mejorando la calidad de vida del paciente, con ahorro económico secundario y disminuyendo las resistencias antibióticas. Sin asumir riesgo de infección tras las intervenciones quirúrgicas realizadas en nuestro servicio. Como segunda parte del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0376

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR

proyecto queremos valorar el cambio de tipo de antibiótico, posiblemente iniciaremos un nuevo protocolo con cefazolina iv tras revisar las últimas actualizaciones, aunque ambos están bien indicados. La incidencia de las infecciones quirúrgicas varía dependiendo de los diferentes estudios, del tipo de infección considerada, del lugar de la incisión, oscilando dentro de un rango del 7% al 44% si consideramos todas las infecciones, o entre el 0,5% a 5% si sólo tenemos en cuenta las infecciones protésicas propiamente dichas; y ello a pesar de la profilaxis antibiótica utilizada en este tipo de procedimientos. Por ello debemos seguir trabajando para reducir con las medidas necesarias las tasas de infección de las heridas quirúrgicas en particular y de la infección postoperatoria en general, ya que se trata de uno de los retos actuales que interpela a todo profesional en su actividad asistencial y en el que aún nos queda un largo camino por recorrer.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/376 ===== ***

Nº de registro: 0376

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR

Autores:
SANCHO GRACIA NOEMI, YUNGE DEL POZO GONZALO JOSE, GRIMA LAENCINA GEMA, BUISAN BARDAJI JOSE MANUEL, MARTIN HERRERO EVA MARIA, COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO, CARRANZA VAZQUEZ PILAR, VALDRES CORRAQUINO NIEVES

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: Infecciones postoperatorias
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se observa la necesidad de revisar el protocolo de profilaxis antibiótica, para la actualización de los antibióticos mas efectivos en el momento actual en colaboración con el Servicio de Infecciosas, así como la necesidad de disminuir el numero de dosis de antibiótico suministrada tras el procedimiento quirúrgico, dado que tiene la misma efectividad y se consiguen disminuir los efectos secundarios de la administración de dichos tratamientos antibióticos a altas dosis, además de la repercusión económica que esto asocia.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisión bibliográfica de los tratamientos antibióticos recomendados actualmente para la profilaxis antibiótica en la infección de herida quirúrgica en la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular.
Establecer el tipo de antibiótico indicado, el tratamiento sustitutivo en caso de alergia al fármaco de elección, la dosis, el número de dosis necesarias y especificar el tipo de intervenciones que precisan profilaxis.

MÉTODO
Establecer un protocolo de actuación en el servicio de Angiología y Cirugía Vascular en colaboración con el servicio de Infecciosas, para ser implantado de forma unánime, con el fin de mejorar los resultados y minimizar la tasa de complicaciones infecciosas tras la intervención quirúrgica. A la vez disminuir los efectos secundarios innecesarios de la administración de los antibióticos y conseguir una mejora económica secundaria.

INDICADORES
Revisión de las historias clínicas y comprobación del tipo de antibiótico utilizado en la profilaxis, la dosis y la utilización de una sola dosis previa a la intervención, salvo las situaciones que se indican, en las que precisa nueva dosis de antibiótico.
Analizar si se aplica correctamente el protocolo y si es efectivo, objetivando la tasa de infección de herida quirúrgica.

DURACIÓN
Se inicia la revisión de bibliografía así como reuniones con el servicio de infecciosas realiza a partir de Febrero de 2018. Se realizara el protocolo en un plazo de 3-6 meses para posterior implantación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0376

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR

OBSERVACIONES

El protocolo genera un beneficio para el paciente, con reducción de la tasa de infección, disminución de la dosis y los efectos secundarios, así como un beneficio económico al disminuir el número de dosis necesarias y establecer el tratamiento antibiótico más eficaz.

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 - 2018/0710

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE NOEMI SANCHO GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

YUNGE DEL POZO GONZALO
BUISAN BARDAJI JOSE MANUEL
MARTIN HERRERO EVA
GRIMA LAENCINA GEMA
COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO
CARRANZA VAZQUEZ PILAR
VALDRES CORRAQUINO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El tratamiento endoluminal de los aneurismas de aorta es un campo en desarrollo, la mayoría de prótesis están en continuo desarrollo y es imprescindible un estricto seguimiento de los pacientes para evaluar los resultados y detectar la aparición de complicaciones.

El seguimiento ira encaminado esencialmente a:

- Determinar el crecimiento o reducción del tamaño del aneurisma
- Comprobar la correcta permeabilidad, deformación o migración del injerto
- Detectar la existencia de fugas o "endoleaks"

La permeabilidad del injerto y la existencia de acodamientos u estenosis es también detectable con ecodoppler, aplicando los criterios descritos para el seguimiento del sector iliaco. Ello asociado a una simple radiografía de abdomen nos ofrece casi toda la información necesaria.

Estudios realizados recientemente demuestran que el eco doppler realizado por un explorador experimentado ofrece una elevada capacidad de detectar fugas con un bajo índice de falsos negativos (sensibilidad 91.7% y VPN 99.4%) aunque puede sobreestimar su presencia (especificidad 98.9, VPP 78.6 %). Asimismo, es posible determinar el origen de la fuga, ya sea un relleno del saco aneurismático a partir de ramas lumbares o mesentérica inferior (tipo II) o a partir del injerto, anclaje proximal, distal o de segmentos intermedios (tipo I). En este campo, la utilización de ecopotenciador puede mejorar la fiabilidad de la técnica permitiendo detectar pequeñas fugas, sobre todo las tipo II difícilmente detectables con examen simple.

Por ello se realiza un protocolo de seguimiento mediante eco doppler de los aneurisma de aorta abdominal (AAA) intervenidos mediante técnica endovascular (EVAR). Se presenta en sesión a los componentes del servicio para su instauración de forma protocolizada y unanime. Se inicia en el laboratorio de Cirugía Vascular del Hospital Clínico Lozano Blesa por parte de cinco miembros del servicio la realización de eco doppler arterial de aorta y extremidades inferiores para el control post-EVAR según el protocolo presentado. Anteriormente se controlaban los pacientes mediante Angio TC aórtico anualmente, con los riesgos derivados de: la irradiación anual a la que era sometido el paciente durante el resto de sus años de supervivencia y el riesgo nefrotóxico por la inyección de contraste iv. Siguiendo el protocolo se solicita Angio TC de aorta y Eco doppler arterial al mes de la intervención, y posteriormente se controla mediante eco doppler a los 3-6-12 meses de la cirugía durante el primer año y posteriormente mediante eco doppler anual siguiendo las recomendaciones de las últimas guías. Solo se solicita control mediante Angio TC en el caso de observarse fuga con indicación quirúrgica para planificación de la intervención quirúrgica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante un año se han controlado 80 pacientes en nuestro laboratorio y se han intervenido 20 aneurismas mediante técnica EVAR en el último año, los cuales se van sumando a los pacientes que precisan control con eco doppler y disminuyendo el número de pruebas diagnósticas invasivas solicitadas.

Se ha realizado el protocolo de forma sistemática durante este año, con buena correlación entre eco doppler y Angio TAC realizado ante la visualización de fugas. Se obtiene un gran beneficio al no someter al paciente al riesgo de irradiación durante décadas de control y se evita el riesgo nefrotóxico tras la inyección de contraste iv, considerando el alto número de pacientes dada la edad con insuficiencia renal. Supone un ahorro económico importante evitando numerosas pruebas diagnósticas invasivas seriadas anualmente y una reducción del número de consultas en nuestro servicio, dado que estos pacientes ya solo son controlados en el laboratorio sin tener que volver a ser citados en consultas y realizando en el mismo laboratorio en control y exploración vascular, excepto la primera revisión tras la intervención.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El eco doppler es la modalidad diagnóstica ideal para screening y seguimiento pre y postquirúrgico del AAA. Se ha adquirido gran destreza en el control y la detección de complicaciones tras implante de EVAR en pacientes con aneurisma aorta abdominal y también se realiza seguimiento de aneurismas iliacos y poplíteos. Los resultados obtenidos nos confirman que es fiable el seguimiento con eco doppler además de todos los beneficios derivados para el paciente, para el hospital a nivel económico y en nuestro servicio, implicando reducción de las listas de espera en consultas externas y evitando a los pacientes visitas sucesivas al hospital.

7. OBSERVACIONES.

En el seguimiento de estas prótesis la utilización de ecodoppler no representa, como en otros sectores, un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0710

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS

gasto añadido, sino que puede disminuir la frecuencia de exploraciones más caras, que comportan una elevada carga de radiación y contraste para el paciente. Podemos ir ampliando los estudios con eco doppler a otras patologías vasculares como la patología arterial periférica, reduciendo la necesidad de realizar Angio TC y arteriografías, minimizando riesgos para el paciente y agilizando nuestra actividad laboral.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/710 ===== ***

Nº de registro: 0710

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS

Autores:
YUNGE DEL POZO GONZALO JOSE, SANCHO GRACIA NOEMI, GRIMA LAENCINA GEMA, MARTIN HERRERO EVA MARIA, BUISAN BARDAJI JOSE MANUEL

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 ..: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente, el tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal se realiza de manera cada vez más frecuente. Se ha observado en diversos centros que en los últimos 10 años ha habido un aumento en la tendencia a tratar esta patología con dispositivos no invasivos, suponiendo una menor tasa de complicaciones peritoretóricas, una menor estancia hospitalaria y un mayor confort del paciente entre otras.

Hay asociado a esta técnica quirúrgica un seguimiento periódico ya que el implante de éstos dispositivos no está exento de complicaciones. Se necesitan pruebas de imágenes para corroborar el correcto funcionamiento de la prótesis y la ausencia de complicaciones en los distintos sectores arteriales involucrados en la técnica. Previamente el seguimiento se realizaba con AngioTC, obteniendo imágenes de alta calidad pero exponiendo a los pacientes a una cantidad de radiación que podría ser perjudicial. Actualmente existen estudios que vinculan al seguimiento con TC exclusivamente de éstos pacientes con la aparición de neoplasias asociadas a la excesiva radiación.

Por esto es que en el año 2017 se realizó una revisión bibliográfica y en base a esto y la experiencia de otros centros se formuló un nuevo protocolo de seguimiento en los pacientes postoperados de endoprótesis aórticas, basándonos en el mayor uso del eco doppler.

Hay evidencia en la actualidad que apoya el uso del eco doppler en el seguimiento de estos pacientes, reservando el uso del AngioTC para el control inicial y posteriormente sólo en caso de complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto se dirige a los pacientes intervenidos en nuestro servicio de aneurisma de aorta abdominal y que se haya implantado una endoprótesis. Se espera conseguir una menor utilización del AngioTC para el seguimiento de estos pacientes.

A la vez al ser un proyecto que realiza nuestro servicio en la mayoría de los casos, se disminuye la sobrecarga al servicio de radiología ya que solicitamos menos AngioTCs.

MÉTODO

El protocolo actual de seguimiento de los pacientes con endoprótesis aórtica es el siguiente (de manera simplificada):

- Al mes postimplante se realiza AngioTC del sector aortoiliaco, radiografía de abdomen simple y una ecografía doppler del sector aortoiliaco.
- El seguimiento en un paciente sin complicaciones se realizaría con ecografía doppler y radiografía de abdomen a los 6 meses post implante, al año post implante y luego de manera anual.
- En caso que aparezca una complicación en los controles con ecodoppler se complementaría la exploración con un AngioTC el cual sirve para confirmar el hallazgo diagnóstico y planificar la intervención.

INDICADORES

Se realiza un registro de pacientes en seguimiento, dejando constancia de las exploraciones realizadas, asegurando que se cumpla el protocolo de seguimiento implementado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0710

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS

DURACIÓN

El proyecto se encuentra implementado en la actualidad y se mantendrá hasta que sea necesaria una nueva revisión de éste.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1201

1. TÍTULO

INSERCIÓN Y CUIDADOS DEL MARCAPASOS PROVISIONAL TRANSVENOSO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA ARBUES ABAD
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

IBAÑEZ JOVEN CAROLINA
IBAÑEZ TORRES MARIA
SANCHEZ MONTORI LAURA
SANZ FRANCO ANDREA
VILLA CAPELLAN BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron reuniones bimensuales del equipo de mejora.

En la fase inicial del proyecto, la cual se desarrolló de Abril a Mayo de 2019, se llevó a cabo una revisión bibliográfica de forma individual y más tarde se realizó una puesta en común del trabajo realizado.

De Junio a Agosto de 2019 se elaboró el procedimiento "Inserción y cuidados del marcapasos provisional transvenoso en la unidad de cuidados intensivos del hospital clínico universitario".

En Septiembre se presentó en la Unidad de Calidad el mencionado procedimiento, siendo aprobado por la comisión del hospital en Diciembre.

Una vez aprobado el procedimiento se creó acceso directo en los escritorios de los ordenadores de trabajo de las enfermeras favoreciendo el acceso al mismo al resto del personal de la unidad.

Se acordó buscar un día en la unidad para realizar una sesión formativa a la espera de las nuevas incorporaciones del personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración y aprobación del procedimiento "Inserción y cuidados del marcapasos provisional transvenoso en la unidad de cuidados intensivos del hospital clínico universitario".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante tener documentos validados para que los profesionales que integramos la unidad podamos desempeñar nuestras tareas de manera estandarizada y además dispongamos de una fuente de consulta actualizada.

Quedaría pendiente realizar sesiones formativas para el personal de la unidad, realizando una presentación del procedimiento así como de la formación directa a cuantos compañeros la soliciten individualmente o en grupos reducidos.

La continua incorporación de nuevos compañeros a la unidad hace necesario realizar esta actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1201 ===== ***

Nº de registro: 1201

Título
IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE COLOCACION DE MARCAPASOS TEMPORAL TRANSVENOSO EN EL PACIENTE CRITICO EN LA UCI DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

Autores:
ARBUES ABAD ELENA, IBAÑEZ JOVEN CAROLINA, IBAÑEZ TORRES MARIA, SANZ FRANCO ANDREA, VILLA CAPELLAN BEATRIZ

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: TODO TIPO DE PACIENTE SUBSIDIARIO DE LA TÉCNICA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1201

1. TÍTULO

INSERCIÓN Y CUIDADOS DEL MARCAPASOS PROVISIONAL TRANSVENOSO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

PROBLEMA

La implantación del marcapasos temporal tranvenoso (MCPT) es una técnica empleada habitualmente en unidades de cuidados intensivos (UCI). El personal que lo integra debe mantener un nivel adecuado de conocimientos relacionados con el manejo y cuidados requeridos para este tipo de pacientes.

Debido a las situaciones de urgencia que se producen en la UCI, es necesario contar con un personal correctamente formado, seguro y coordinado para proporcionar una mayor calidad y seguridad en el paciente. La importante rotación del personal de la unidad hace que esta práctica se lleve a cabo en diversidad de situaciones y áreas de trabajo.

Actualmente la "sala de marcapasos" se encuentra ubicada fuera de la unidad coronaria por lo que no es el lugar habitual de trabajo del equipo, esto hace que sea preciso el conocimiento y la disposición del material requerido para su implantación.

Dentro del equipo multidisciplinar que conforma la unidad, el papel del personal de enfermería adquiere una importancia relevante, siendo su responsabilidad tener preparado al paciente, el material y la administración de medicación; por lo que la formación actualizada es necesaria para actuar con la profesionalidad que requiere la situación.

La colocación del MCTP se utiliza en situaciones de extrema urgencia y dado que la implantación suele acompañarse de inestabilidad hemodinámica y/o eléctrica, se hace necesario tener un referente teórico que incluya los aspectos esenciales de la actuación de enfermería en los pacientes sometidos a esta técnica; ya que asegura una adecuada atención al paciente y agiliza el procedimiento, haciéndolo más seguro y de mayor calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un procedimiento de implantación del MCPT para disminuir la variabilidad de la práctica clínica aumentando la seguridad del paciente.

Afianzar la formación del personal de UCI en la colocación del MCPT.

Reducir la ansiedad del personal que participa en la colocación.

MÉTODO

Elaboración y difusión del procedimiento.

Incorporación en los soportes informáticos de la unidad.

INDICADORES

Difusión del procedimiento realizado en el servicio mediante correo electrónico o soportes informáticos.

Encuesta de evaluación al personal de UCI sobre los conocimientos previos a la implantación del procedimiento, y los adquiridos tras ello.

Porcentaje obtenido del número de procedimientos difundidos/ número de profesionales del servicio.

DURACIÓN

Los componentes del equipo participarán de forma equitativa en las diferentes actividades siendo coordinadas por el responsable del proyecto durante el periodo de abril a septiembre de 2019.

Reuniones bimensuales del equipo de mejora con puestas en común del trabajo realizado.

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 - 2016/0200

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 - 2018/0608

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CUADRUPLE TEST BIOQUIMICO PARA EL CRIBADO PRENATAL DE SEGUNDO TRIMESTRE

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ANA PILAR GUTIERREZ SAMPER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE
LLORENTE FERNANDEZ ELENA
FABRE ESTREMER MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Formación del personal técnico y facultativo del laboratorio en el manejo del nuevo analizador Access 2 durante el mes de Junio de 2018.
Se inicia la determinación de muestras de inhibina A en el analizador Access 2 en Julio de 2018.
- Adaptación de la inhibina A al programa de cálculo Lifecycle en Julio de 2018.
- Se realiza una base de datos con los cribados de segundo trimestre, triple y cuádruple test.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Desde el 1 de julio 2018 hasta el 31 de Enero de 2019 tenemos 68 cribados de segundo trimestre, que suponen el 6.14% de todos los cribados prenatales. El cribado de primer trimestre se ha realizado a 1039 gestantes, 93.86%, en dicho período.
- Con los resultados obtenidos hasta ahora no podemos calcular tasas de detección debido a que tenemos que esperar a que finalicen las gestaciones.
- Hemos observado que el número de pruebas de ADN fetal en sangre materna se han reducido al introducir la inhibina A y calcular el quádruple test en comparación con el triple test.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Recoger más casos y evaluar tasas de detección de todo el período.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/608 ===== ***

Nº de registro: 0608

Título
IMPLANTACION DEL CUADRUPLE TEST BIOQUIMICO PARA EL CRIBADO PRENATAL DE SEGUNDO TRIMESTRE

Autores:
GUTIERREZ SAMPER ANA PILAR, PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE, LLORENTE FERNANDEZ ELENA, FABRE ESTREMER MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cribado prenatal permite seleccionar a las gestantes con mayor riesgo de desarrollar un defecto congénito. Aproximadamente el 3% de los recién nacidos presentan una anomalía congénita, siendo el Síndrome de Down la cromosomopatía más común y la causa más frecuente de retraso mental.
El cribado bioquímico de segundo trimestre constituye la alternativa al cribado prenatal de primer trimestre, en las mujeres gestantes que inician el control prenatal de forma tardía, a partir de la 14 semana de gestación. Existen tres estrategias de cribado bioquímico de segundo trimestre: el doble test bioquímico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0608

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CUADRUPLE TEST BIOQUIMICO PARA EL CRIBADO PRENATAL DE SEGUNDO TRIMESTRE

consistente en determinar alfafetoproteína (AFP) y gonadotropina coriónica humana (β -HCG), el triple test bioquímico determina AFP, β -HCG y estriol (uE3) o el cuádruple test bioquímico (AFP, β -HCG, uE3 e inhibina A). Hasta ahora en nuestra Área se realizaba el triple test con unas tasas de detección de Síndrome de Down del 60%.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto es implantar el cuádruple test bioquímico, con la determinación de la inhibina A. Este test aumenta la tasa de detección del Síndrome de Down en las gestantes que empiezan tarde el control de su embarazo, que en nuestro Área es de aproximadamente el 5% de todas las gestantes. Según la bibliografía la tasa de detección del triple test bioquímico está en torno al 69% frente al 81% del cuádruple test bioquímico, ambos para una tasa de falsos positivos del 5%.

MÉTODO

Determinar la inhibina A en el equipo Access de quimioluminiscencia de Beckman Coulter. Y este parámetro se combina con las otras tres determinaciones analizadas, mediante una técnica de fluoroinmunoensayo en el analizador Delfia Xpress de Perkin Elmer. El cálculo del cuádruple test se realiza con el programa informático Lifecycle de Perkin Elmer.

INDICADORES

- Número de gestantes a las que se realiza el cribado prenatal de segundo trimestre.
- Tasa de detección del cuádruple test bioquímico.
- Tasa de detección del triple test bioquímico.

Se compararán las tasas de detección del cuádruple test bioquímico con las tasas de detección que se obtendrían con el triple test bioquímico en las gestantes de nuestra Área

DURACIÓN

- Formación del personal técnico y facultativo del laboratorio en el manejo del nuevo analizador Access 2 durante el mes de Mayo y Junio de 2018.
- Adaptación de la inhibina A al programa de cálculo Lifecycle durante el mes de junio de 2018.
- Comparación de las tasas de detección del cuádruple y triple test desde Julio de 2018 hasta Julio de 2019, con revisión cada 3 meses.

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 - 2018/0879

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL ORIGEN DEL SANGRADO EN ORINAS HEMATURICAS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE MONICA RAMOS ALVAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRUEBO MUÑO MARIA
FERNANDEZ GONZALEZ AYLÁ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha cuantificado la alfa2macroglobulina y albúminia en orinas hematóricas con presencia de hematies dismórficos, y en orina con hematies normales para ver si observan diferencias

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que el número de hematurias con hematies dismórficos es muy escaso, no se ha podido llegar a ninguna conclusión en estos momentos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Seguiremos trabajando unos meses mas para ver si este parámetro nos permite clasificar las orinas en función de su origen

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/879 ===== ***

Nº de registro: 0879

Título
IDENTIFICACION DEL ORIGEN DEL SANGRADO EN ORINAS HEMATURICAS

Autores:
RAMOS ALVAREZ MONICA, ARRUEBO MUÑO MARIA, FERNANDEZ GONZALEZ AYLÁ

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora en el diagnóstico clínico

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hematuria puede clasificarse en función de su origen en glomerular o postglomerular. La identificación del origen de la hematuria es importante ya sea desde Atención Primaria para derivar al paciente hacia Nefrología o Urología, como desde la Atención Especializada para orientar al diagnóstico y la indicación de otras pruebas complementarias, algunas de las cuales de carácter invasivo. El estudio de la morfología de los hematíes o hematíes dismórficos, es el parámetro de laboratorio más utilizado con este fin, pero este estudio presenta ciertas limitaciones. Entre ellas está la subjetividad del observador, la baja estabilidad de las formas alteradas de los hematíes, y la amplia zona gris de 20-80% de hematíes dismórficos respecto al total de hematíes presentes en la muestra, donde no permite clasificar claramente la hematuria.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es implementar en las orinas con hematuria en las que interesa identificar el origen del sangrado, la cuantificación de la proteína alfa-2-macroglobulina en orina. Se trata de una proteína de gran tamaño que no llega a atravesar el glomérulo ni en casos de glomérulos muy dañados. De esta manera, su presencia en la orina nos orientaría hacia un origen postglomerular del sangrado, mientras que su ausencia estaría más asociada con un origen glomerular.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0879

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL ORIGEN DEL SANGRADO EN ORINAS HEMATURICAS

En las orinas donde se solicite el estudio de hematíes dismórficos se añadirá la cuantificación de las proteína alfa-2-macroglobulina y albúmina en orina, y se calculará la ratio entre ambas proteínas. En aquellas orinas cuyo valor de albuminuria sea >100 mg/L, si la ratio alfa-2-macroglobulina/albumina se encuentra entre $2-31 \times 10^{-2}$ orientaría hacia un origen postglomerular del sangrado, mientras que un valor entre $0,01-2 \times 10^{-2}$ lo haría hacia un origen glomerular.

INDICADORES

- En 10 pacientes con diagnóstico de hematuria glomerular, se comprobará de forma retrospectiva, que la cuantificación de la proteína alfa-2-macroglobulina apoya el diagnóstico.
- En caso afirmativo se pondrá en marcha el proyecto, añadiendo la cuantificación de la proteína alfa-2-macroglobulina a todas las orinas en las que se soliciten hematíes dismórficos.
- Transcurrido un mes desde la puesta en marcha, se evaluará junto con el servicio de Nefrología el valor añadido de dicha cuantificación para la orientación al diagnóstico.

DURACIÓN

Puesta a punto de la técnica de determinación de la proteína alfa-2-macroglobulina en orina: Abril-Mayo 2018.
Evaluación inicial por parte del laboratorio: Mayo a Julio 2018.
Inclusión de los resultados de la cuantificación de alfa-2-macroglobulina junto con el estudio de hematíes dismórficos en el informe de laboratorio: Agosto 2018

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 - 2018/1273

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS VALORES DEL PERFIL LIPIDICO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE EMMA LARA NAVARRO
 · Profesión BIOQUIMICO/A
 · Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
 · Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LATORRE GARCES VIOLETA
 RUIZ BUDRIA JOSE
 JULIAN ANSON MARIA ANGEL
 FERNANDEZ GONZALEZ AYLÁ
 PALACIOS FIGUER JULIA
 LEON GAÑETE INMACULADA
 ALMUDI SADABA ROSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Análisis del documento consenso por el grupo de trabajo y revisión bibliográfica de forma individual.
- Reunión 31/10/18: Presentación de resultados del análisis y revisión bibliográfica en el servicio de Bioquímica Clínica del HCU. Se realizaron las siguientes actuaciones:
 Se ponen en común las nuevas recomendaciones en determinación de lípidos que están resumidas en el documento de consenso de las sociedades sea, Española de Cardiología, SEQC, semFYC y SEMERGEN. Acordándose realizar los siguientes cambios:
- Informar el cálculo de colesterol no-HDL (Colesterol total-Colesterol HDL). Para ello es necesario crear la prueba en el Sistema informático de Laboratorio Modulab.
- Eliminar los valores de referencia que aparecen actualmente en el informe de LDL y apo B por considerar más actual hablar de valores Objetivo dependiendo del riesgo Cardiovascular del paciente.
- Insertar una tabla con los valores Objetivo según el riesgo cardiovascular tras los valores del colesterol no HDL.
- Realizar una modulación de la demanda de determinaciones de colesterol según las recomendaciones del documento consenso no realizándose a aquellos pacientes en lo que se ha realizado la determinación en un plazo inferior a una semana.
- Modificación de los valores de referencia de Lipoproteína A <50 mg/dL
- Redactar una nota explicativa para los servicios peticionarios resumiendo estas actuaciones en el informe del perfil lipídico.
- En un medio plazo se propone la creación de distintos perfiles de Bioquímica General dependiendo de si el paciente es hospitalizado de recién ingreso o ingreso de larga duración.

Se realizan los cambios en el Sistema Informático de laboratorio Modulab Gold:

- Se crea la prueba de Colesterol no HDL como cálculo de colesterol total - colesterol HDL que se añade cada vez que existe la prueba colesterol y colesterol HDL.
- Se eliminan la nota de valores de referencia de LDL y ApoB añadiéndose la tabla:

Objetivo terapéutico para colesterol LDL, colesterol no-HDL y apoB, según riesgo cardiovascular

Riesgo Cardiovascular	Objetivo Colesterol LDL	Objetivo Colesterol no-HDL	Objetivo Apo B
Muy Alto	< 70 mg/dL	< 100 mg/dL	< 80 mg/dL
Alto	< 100 mg/dL	< 130 mg/dL	<100 mg/dL
Moderado	< 115 mg/dL	< 145 mg/dL	No procede
Bajo	< 115 mg/dL	No procede	No procede

- Se añaden reglas de rechazo para modulación de la demanda para todos los pacientes. En la cual se rechazan las pruebas Colesterol, Colesterol HDL, colesterol no HDL, colesterol LDL (directo y calculado) si se ha realizado la prueba en menos de una semana.

- Se cambian los valores de referencia de Lp A <50 mg/dl

El responsable técnico de Bioquímica Automatizada redacta la siguiente nota explicativa para los servicios peticionarios:

Desde el Servicio de Bioquímica Clínica se informa a todos los Servicios Clínicos de la puesta en común de las nuevas recomendaciones de las determinaciones de lípidos recogidas en el documento de consenso de las sociedades, SEA, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Española de Medicina del Laboratorio(SEQC), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y SEMERGEN.

- Se informará el cálculo de colesterol no-HDL
- Se sustituirán los intervalos de referencia de Colesterol LDL y ApoB, que aparecen actualmente en el informe, por los valores objetivo dependiendo del riesgo cardiovascular (ver tabla adjunta)
- Se realizará la modulación de la demanda en las determinaciones de colesterol total según las recomendaciones de este documento consenso, no realizándose con una diferencia de tiempo inferior a una semana (en pacientes ingresados)
- Se modifican los intervalos de referencia de la lipoproteína A < 50 mg/dL

Objetivo terapéutico para colesterol LDL, colesterol no-HDL y apoB, según riesgo cardiovascular

Riesgo Cardiovascular	Objetivo Colesterol LDL	Objetivo Colesterol no-HDL	Objetivo Apo B
Muy Alto	< 70 mg/dL	< 100 mg/dL	< 80 mg/dL
Alto	< 100 mg/dL	< 130 mg/dL	<100 mg/dL
Moderado	< 115 mg/dL	< 145 mg/dL	No procede
Bajo	< 115 mg/dL	No procede	No procede

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1273

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS VALORES DEL PERFIL LIPIDICO

Muy Alto	< 70 mg/dL	< 100 mg/dL	< 80 mg/dL
Alto	< 100 mg/dL	< 130 mg/dL	<100 mg/dL
Moderado	< 115 mg/dl	< 145 md/dL	No procede
Bajo	< 115 mg/dL	No procede	No procede

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han modificado el 100% de los informes del perfil lipídico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se recomienda una revisión cada dos años como mínimo de la bibliografía del perfil lipídico.
Se recomienda una modulación de la demanda según las recomendaciones de las distintas sociedades en función del tipo de paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1273 ===== ***

Nº de registro: 1273

Título
ACTUALIZACION DEL INFORME DEL PERFIL LIPIDICO

Autores:
LARA NAVARRO EMMA, LATORRE GARCÉS VIOLETA, RUIZ BUDRIA JOSE, JULIAN ANSON MARIA ANGEL, FERNANDEZ GONZALEZ AYLÁ, PALACIOS FIGUER JULIA, LEON GAÑETE INMACULADA, ALMUDI SADABA ROSANA

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 .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En noviembre de 2017 se publicó un documento consenso entre las sociedades Españolas de Arteriosclerosis (SEA), Cardiología, Medicina de Laboratorio (SEQC ML), Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC) y de médicos de Atención primaria (Semergen), para establecer unas recomendaciones para el control del perfil lipídico, análisis de las fuentes de variabilidad de dicho perfil y recomendaciones para el informe del laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es analizar el documento consenso "Homogeneización de los valores del perfil lipídico" y poner en práctica las recomendaciones que en él se tratan.

MÉTODO
- Análisis del documento consenso por el grupo de trabajo y revisión bibliográfica.
- Presentación de resultados del análisis y revisión bibliográfica en el servicio de Bioquímica Clínica del HCU.
- Reunión de grupo de trabajo para establecer los cambios necesarios a nivel interno del laboratorio en todas las fases del proceso analítico.
- Realizar cambios necesarios que se puedan realizar inmediatamente y establecer cronogramas para realizar todos los cambios.
- Informar a especialistas clínicos de los cambios realizados.

INDICADORES
% de informes de perfiles lipídicos actualizados/ mes

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1273

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS VALORES DEL PERFIL LIPIDICO

Finalización del proyecto en Diciembre 2018. Seguimiento en años sucesivos para incorporar actualizaciones futuras que se produzcan en estas determinaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0271

1. TÍTULO

MODULACION DE LA DEMANDA DE MARCADORES TUMORALES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE EMMA MARIA LARA NAVARRO
 · Profesión BIOQUIMICO CLINICO
 · Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
 · Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 FABRE ESTREMER MARTA
 JULIAN ANSON MARIA ANGEL
 RUIZ BUDRIA JOSE
 PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE
 CASTILLO ARCE MARIA DE LOS ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión de las publicaciones y guías clínicas publicados en los últimos años con el objetivo de repasar su utilidad y su consideraciones analíticas .
- Puesta en común de la revisión bibliográfica en diferentes sesiones del grupo de trabajo en el primer trimestre del año.
- Aplicación de reglas de modulación de la demanda en función de la vida media de los diferentes marcadores tumorales, características preanalíticas de la muestra así como datos clínicos obtenidos de otros parámetros bioquímicos que pueden influir en la concentración de marcadores tumorales. Actualización de las reglas del Sistema Informático de Laboratorio para implantar estas reglas.
 - o No hacer SCC ni S100 en pacientes con enfermedad renal (FG< 60 ml/min/1,73 m2).
 - o No hacer la determinación de los marcadores tumorales si tienen una determinación previa hasta 15 días antes a excepción de la alfafetoproteína.
 - o No hacer la determinación de alfafetoproteína si tiene una determinación realizada hasta 7 días antes.
 - o No hacer Enolasa si existe un grado de hemólisis >10
- Estimación del ahorro económico en reactivos que han supuesto la instauración de estas reglas de gestión de la demanda.

Marcador	2017	2018	Diferencia	Dif % 17/18	€/marcador	Ahorro €
AFP	3026	2731	-295	-9,7	1,57	463,15 €
CA 125	2515	2201	-314	-12,5	2,47	775,58 €
CA 15,3	4056	2781	-1275	-31,4	2,16	2.754,00 €
CA 19,9	4316	4258	-58	-1,3	2,25	130,50 €
CA 72,4	785	681	-104	-13,2	8,14	846,56 €
CEA	10722	10716	-6	-0,1	1,32	7,92 €
CYFRA 21451	434	-17	-3,8	4,54	77,18 €	
ENOLASA 1098	1024	-74	-6,7	4,92	364,08 €	
PSA	18726	18345	-381	-2,0	1,43	544,83 €
PSA L	2924	2948	24	0,8	3,57	85,68 €
S100	550	505	-45	-8,2	10,89	490,05 €
SCC	650	662	12	1,8	9,36	112,32 €
Total	49819	47286	-2533	-5,1		6.255,85 €

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Resultados alcanzados

En el año 2016 se realización 47.766 determinaciones de marcadores tumorales, en el año 2017 49.817 y en el año 2018 47.286. La aplicaciones de reglas de modulación de la demanda ha supuesto un ahorro directo de 6256 euros en el año 2018 respecto el 2017. Los marcadores que tuvieron una disminución más objetiva de determinaciones fueron: CA-15.3, CA-72.4 and CA-125 con una disminución de 31,4%, 13,2% and 12,5%, respectivamente.

- Se ha alcanzado un 100% de implantación de gestión de la demanda en los marcadores en estudio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aplicación de reglas de modulación de la demanda tiene un impacto directo en la salud del paciente. En concreto, la correcta petición de los marcadores tumorales (Consideraciones preanalíticas, tiempo de repetición etc) tiene un efectos directos tanto en la interpretación de los mismos como económicos. El laboratorio tiene un papel fundamental para asegurar la correcta petición de los marcadores tumorales. En este proyecto se ha demostrado como una correcta modulación de la demanda, hace disminuir el número de determinaciones, ayudando a una correcta interpretación y una mayor coste-efectividad.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0271

1. TÍTULO

MODULACION DE LA DEMANDA DE MARCADORES TUMORALES

*** ===== Resumen del proyecto 2019/271 ===== ***

Nº de registro: 0271

Título
MODULACION DE LA DEMANDA DE MARCADORES TUMORALES

Autores:
LARA NAVARRO EMMA MARIA, FABRE ESTREMER MARTA, JULIAN ANSON MARIA ANGEL, RUIZ BUDRIA JOSE, PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE, CASTILLO ARCE MARIA DE LOS ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La gestión de la demanda de pruebas del laboratorio es una obligación compartida entre el laboratorio clínico y los servicios solicitantes. Los marcadores tumorales están asumiendo un papel creciente en el ámbito oncológico, desde la detección hasta el seguimiento del tratamiento. Un valor por sí mismo no es significativo. Lo ideal es repetir el marcador tumoral aproximadamente 20 días después para obtener una evidencia de su evolución. Enfermedades benignas pueden provocar discretos aumentos de los marcadores tumorales. Un incremento progresivo, en general > 30% en 2 determinaciones seriadas es altamente indicativo de enfermedad neoplásica. Esta gestión es importante desde la perspectiva del laboratorio, especialmente para una correcta interpretación y un uso rentable de los recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es aplicar reglas de modulación de la demanda de los marcadores tumorales y realizar un estudio coste-efectivo tras la aplicación de las mismas.

MÉTODO
- Revisión bibliográfica de los marcadores tumorales disponibles en la cartera de Servicio de Bioquímica.
- Revisión de las condiciones preanalíticas, fisiológicas y patológicas que pueden alterar la concentración de los marcadores tumorales.
- Reunión de grupo de trabajo para establecer los cambios necesarios a nivel interno del laboratorio en todas las fases del proceso analítico.
- Aplicación de las reglas de modulación de la demanda para cada marcador tumoral en función de sus características:
o No hacer SCC ni S100 en pacientes con enfermedad renal (FG< 60 ml/min/1,73 m2).
o No hacer la determinación de los marcadores tumorales si tienen una determinación previa hasta 15 días antes a excepción de la alfafetoproteína.
o No hacer la determinación de alfafetoproteína si tiene una determinación realizada hasta 7 días antes.
- Realizar un estudio coste efectivo de las determinaciones realizadas de marcadores tumorales de los últimos 3 años
- Revisar mensualmente las consecuencias de la aplicación de estas reglas de modulación (Número de peticiones no realizadas y repercusión económica).

INDICADORES
Ratio de peticiones realizadas / peticiones recibidas en la sección de Marcadores Tumorales.

DURACIÓN
Finalización del proyecto en Diciembre 2019. Seguimiento en años sucesivos del proyecto para incorporar nuevas reglas de modulación de la demanda en función del tipo de petición (Ambulatoria, consultas externas, hospitalización)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0271

1. TÍTULO

MODULACION DE LA DEMANDA DE MARCADORES TUMORALES

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0741

1. TÍTULO

INTRODUCCION DEL VALOR DE REFERENCIA DEL CAMBIO EN LOS PARAMETROS ANALITICOS DE BIOQUIMICA AUTOMATIZADA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE RUIZ BUDRIA
· Profesión QUIMICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

APARICIO PELAZ DIEGO
LATORRE GARCES VIOLETA
LARA NAVARRO EMMA MARIA
MORENO GAZQUEZ INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas en este proyecto de mejora fueron:

- Cálculo de la variabilidad analítica para las magnitudes medidas en bioquímica automatizada. Este cálculo se realizó con los datos obtenidos diariamente durante el año 2019.
- Cálculo del valor de referencia del cambio (VRC) para estas magnitudes con una imprecisión menor o igual a la mitad de la variabilidad biológica intra-individual con los datos obtenidos durante el año 2019.
- Realización en enero de 2020 de una calculadora para el VRC que podrá ser utilizada por el personal sanitario que lo requiera.
- Implantación en 2020 de la calculadora dentro de la Intranet del sector III del servicio de bioquímica clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto ha sido monitorizado mediante el cálculo diario de los coeficientes de variación analítica para las magnitudes medidas en bioquímica automatizada. Con estos coeficientes se ha podido calcular el VRC y realizado una calculadora que estará disponible en la intranet del sector III para el uso del personal sanitario. Las instrucciones de uso de esta calculadora están indicadas en el propio archivo, donde el personal necesitará únicamente el valor actual de la magnitud a comparar y el valor del resultado anterior para poder realizar el cálculo automáticamente. Sin embargo, dentro de las situaciones patológicas donde el coeficiente de variación intra-individual es distinto, no se ha realizado el cálculo para el VRC. Por lo que, el personal sanitario solo dispondrá de la opción de cálculo de VRC para aquellos pacientes que no presenten una patología de base. Finalmente, durante este proyecto de mejora se reevaluó la implantación de este cálculo en el sistema informático de laboratorio (SIL) y se decidió su implantación en la intranet del sector III.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha realizado una calculadora del VRC que estará disponible para el personal sanitario en la cual se puede interpretar de una manera más correcta los cambios de estado de salud de los pacientes. Sin embargo, esta hoja no contempla los casos en los que existe una patología de base. La implantación de la calculadora se realizará durante el año 2020 ya que los cálculos se han realizado durante todo el año 2019. Tras una reevaluación del proyecto se decidió excluir este cálculo del SIL e incluirlo en la intranet del sector III del servicio de bioquímica clínica, de este modo los cálculos estarán disponibles para todo el personal sanitario y no solo para aquellas personas con acceso al SIL. Finalmente, cabe destacar que durante el año 2020 se procederá a un nuevo cálculo anual de los coeficientes de variación analítica y por lo tanto en enero de 2021 se podrá actualizar la calculadora ya existente.

7. OBSERVACIONES.

La implantación de la calculadora se encuentra en estos momentos en proceso, habiendo sido ya revisada por el jefe de servicio y próximamente se realizarán las gestiones oportunas para su total implantación por los informáticos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/741 ===== ***

Nº de registro: 0741

Título
INTRODUCCION DEL VALOR DE REFERENCIA DEL CAMBIO EN LOS PARAMETROS ANALITICOS DE BIOQUIMICA AUTOMATIZADA

Autores:
RUIZ BUDRIA JOSE, APARICIO PELAZ DIEGO, LATORRE GARCES VIOLETA, LARA NAVARRO EMMA MARIA, MORENO GAZQUEZ INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0741

1. TÍTULO

INTRODUCCION DEL VALOR DE REFERENCIA DEL CAMBIO EN LOS PARAMETROS ANALITICOS DE BIOQUIMICA AUTOMATIZADA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Toda magnitud biológica medida en el laboratorio clínico tiene una variación inherente: la variación biológica y el error aleatorio del método utilizado. Para la interpretación de los resultados en valores consecutivos se pueden utilizar como parámetros estadísticos tanto el valor de referencia del cambio (VRC) como el delta check, valorando así el cambio de estado de un paciente. En la actualidad se utiliza el delta check, el cual mide el porcentaje de aumento o disminución entre dos valores sucesivos. Sin embargo, este parámetro solo alerta sobre cambios significativos entre resultados pero no está relacionado con el estado de salud del paciente. Para abordar este estado sería mejor utilizar el valor de referencia del cambio, ya que este engloba la regulación homeostática permitiendo ver cambios significativos incluso dentro del intervalo de referencia poblacional. De este modo se reconocerían cambios en el estado de equilibrio de un paciente siendo este parámetro un valor de referencia intra-individual.

RESULTADOS ESPERADOS

Introducción del VRC para las magnitudes medidas en bioquímica automatizada, siendo la población diana todos los pacientes que tengan al menos dos analíticas realizadas por nuestro servicio. Este objetivo será de gran aportación para la atención sanitaria ya que se interpretarán de una manera más correcta los cambios de estado de salud de los pacientes.

MÉTODO

Las actividades llevadas a cabo serán:

- Cálculo del valor de referencia del cambio para todas aquellas magnitudes medidas con una imprecisión menor o igual a la mitad de la variabilidad biológica intra-individual.
- Dentro de las situaciones patológicas en las cuales el coeficiente de variación intra-individual es distinto cuando existe patología que cuando el paciente esté sano, se realizará el cálculo del VRC para cada una de estas patologías en la magnitud a medir.
- Introducción en el sistema informático del laboratorio (SIL) de estos parámetros.

INDICADORES

El proyecto será monitorizado a través de la implantación de los nuevos parámetros en el SIL.

DURACIÓN

El proyecto finalizará en diciembre de 2019, primero se introducirán los VRC para magnitudes que no difieren en presencia de patología y tras esto se introducirán para las magnitudes que sí difieren.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0747

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LA TEMPERATURA EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DESDE CENTROS PERIFERICOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE DIEGO APARICIO PELAZ
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE
JULIAN ANSON MARIA ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas en esta mejora de la calidad fueron:

- Durante los meses de mayo y junio se realizó la informatización del registro de temperaturas, creándose una hoja Excel en la cual quedan registradas las temperaturas tanto medidas manualmente como las descargadas directamente desde las sondas "mini spy Green". También se realizó un protocolo para el correcto cumplimiento de esta hoja de registros y el cambio de baterías de las sondas por parte del personal de enfermería de la unidad central del laboratorio (UCL).
- Durante el mes de noviembre de 2019 se realizaron procesos de reparación de la mayoría posible de sondas "mini spy Green" defectuosas.
- Las sondas reparadas fueron introducidas en sus contenedores correspondientes.
- Durante todo el periodo de realización de este proyecto se instruyó al personal de enfermería sobre el manejo de las sondas, descarga de los datos, cambio de baterías y registro de datos en la nueva hoja de registros tanto de los datos procedentes de las sondas como de los datos recogidos manualmente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La evaluación de este proyecto se ha realizado mediante diferentes indicadores. En primer lugar, la comprobación del número de contenedores que no contienen sonda o no descargan datos se realizó mediante una estadística con el registro de temperaturas anotadas de forma manual. El resultado estadístico anual fue que un 27% del total de contenedores no incluyen sonda o la sonda que contienen está defectuosa. Durante el mes de noviembre se produjo la reparación de sondas, lo que conllevó en una disminución del 9% en este número de contenedores a finales del periodo de este proyecto de mejora. En segundo lugar, la descarga y registro de datos por el personal de enfermería tras la realización de la nueva hoja de registro informatizado ha sido exitosa, quedando registradas todas las temperaturas en función del día y contenedor con la posibilidad de hacer estadísticas de forma intuitiva directamente desde esta hoja de cálculo. Sin embargo, no ha sido posible medir el porcentaje de datos descargados automáticamente en relación al número de sondas. Esto fue debido a que durante los meses de realización de este proyecto cuando se cambiaba la pila de alguna de las sondas, está quedaba fuera del contenedor durante un pequeño periodo de tiempo por lo que la estadística no hubiera sido representativa. Por último, el registro de las temperaturas permite la visualización rápida y sencilla de los datos de cada uno de los contenedores recibidos. Por lo tanto, una incidencia en los contenedores que sobrepasen cierta temperatura podrá ser notificada de manera sencilla al facultativo responsable de la UCL por el personal de enfermería. No obstante, durante el año 2019 no se produjo ninguna incidencia crítica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La monitorización de la temperatura en el transporte de muestras desde centros periféricos se ha realizado mediante la creación de una hoja de registro de datos. Esta hoja permite la visualización de las temperaturas tanto medidas manualmente como de las temperaturas que se descargan automáticamente desde las sondas "mini spy green". Se han realizado los cambios de baterías oportunos al igual que la reparación de las sondas defectuosas, obteniéndose como resultado una mejora en el número de contenedores que contienen sondas en perfecto funcionamiento. Sin embargo, la introducción de nuevas sondas ha quedado pendiente ya que estas requieren una instalación llevada a cabo por un especialista del Servicio de Asistencia Técnica de Nirco. Durante el año 2020 se configurarán y se pondrán en uso las sondas nuevas y se procederá a una reevaluación para poder mejorar de este modo el número total de contenedores con sondas que funcionen correctamente.

7. OBSERVACIONES.

La evaluación de este proyecto pone en evidencia que la descarga fallida de las sondas no se debe únicamente a un defecto en las mismas o un agotamiento de su batería, sino que también se ha dado la circunstancia de que el enrutador encargado de la descarga no funcione correctamente a tiempo completo. Este hecho se pondrá en conocimiento del Servicio Técnico durante el año 2020.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/747 ===== ***

Nº de registro: 0747

Título
MONITORIZACION DE LA TEMPERATURA EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DESDE CENTROS PERIFERICOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0747

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LA TEMPERATURA EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DESDE CENTROS PERIFERICOS

Autores:
APARICIO PELAZ DIEGO, PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE, JULIAN ANSON MARIA ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las muestras biológicas extraídas en los centros periféricos son transportadas, en neveras portátiles con acumuladores de frío, hasta la unidad central del laboratorio (UCL) del hospital. La temperatura interior de estas neveras no debe exceder los 20 °C en ningún momento del transporte para garantizar la estabilidad de los parámetros a analizar. La necesidad de monitorizar esta temperatura condujo a la introducción de registradores de temperaturas (datalogger) en las neveras, los cuales miden la temperatura durante todo el trayecto y descargan los resultados a su llegada a la UCL. En la actualidad, la temperatura de las neveras ya se está registrando, sin embargo, quedan campos para la mejora en varios aspectos, como son la homogeneización de actividades, facilitación de registros, redacción de instrucciones, etc...

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es la monitorización correcta de la temperatura en las neveras procedentes de los centros periféricos, de este modo se pueden detectar y disminuir las incidencias relacionadas con el proceso preanalítico de las muestras y adecuar el proceso a la norma de calidad UNE-EN-ISO-15189. Para ello se desarrollarán los siguientes objetivos:

- Introducción de los datalogger en todas las neveras siempre que la disponibilidad lo permita.
- Realización de instrucciones de descarga, procesamiento y registro de datos procedentes de las sondas, así como del cambio de baterías por parte del personal de enfermería.
- Formación sobre las posibles incidencias, registro y notificación de las temperaturas y sondas durante el transporte.

MÉTODO

Dentro de las diferentes acciones previstas para esta mejora de la calidad se pueden incluir:

- Reparación y cambio de baterías en los dataloggers antiguos y compra de nuevos.
- Incluir dataloggers en perfecto funcionamiento dentro del número máximo posible de neveras.
- Realizar protocolos de actuación para la descarga y registro de datos. Al igual que para el cambio de baterías cuando fuera necesario.
- Actividades de formación para el personal de enfermería en relación al buen manejo de los registradores, cambio de los mismos, registro de datos y medidas de temperatura manual, así como la notificación de valores anormales de temperatura y registro de incidencias.
- Realizar todas estas acciones teniendo en cuenta las especificaciones de la calidad impuestas por la norma UNE-EN-ISO-15189.

INDICADORES

La evaluación de este proyecto se realizará midiendo diferentes indicadores de calidad:

- Medición del porcentaje de neveras que contienen dataloggers respecto al total periódicamente hasta el final de este proyecto, así se comprobará que el mayor número posible de neveras los contienen.
- Comprobación de la descarga y registro por parte del personal de enfermería, midiéndose el porcentaje de descargas correctas en relación al número de registradores incluidos en neveras.
- Comprobación de la existencia de la realización de los documentos referentes a las instrucciones y formación del personal de la UCL implicados en estos procesos.

DURACIÓN

Cada actividad se realizará paulatinamente desde el principio del proyecto y durante un año de duración. De este modo se tendrán en cuenta las posibles incidencias y realizaran los arreglos oportunos de cada una de ellas para lograr el mejor rendimiento global posible. Los indicadores se medirán mes a mes hasta diciembre de 2019, fecha de finalización de este proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0747

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LA TEMPERATURA EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DESDE CENTROS PERIFERICOS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0803

1. TÍTULO

AUTOMATIZACIÓN DE LA IDENTIFICACION DE LAS MUESTRAS PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEÍNAS SÉRICAS POR NEFELOMETRÍA

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE MARIA ARRUEBO MUÑO
· Profesión BIOQUIMICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VIGUERA SARABIA NOELIA
RUIZ MODREGO ANA CRISTINA
BENITO TRONCOSO RAQUEL
FRANCO CUARTERO JAVIER
JULIAN ANSON MARIA ANGEL
RAMOS ALVAREZ MONICA
MENA GUILLEN SEBASTIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para el cumplimiento del Proyecto, la reducción de la incidencia de posibles errores preanalíticos, en la sección de Nutrición del Laboratorio de Bioquímica se realizaron una serie de cambios para automatizar el proceso de identificación de las muestras y de las peticiones correspondientes a cada una de ellas en el nefelómetro BNII. Las acciones realizadas son las siguientes:

- Puesta en marcha de un sistema de lector de código de barras para la identificación inequívoca del paciente.
- Cambio de configuración del analizador a "host query" para comunicar el analizador con el sistema informático del laboratorio, lo que permite la identificación inequívoca de las pruebas solicitadas a cada paciente.
- Reuniones con la casa comercial y la empresa responsable del sistema informático del laboratorio para coordinar todo el proyecto.
- Formación del personal técnico de la nueva metodología de trabajo

Todas estas acciones se llevaron a cabo desde el inicio del proyecto hasta octubre, fecha a partir de la cual se introdujo en la práctica diaria de la sección.

Como recursos materiales, únicamente fueron necesarios los disponibles en la sección de Nutrición del Laboratorio de Bioquímica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado en el proyecto es la automatización del proceso de identificación de las muestras y las peticiones asociadas a cada muestra, con la consecuente reducción de la incidencia de posibles errores preanalíticos.

Este proceso se realizaba anteriormente de forma mas manual, lo que podía llevar a errores preanalíticos en la identificación incorrecta de la muestra y en la identificación errónea de las pruebas pedidas a cada paciente, errores minimizados con la incorporación del proceso automatizado.

El proyecto tiene un claro impacto en el paciente, ya que los resultados del Laboratorio Clínico son esenciales para la seguridad del mismo, por lo que es importante reducir al máximo los posibles errores, especialmente los de la fase preanalítica por ser los mas frecuentes, para mejorar la calidad de los mismos.

Los indicadores utilizados para el proyecto:

- la puesta en funcionamiento de la identificación automática de pacientes mediante código de barras: SI
- cambio de configuración del nefelómetro para la identificación de las pruebas de cada paciente: SI
- % identificados mediante código de barras: 100% desde octubre del 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del proyecto es claramente positiva por contribuir a la mejora de los datos de laboratorio, lo que repercute directamente en la calidad de los mismos y la seguridad del paciente. Los objetivos han sido cumplidos en su totalidad, y el proyecto ha quedado instaurado en el laboratorio dentro de su rutina habitual, sustituyendo al anterior sistema.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/803 ===== ***

Nº de registro: 0803

Título
AUTOMATIZACION DE LA IDENTIFICACION DE LAS MUESTRAS PARA LA DETERMINACION DE PROTEINAS SERICAS POR NEFELOMETRIA

Autores:
ARRUEBO MUÑO MARIA, VIGUERA SARABIA NOELIA, RUIZ MODREGO ANA CRISTINA, BENITO TRONCOSO RAQUEL, FRANCO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0803

1. TÍTULO

AUTOMATIZACIÓN DE LA IDENTIFICACION DE LAS MUESTRAS PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEÍNAS SÉRICAS POR NEFELOMETRÍA

CUARTERO JAVIER, JULIAN ANSON MARIA ANGEL, RAMOS ALVAREZ MONICA, MENAO GUILLEN SEBASTIAN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los resultados del Laboratorio Clínico son esenciales para la seguridad del paciente, por lo que es importante reducir al máximo los posibles errores para mejorar la calidad de los mismos. En un laboratorio clínico se pueden diferenciar claramente tres fases: preanalítica, analítica, y postanalítica. La mayor parte de los errores producidos en el laboratorio clínico tienen lugar en la fase preanalítica (71%), que incluye todos los procesos desde la petición de la prueba por parte del médico solicitante hasta el comienzo del proceso analítico propiamente dicho. Una importante reducción de estos errores preanalíticos se consigue evitando o minimizando errores en la identificación de las muestras del paciente, que suponen uno de los problemas con mayor índice de factor de riesgo para provocar un evento adverso en el paciente.

Actualmente, en la sección de Nutrición del Laboratorio de Bioquímica, la preparación de las muestras para la determinación de proteínas séricas por nefelometría, se basa en un proceso manual que consiste en el transvase de la muestra del tubo primario a un tubo de plástico previamente rotulado con la identificación de los pacientes por el personal técnico. Estos tubos son ordenados a mano siguiendo una lista de trabajo e introducidos en el analizador, que realiza las mediciones correspondientes. Tanto la identificación como la colocación de las muestras en el orden correspondiente son realizados de forma manual, lo que puede llevar a importantes errores preanalíticos en la identificación incorrecta de la muestra clínica de los pacientes y en la identificación errónea de las pruebas pedidas a cada paciente.

La posibilidad de error en la identificación de las muestras puede evitarse mediante la utilización de sistemas electrónicos de códigos de barras para la identificación inequívoca de las muestras y de las peticiones correspondientes a cada una de ellas.

RESULTADOS ESPERADOS

Reducir la incidencia de posibles errores preanalíticos de identificación de las muestras de pacientes en las determinaciones realizadas en el nefelómetro BNII de la sección de Nutrición del Laboratorio de Bioquímica mediante la automatización del proceso de identificación de las muestras.

MÉTODO

Para reducir los posibles errores preanalíticos en la identificación de muestras en la determinación de proteínas por nefelometría de la sección de Nutrición se van a realizar cambios en el proceso para la automatización del mismo. Se utilizará un sistema de lector de código de barras para la identificación inequívoca del paciente y se procederá al cambio de configuración de la forma de trabajo actual "carga de archivos" a la forma automática "host query" en la que se produce una comunicación bidireccional entre el analizador y el sistema informático del laboratorio (S.I.L.) para la identificación inequívoca de las pruebas solicitadas a cada paciente. Para llevar a cabo este proceso se llevarán a cabo reuniones tanto con la casa comercial del equipo (Simenes) como con la empresa encargada del sistema informático del laboratorio (Werfen) para estudiar los cambios de configuración necesarios para la automatización. Posteriormente se llevará a cabo la formación al personal técnico de la nueva metodología de trabajo.

INDICADORES

Indicadores:

- Puesta en funcionamiento de la identificación automática de pacientes mediante código de barras: SI/NO
- Cambio de configuración del nefelómetro para la identificación de las pruebas asignadas a cada paciente: SI/NO
- % de tubos identificados mediante código de barras

Para evaluar el impacto de la automatización del proceso y la modificación de la rutina de trabajo, se realizarán reuniones periódicas con todas las partes implicadas para la estudiar la evolución del proyecto, profundizar en los cambios realizados y futuras mejoras a implantar.

DURACIÓN

La automatización del proceso de identificación de muestras de las peticiones de proteínas de la sección de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0803

1. TÍTULO

AUTOMATIZACIÓN DE LA IDENTIFICACION DE LAS MUESTRAS PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEÍNAS SÉRICAS POR NEFELOMETRÍA

Nutrición del Laboratorio de Bioquímica se organizará a lo largo de los tres meses siguientes al inicio del proyecto, incluyéndose a partir de ese momento en la práctica diaria de la sección.

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 - 2016/0611

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 - 2018/0596

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA SANTAMARIA GONZALEZ
· Profesión BIOQUIMICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LORENTE MARTIN SILVIA
PERIAGO PERALTA MARIA NIEVES
PALACIOS FIGUER JULIA
MARCO CEBOLLA ANA CRISTINA
ROS LOPEZ SUSANA
LAMATA HERNANDEZ FELIX
PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para alcanzar las actividades propuestas en el proyecto, el equipo se ha reunido en varias ocasiones para revisar los objetivos y su cumplimiento, con ello se han analizado los principales errores observados durante la fase analítica y postanalítica y se ha propuesto una solución para intentar reducirlos, se han concretado los puntos a incluir en el perfil evolutivo de la PTHi y se ha decidido reducir a una única muestra la determinación de calcio total y PTH basal. Una vez consensuados estos puntos se ha establecido un protocolo de trabajo en el que se incluyen las condiciones de procesamiento y almacenamiento de la muestra en caso de que la intervención se realice fuera de horario de trabajo del laboratorio de rutina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nombre del Indicador-----Valor (resultado cuantitativo) del Indicador
Nº de incidencias antes/después del protocolo: 70%/5%
Reducción del nº incidencias analíticas: 65%
Encuestas personal: grado de satisfacción: Muy útil: 80% / Útil: 20%
Encuestas personal: grado de comprensión y compromiso: 100%
Disminución tiempo de respuesta: 50%
Sesiones informativas y reuniones: 4

El protocolo ha permitido optimizar la monitorización de PTH intraoperatoria en el laboratorio en su fase analítica y postanalítica. Se ha conseguido reducir el tiempo de emisión de resultados a la mitad y se ha mejorado la comunicación entre cirujanos y laboratorio, estableciendo protocolos de trabajo útiles y comprensibles para los profesionales implicados en el procesamiento de las muestras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto ha sido diseñado con la intención de establecer un protocolo de trabajo para optimizar la monitorización de PTH intraoperatoria en el laboratorio con el objetivo de mejorar el servicio proporcionado por el laboratorio y con ello, la calidad asistencial. Los resultados han sido muy positivos en todos los indicadores analizados, el protocolo ha quedado establecido y el proyecto ha concluido satisfactoriamente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/596 ===== ***

Nº de registro: 0596

Título
OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA

Autores:
SANTAMARIA GONZALEZ MARIA, LORENTE MARTIN SILVIA, PALACIOS FIGUER JULIA, MARCO CEBOLLA ANA CRISTINA, ROS LOPEZ SUSANA, LAMATA HERNANDEZ FELIX, GUTIERREZ SAMPER ANA PILAR, PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE

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 - 2018/0596

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la última década se ha extendido el uso de la monitorización intraoperatoria de la parathormona (PTHi) en el tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo primario (HPTP). La vida media de esta hormona es de 5 minutos, por lo que la curva trazada por el nivel de PTH durante la intervención permite conocer la cuantía de la extirpación del tejido hiperfuncionante. De este modo, una caída significativa de los niveles posquirúrgicos de PTH tras haberse efectuado la resección de la(s) glándula(s) anormal(es) es un buen predictor de éxito quirúrgico. El estudio del perfil evolutivo de la PTHi tras la exéresis glandular se realiza en el laboratorio con un tiempo estimado de 30 minutos desde la recepción de las muestras. Sin embargo, en el laboratorio hemos detectado que las muestras recibidas no siempre reúnen las condiciones deseables, no siempre están correctamente etiquetadas, en ocasiones no son reconocidas por el analizador y en consecuencia el informe de resultados se demora. Para ofrecer un servicio más rápido y de mejor calidad resulta necesario revisar las condiciones en las que se reciben las muestras, concretar los puntos incluidos en el perfil evolutivo de la PTHi y establecer un protocolo de trabajo que incluya una comunicación fluida entre cirujanos y laboratorio. Este proyecto surge para dar continuidad al proyecto de mejora de la fase preanalítica.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.Optimizar la monitorización de PTH intraoperatoria en el laboratorio
- 2.Establecer un protocolo de trabajo en el laboratorio
- 3.Reducir el tiempo de emisión de resultados
- 4.Mejorar la comunicación entre cirujanos y laboratorio

MÉTODO

- . Revisar y reducir los errores más frecuentes por los que el analizador no reconoce la muestra
- . Determinar en una única muestra calcio y PTH basal, con lo que se evita extracción de muestras innecesarias al paciente.
- . Protocolizar la fase analítica y postanalítica y concienciar de la importancia de la determinación entre los técnicos de laboratorio que procesan las muestras.
- . Establecer las condiciones de procesamiento y almacenamiento de la muestra en caso de que la intervención se realice fuera de horario de trabajo de laboratorio de rutina.
- . Consensuar con los cirujanos los puntos a incluir en el perfil evolutivo de la PTHi
- . Conocer el proceso completo desde que la muestra es extraída en quirófano hasta que se emite el informe de resultados. El protocolo de actuación en quirófano y laboratorio se comunicará en una sesión informativa conjunta entre ambos servicios.

INDICADORES

- . Número de incidencias registradas en recepción de muestras. Se comparará el número de incidencias preanalíticas antes y después de establecer el protocolo de trabajo
- . Número de incidencias registradas durante la fase analítica. Se valorará la reducción del número de incidencias analíticas desde la implantación del protocolo
- . Encuestas al personal implicado para evaluar el protocolo de trabajo. Podremos evaluar si se ha comprendido, incluir sugerencias, comprobar el grado de satisfacción del personal
- . Tiempo de respuesta informe de resultados, permitirá valorar la disminución del tiempo en la emisión de resultados.
- . Sesiones informativas o reuniones diseñadas para mejorar el servicio

DURACIÓN

DURACIÓN Y CALENDARIO: La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es de 10-12 meses.

Durante el cuatrimestre trimestre del año, se estudiarán las principales causas que retrasan la entrega de resultados y se buscará soluciones que resuelvan los problemas más comunes, además de preparar y establecer un protocolo de trabajo en el laboratorio que incluya el trabajo técnico y facultativo.

En el segundo cuatrimestre se procederá a la puesta en común entre cirujanos y bioquímicos, donde se consensuarán y establecerán los mejores puntos a incluir en el perfil de valoración de PTHi y se ofrecerán sesiones informativas que permitan a los profesionales implicados conocer el proceso completo.

Finalmente, el último cuatrimestre comprenderá la valoración del servicio tras las mejoras incluidas, se evaluarán los indicadores y se comprobará que el proyecto haya transcurrido con satisfacción

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0596

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA

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 - 2018/0656

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ELENA LLORENTE FERNANDEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA GONZALEZ MARIA
AZNAREZ NOGUERAS SOFIA
FRANCO CUARTERO JAVIER
BASTARDO VALERO MARIA MERCEDES
USON URIEL MARIA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestro laboratorio, las determinaciones hormonales del perfil androgénico se basan en la cuantificación de la testosterona total, SHBG y la testosterona libre determinada por métodos directos (ESTRATEGIA A). Dadas las limitaciones metodológicas de la determinación de testosterona libre, sumada a la mayor eficacia diagnóstica de la estimación de la testosterona libre (94 frente al 91% de eficacia diagnóstica), proponemos un nuevo perfil androgénico basado en la testosterona total y la estimación de las fracciones de testosterona libre y biodisponible estimada a partir de la SHBG y la albúmina (ESTRATEGIA B). Este nuevo protocolo propuesto presenta una mayor utilidad diagnóstica y estimamos que un menor coste por paciente.

De forma previa a la implantación de la nueva estrategia diagnóstica, se calculó el coste real del perfil androgénico (3.77€/paciente, con un coste anual de 12242€), así como la estimación de coste de la propuesta diagnóstica (3.27 €/paciente, con un coste anual de 10608€). Se estimó un ahorro anual de 1633€, un 13.3% del coste.

Se comunicó el cambio a los servicios peticionarios implicados: Urología, Endocrinología y Ginecología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la implantación de esta propuesta, en junio de 2018, se calculó el coste real de la mejora, comparando los periodos comprendidos entre 1/09/2017-31/01/2018 (estrategia A) y 1/09/2018-31/01/2019 (estrategia B). El coste de la estrategia A durante los 5 meses de evaluación fue de 3.72€/paciente (12625€/año), frente a los 3.21€/paciente (10337€/año) con la nueva propuesta. Esto supuso un ahorro real de 2287€ anuales, aproximadamente un 18.1% del coste del perfil androgénico.

No ha sido detectada ninguna incidencia ni reclamación por parte de los clínicos. Tampoco ha sido solicitada la petición de determinación de testosterona libre cuantificada por método de referencia

Resumen de indicadores:

? Incremento coste efectividad anual entre el perfil propuesto y el protocolo previo = -2515 (mayor eficacia a menor coste)
? Incidencias detectadas tras la implantación del protocolo = 0
? nº de peticiones para la determinación de testosterona libre directa solicitadas = 0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La nueva estrategia permite una mayor eficacia diagnóstica en la patología androgénica (incrementándose del 91 al 94%) con un menor coste (ahorro anual de 2287€)

7. OBSERVACIONES.

No precisa

*** ===== Resumen del proyecto 2018/656 ===== ***

Nº de registro: 0656

Título
OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE

Autores:
LLORENTE FERNANDEZ ELENA, SANTAMARIA GONZALEZ MARIA, AZNAREZ NOGUERAS SOFIA, FRANCO CUARTERO JAVIER, BASTARDO VALERO MARIA MERCEDES, USON URIEL MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0656

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
 Otro Tipo Patología:
 Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión ("no hacer")
 Tipo de Objetivos .: Estratégicos
 Otro tipo Objetivos:

 Enfoque:
 Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La testosterona es un andrógeno sintetizada en los testículos en los hombres, en los ovarios en las mujeres, y en ambos sexos en la corteza suprarrenal. En el hombre, la secreción testicular de testosterona está regulada por la hormona luteinizante (LH) y mediante retroalimentación negativa vía hipotálamo-hipófisis. Esta testosterona se transforma en la próstata y las vesículas seminales en dihidrotestosterona, que es más activa biológicamente. La testosterona estimula el desarrollo de los caracteres sexuales masculinos secundarios y contribuye al mantenimiento de la función prostática y de la vesícula seminal. En la mujer, los ovarios producen pequeñas cantidades de testosterona que en concentraciones fisiológicas no ejercen efectos andrógenos específicos. La mayor parte de la testosterona en las mujeres se forma por conversión periférica de otros andrógenos (DHEA y androstenediona). Además, la testosterona sintetizada en los ovarios se convierte en estradiol y estrona. Un aumento de la producción de testosterona en la mujer puede causar virilización. Del total de testosterona, sólo el 2% circula libre en la sangre (TESTOSTERONA LIBRE), mientras que la testosterona restante está unida a proteínas transportadoras, aproximadamente un 60% a la globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG) y un 38% a la albúmina (unión de baja afinidad). La TESTOSTERONA BIODISPONIBLE es la suma de la testosterona libre y la unida a albúmina (unión de baja afinidad). La testosterona libre puede ser determinada por métodos directos (siendo el método de referencia la diálisis de equilibrio, pero sin utilidad en el laboratorio clínico por su laboriosidad) o se puede calcular mediante métodos indirectos. Otros métodos de cuantificación directa, como el radioinmunoanálisis (RIA) o los inmunoensayos enzimáticos (ELISA) no presentan buena correlación con el método de referencia, lo que también limita su utilidad. La testosterona biodisponible se puede estimar a través de fórmulas validadas, basadas en la cuantificación de la testosterona total, la fracción unida a SHBG y la unida a albúmina. El estudio del perfil androgénico, tanto en el varón y como en la mujer, es frecuente en el Laboratorio de Hormonas como herramienta de ayuda en el diagnóstico de patologías relacionadas con la deficiencia o el exceso de andrógenos, tales como la pubertad precoz o retardada, la virilización, infertilidad, el hirsutismo o la alopecia. Dicho perfil se basa en la determinación de testosterona total junto con la fracción de testosterona libre o a la estimación de testosterona biodisponible. En la actualidad se considera que la testosterona biodisponible refleja mejor el estado androgénico que la testosterona total e incluso que la testosterona libre cuantificada por métodos directos. Vermeulen y colaboradores encontraron una eficacia diagnóstica para el hipoandrogenismo del 94% cuando se estimaba la testosterona biodisponible, frente al 91% demostrado por la testosterona libre. En nuestro laboratorio, el perfil androgénico se basa en la cuantificación de la testosterona total junto a la fracción libre por métodos directos (ESTRATEGIA A). Proponemos un nuevo perfil androgénico basado en la testosterona total y la fracción biodisponible estimada a partir de la SHBG y la albúmina (ESTRATEGIA B) El protocolo propuesto presenta una mayor utilidad diagnóstica con un menor coste anual. A continuación se resume el análisis de costes realizado:

DESCRIPCIÓN	COSTE ANUAL	COSTE POR PACIENTE	UTILIDAD (eficacia diagnóstica)
ESTRATEGIA A	Basado en testosterona libre	12242?	3.77? 94%
ESTRATEGIA B	Basado en testosterona biodisponible	10608?	3.27? 91%

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto es implantar y evaluar el nuevo protocolo de laboratorio propuesto para evaluar el perfil androgénico de los pacientes.

MÉTODO

La nueva estrategia diagnóstica ha sido consensuada con los servicios de Endocrinología, Urología y Ginecología, principales peticionarios de estas determinaciones. Se propone dar una sesión informativa sobre las ventajas del nuevo perfil a los profesionales implicados.

INDICADORES

Se proponen los siguientes indicadores de seguimiento:

- Diferencia de costes anual entre el perfil propuesto y el protocolo previo
- Incidencias detectadas tras la implantación del protocolo
- nº de peticiones para la determinación de testosterona libre directa solicitadas y que son procedentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0656

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE

DURACIÓN

Se propone el siguiente cronograma:

01/03/2018 a 15/05/2018

Comunicación del nuevo protocolo pactado a todos los profesionales implicados

Configuración de las nuevas determinaciones en el sistema informático del laboratorio (Modulab) y en el petitorio electrónico: testosterona libre calculada y testosterona biodisponible calculada.

16/05/2018 a 31/05/2018

Puesta en marcha del nuevo protocolo

01/06/2018 a 30/09/2018

Análisis de las incidencias detectadas y establecimiento de las acciones correctivas necesarias.

1/10/2018 a 30/10/2018

Evaluación del protocolo mediante el cálculo de los indicadores.

OBSERVACIONES

Bibliografía consultada:

1. Vermeulen A, Verdonck L, Kaufman JM. A critical evaluation of simple methods for the estimation of free testosterone in serum. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999;84(10):3666-72.

2. Sartorius G, Ly LP, Sikaris K, McLachlan R, Handelsman DJ. Predictive accuracy and sources of variability in calculated free testosterone estimates. *Ann Clin Biochem.* 2009 Mar;46(Pt 2):137-43.

3. Morris PD, Malkin CJ, Channer KS, Jones TH. A mathematical comparison of techniques to predict biologically available testosterone in a cohort of 1072 men. *Eur J Endocrinol.* 2004 Aug;151(2):241-9.

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 - 2018/0745

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE PREANALITICA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE SILVIA LORENTE MARTIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PERIAGO PERALTA MARIA NIEVES
ALIERTA GRACIA EVA MARIA
SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE
PEREA DE PACO PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el proyecto Optimización de la monitorización de PTH intraoperatoria: fase preanalítica, se contemplaron los siguientes indicadores:

- 1.- Nº de incidencias registradas en la preparación, extracción y transporte de las muestras. Se contemplará el número de incidencias preanalíticas antes y después de establecer el protocolo de trabajo.
- 2.- Encuestas al personal implicado para evaluar el protocolo de trabajo.
- 3.- Sesiones informativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.-Durante este tiempo se han establecido diferentes pautas de trabajo en consenso con el personal implicado de cada sección (cirujanos/bioquímicos, enfermeras de anestesia, celadores y TEL) hasta determinar unos protocolos para la monitorización, extracción y transporte de muestras de paratohormona (PTH) intraoperatoria. Tomando el período comprendido entre Octubre y Diciembre de 2017 se produjeron 15 incidencias todas ellas relacionadas con la preparación, extracción y transporte de las muestras. Lo que vino a corresponder con un 100% de los análisis realizados durante dicho período.

Tras la implantación de los respectivos protocolos, se valoraron durante el mismo período del año 2018 las incidencias ocurridas.

De las 15 muestras analizadas hubo incidencias en 7 de ellas lo que se representó en un 28,5% de incidencias relacionadas con la monitorización y con el transporte y un 42,8% con la extracción.

2.-A comienzos de 2019 se pasaron unas encuestas de valoración al personal implicado en cada servicio del proyecto donde se vieron los resultados que se muestran a continuación.

A la pregunta: ¿Cree que el proceso se ha mejorado tras la implantación del protocolo? Hubo un 100% de respuestas afirmativas en la monitorización y en el transporte y en el área de la extracción fué un 64,7% los que consideraron que el proceso había mejorado.

Y a la pregunta: Valore de 0 a 5, siendo 0= nada útil y 5 Muy útil, el grado de mejora que cree que ha supuesto la implantación del protocolo.

La valoración de 4 puntos fué la más representativa con un 50% en las encuestas de monitorización, un 63,6% en la extracción y un 100% en el transporte.

3.-Antes de la puesta en marcha de los protocolos se impartieron sesiones formativas al personal implicado (TEL, enfermeras de anestesia y celadores) las cuales tuvieron muy buena aceptación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto ha sido diseñado para establecer unos protocolos de trabajo en la monitorización, extracción y transporte de la PTH intraoperatoria con la intención de informar al personal implicado de la importancia de cada fase y mejorar así el servicio proporcionado por el laboratorio en el tratamiento de las muestras.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/745 ===== ***

Nº de registro: 0745

Título
OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE PREANALITICA

Autores:
LORENTE MARTIN SILVIA, SANTAMARIA GONZALEZ MARIA, PERIAGO PERALTA MARIA NIEVES, ALIERTA GRACIA EVA MARIA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0745

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE PREANALITICA

SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE, PEREA DE PACO PEDRO

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

. La apropiada evolución de los niveles de paratohormona (PTH) en muestras seriadas obtenidas durante el tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo primario es indicador del éxito quirúrgico, es por esto mismo que una buena trazabilidad de las muestras es fundamental en la fase preanalítica. Conseguir que desde el laboratorio los tubos vayan perfectamente etiquetados, que dichas etiquetas no sufran ningún deterioro durante el proceso, que se protocolicen los tiempos de extracción, que la temperatura entre la extracción y el análisis sea la correcta y que no se demoren los tiempos son puntos fundamentales para garantizar la calidad de las determinaciones. Este proyecto antecede y se continúa con el proyecto de mejora de las fases analítica y postanalítica de la monitorización de PTH intraoperatoria.

RESULTADOS ESPERADOS

- * Establecer un protocolo de preparación de los contenedores de muestras biológicas y de la nevera de transporte en el laboratorio. *Mejorar la trazabilidad de las muestras.
- * Revisar y optimizar la extracción de muestras en el quirófano y el transporte y recepción en el laboratorio.
- * Establecer un protocolo de trabajo en el quirófano.

MÉTODO

- * Unificar criterios a la hora del transporte de las muestras.
- * Reducir incidentes con la identificación de las muestras.
- *Protocolizar la fase preanalítica y concienciar al personal implicado de la importancia de la extracción de la muestra y del correcto transporte al laboratorio.
- * Conocer el proceso completo desde que la muestra es extraída en quirófano hasta que se emite el informe de resultados. El protocolo de actuación en quirófano y en el laboratorio se comunicará en una sesión informativa conjunta entre los servicios.

INDICADORES

- * Número de incidencias registradas en la preparación, extracción y transporte de las muestras. Se comparará el número de incidencias preanalíticas antes y después de establecer el protocolo de trabajo.
- * Encuestas al personal implicado para evaluar el protocolo de trabajo. Valorando si se ha comprendido el proceso, si se podría mejorar de alguna manera y el grado de satisfacción.
- * Sesiones informativas o reuniones diseñadas para mejorar el servicio.

DURACIÓN

- * La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es de 10-12 meses.
- * Durante el primer cuatrimestre de año, se estudiarán las principales causas que retrasan la entrega de muestras y se buscarán soluciones que resuelvan los problemas más comunes.
- *En el segundo cuatrimestre del año se procederá a la puesta en común entre enfermeras de anestesia, celadores y el laboratorio para consensuar y establecer los protocolos de actuación y se ofrecerán sesiones informativas que permitan a los profesionales implicados conocer el proceso completo.

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 - 2018/1026

1. TÍTULO

MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA, POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE VIOLETA LATORRE GARCES
· Profesión BIOQUIMICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES OTERO MARIA JESUS
LARA NAVARRO EMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Obtención de los años 2017 y 2018 de los indicadores relativos a la efectividad de las notificaciones enviadas desde el laboratorio de bioquímica:

1.a/Notificaciones enviadas a un destino correcto (porque el servicio solicitante lo ha facilitado).

1.b/Notificaciones recibidas y abiertas en t<24 h por el servicio peticionario. Período en el que se realizó esta acción: Noviembre 18- Enero 19.

2.- Tras la evaluación pormenorizada de todas las notificaciones enviadas por el servicio de bioquímica en el año 2018, se realizó la elaboración de los siguientes listados:

2.a/ Solicitantes que han facilitado al laboratorio un correo electrónico, para la recepción de valores críticos, y abren las notificaciones en menos de 24 horas. 2.b/ Solicitantes que han facilitado una dirección de correo, pero que no abren las notificaciones del laboratorio.

2.c/ Solicitantes que no han facilitado un correo electrónico al laboratorio.

Período en el que se realizó esta acción: Enero 19.

3.- Reunión con los componentes del proyecto de mejora para la evaluación de los datos obtenidos.

- Se agrupan algunos destinos de un mismo servicio, para optimizar la sistemática de notificaciones, siguiendo el ejemplo de los servicios en los que este sistema se ha implantado con éxito.

- Se eliminan de nuestro objetivo los destinos genéricos que no pertenecen a nuestro sector, por resultar inviable la comunicación electrónica con ellos.

- Se esbozan tres tipos de comunicaciones:

3.a/ Carta de agradecimiento a los servicios donde este sistema se ha implantado con éxito.

3.b/ Carta explicando la notificación de valores críticos del laboratorio, y solicitando la colaboración del servicio solicitante. Se adjuntará el listado de valores críticos vigente, por si alguno de los clientes necesitara realizar alguna modificación, y se les facilitará la extensión y correo del responsable del proyecto, para facilitar la comunicación.

Fecha de reunión: 15 de Febrero de 2019.

El proyecto de mejora finalizará, como se fijó en la propuesta, en Mayo de 2019.

Se realizarán las siguientes acciones:

4.- Envío de las cartas de agradecimiento, y de solicitud de colaboración con el sistema de notificación de críticos a los solicitantes (Jefes de servicio y Coordinadores de los CS)

5.- Tras tres meses, se evaluará la eficacia de las acciones llevadas a cabo, con la medida de los indicadores mencionados en el punto 1.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Indicadores mensuales de los años 2017 y 2018 relativos a la efectividad de las notificaciones:

1.a/Notificaciones enviadas a un destino correcto (porque el servicio solicitante lo ha facilitado). Promedio anual 2017: 87.31%. Promedio anual 2018: 94.50%

1.b/Notificaciones recibidas y abiertas en t<24 h por el servicio peticionario.

Promedio anual 2017: 57.59%. Promedio anual 2018: 66.50%.

En ambos indicadores se observa una tendencia ascendente, que atribuimos a la insistencia (mediante vía telefónica) de los facultativos de bioquímica que enviamos los críticos, en la asignación de un correo y apertura de las notificaciones, a los solicitantes.

2.- Evaluación de las notificaciones enviadas por el servicio de bioquímica en el año 2018, y clasificación de los solicitantes (Servicios y Centros de Salud):

2.a/ Existen 50 solicitantes que han facilitado al laboratorio un correo electrónico, para la recepción de valores críticos, y abren las notificaciones en menos de 24 horas.

2.b/ Se hallan 53 solicitantes que han facilitado una dirección de correo, pero que no abren las notificaciones del laboratorio, 37 de ellos de manera recurrente.

2.c/ 32 solicitantes que no han facilitado un correo electrónico al laboratorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El sistema de notificación de valores críticos de laboratorio se ha implantado con éxito en 50 destinos, destacando positivamente los servicios de Endocrinología y Nefrología, y la mayoría de los Centros de Salud. Tras este primer paso en la implantación, se observa que en primaria la notificación por vía electrónica ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1026

1. TÍTULO

MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA, POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U

sido mucho más exitosa que en atención especializada. Nuestro objetivo es conseguir tras la finalización del proyecto, la sistematización de este proceso también en consultas externas y hospitalización.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1026 ===== ***

Nº de registro: 1026

Título
MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U. LOZANO BLESA

Autores:
LATORRE GARCES VIOLETA, 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
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la implantación de la notificación de valores críticos por correo electrónico en Enero de 2016, se ha seguido su efectividad mediante dos indicadores mensuales:
% de notificaciones enviadas correctamente (es decir, el servicio solicitante ha facilitado al laboratorio una dirección de correo electrónico para la recepción de las notificaciones).
% de notificaciones abiertas en un plazo inferior a 24 horas desde su envío.
Se observa que este proceso ha sido efectivo en más del 90% de los Centros de Salud solicitantes, pero sólo en algunos servicios de nuestro hospital (fundamentalmente, Nefrología, Medicina Interna, Endocrinología y Digestivo), por lo que muchos de los servicios solicitantes, o bien, no han facilitado todavía una dirección de correo electrónico al laboratorio, o si lo han hecho, no tienen establecida una sistemática de apertura de las notificaciones.
Por otro lado, se considera necesario la revisión con cada servicio de los valores críticos a notificar por el laboratorio, en función de las características de sus pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Teniendo en cuenta que la notificación de valores críticos es un requisito de la Norma UNE-EN ISO 15189, los objetivos a conseguir son:
- Consenso de los valores críticos con los servicios peticionarios del hospital.
- Notificación efectiva de valores críticos por vía electrónica, es decir, conseguir trasladar a los servicios solicitantes la necesidad de la implantación de una sistemática para la apertura de las mismas, poniendo como ejemplo aquellos servicios donde se realiza con éxito.

MÉTODO
Actividades a realizar:

- 1.- Desglosar en los indicadores relativos a la efectividad de las notificaciones, aquellos servicios que todavía no han facilitado una dirección de correo al laboratorio, y los que a pesar de haberlo hecho, no abren las notificaciones en menos de 24 horas.
- 2.- Comunicación con cada uno de estos servicios para:
 - a/explicarles en qué consiste el sistema de notificación electrónica
 - b/visión conjunta de los valores críticos propuestos por bioquímica y modificarlos, si fuera necesario, para sus pacientes
 - c/solicitud de dirección de correo electrónico, si el servicio aún no la hubiera facilitado
 - d/visión con el servicio solicitante de la sistemática para la apertura de las notificaciones, poniendo como ejemplo la seguida por los servicios de nuestro hospital donde se realiza con éxito

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1026

1. TÍTULO

MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA, POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U

3.- Seguimiento durante un trimestre de los indicadores relativos a las notificaciones electrónicas para estos servicios.

4.- Comunicación a estos servicios agradeciéndoles su colaboración, y recordándoles si fuera necesario, las mejoras a realizar.

Por otro lado, a los servicios donde la notificación de valores críticos ya se realiza con éxito:

5.- Comunicación donde el laboratorio les felicita, les agradece su colaboración y les remite los valores críticos que se les notifican actualmente, por si consideraran necesario realizar alguna modificación.

INDICADORES

Los indicadores a medir son los siguientes:

a/ % Notificaciones enviadas correctamente (el servicio solicitante ha facilitado una dirección de correo electrónico).

Fórmula: Notificaciones con error a servicios del hospital/Total de notificaciones a servicios del hospital

Resultado actual: 81%

Resultado deseado: 100%

b/ % Notificaciones abiertas en un período inferior a 24 horas.

Fórmula: Notificaciones abiertas en servicios del hospital <24h /Total de notificaciones a servicios del hospital

Resultado actual: 42%

Resultado deseado: 90%

DURACIÓN

Actividades 1 y 5: junio 2018

Violeta Latorre

Actividad 2: julio-noviembre 2018

M. Ángel Julián, M. Jesús Andrés, Emma Lara y Violeta Latorre

Actividad 3: enero-marzo 2019

Violeta Latorre

Actividad 4: abril 2019

M.Ángel Julián y Violeta Latorre

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 - 2018/1268

1. TÍTULO

DETECCION DE PACIENTES CON DEFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINATOMANDO COMO PUNTO DE PARTIDA EL HALLAZGO DE NIVELES BAJOS DELA FRACCION ALFA1 EN EL PROTEINOGRAMA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE SEBASTIAN MENAO GUILLEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARRUEBO MUÑO MARIA
RAMOS ALVAREZ MONICA
TORRALBA CABEZA MIGUEL ANGEL
INDA LANDALUCE MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha puesto a punto el diagnóstico genético del déficit de alfa1 antitripsina (gen SERPINA1). Se han seleccionado 20 casos con un nivel bajo de la fracción alfa1 en el proteinograma, de los cuales 12 presentaban niveles bajos de la enzima alfa1 antitripsina. De los 12, 1 paciente ha fallecido y el resto (11) han sido citados a la consulta de Enfermedades Minoritarias del Servicio de Medicina Interna. Todos ellos han accedido a realizarse el estudio genético. Además, en este momento tenemos otros 15 casos candidatos con niveles bajos de la enzima alfa1 antitripsina

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se ha concluido el estudio genético de los 11 pacientes, pero de momento en dos pacientes se han encontrado mutaciones patogénicas responsables de déficit de alfa1 antitripsina

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El hallazgo casual de una fracción baja de alfa1 en el proteinograma es una herramienta muy útil en el estudio de déficit de alfa1 antitripsina y debería instaurarse en la práctica clínica más allá de este proyecto de mejora

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1268 ===== ***

Nº de registro: 1268

Título
DETECCION DE PACIENTES CON DEFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA TOMANDO COMO PUNTO DE PARTIDA EL HALLAZGO DE NIVELES BAJOS DE LA FRACCION ALFA1 EN EL PROTEINOGRAMA

Autores:
MENAO GUILLEN SEBASTIAN, ARRUEBO MUÑO MARIA, RAMOS ALVAREZ MONICA, TORRALBA CABEZA MIGUEL ANGEL, INDA LANDALUCE MERCEDES

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: Hallazgos de laboratorio
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora en el diagnóstico clínico

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La realización del proteinograma en suero es un método semicuantitativo de análisis de proteínas. Es una petición cuya indicación es muy diversa pero que se solicita de forma muy frecuente al laboratorio de Bioquímica. La región alfa1 del proteinograma se corresponde principalmente con la concentración de la proteína alfa-1 antitripsina (ATT). El déficit de AAT es la enfermedad congénita potencialmente mortal más frecuente en la edad adulta, pero sigue siendo hoy en día una enfermedad infradiagnosticada. La ATT es una glucoproteína inhibidora de proteasas cuya concentración en suero se encuentra en torno a 120-220 mg/dL. La deficiencia de ATT confiere una predisposición para desarrollar enfermedades a lo largo de la vida,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1268

1. TÍTULO

DETECCION DE PACIENTES CON DEFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINATOMANDO COMO PUNTO DE PARTIDA EL HALLAZGO DE NIVELES BAJOS DELA FRACCION ALFA1 EN EL PROTEINOGRAMA

principalmente enfisema pulmonar y diversos tipos de hepatopatías, colestasis neonatal, hepatitis juvenil, cirrosis hepática en niños y adultos, y hepatocarcinoma, de tal manera que incluso se ha sugerido que puede estar asociado al desarrollo de cánceres. El gen de la AAT se transmite por herencia mendeliana simple de manera autosómica recesiva, es un gen muy polimórfico, donde el alelo normal se denomina PiM, y los alelos deficientes más frecuentes son PiS, PiZ y más raramente el alelo Null. El aumento de riesgo para enfermedad hepática y/o pulmonar se asocia a valores de ATT por debajo de 120 mg/dL que presentan fenotipos MZ, SZ, ZZ, o null, siendo de alto riesgo valores por debajo de 40 mg/dL con fenotipos ZZ o Null (OMIM 107400). Se piensa que en España pueden existir más de 12000 personas con fenotipo deficiente ZZ, donde tan solo el 4% ha sido diagnosticado, de tal manera que estos pacientes tienen una alta probabilidad de padecer enfermedades respiratorias sobretodo asociadas al hábito tabáquico, por lo que un conocimiento de su situación puede ayudar a establecer estilos de vida saludable que evite ese deterioro progresivo de su función respiratoria y en determinados casos puede indicar la necesidad de establecer un tratamiento sustitutivo.

RESULTADOS ESPERADOS

Diagnosticar los casos de déficit de alfa 1 antitripsina en aquellas personas a las que se le realice un proteinograma y que presenten valores bajos de la fracción alfa1.

MÉTODO

A todas aquellas personas a las que se le realice un proteinograma y que presenten un valor de alfa 1 por debajo del 3.5% se les cuantificará la AAT en suero. Cuando las concentraciones de esta proteína estén por debajo de <100 mg/dL se recomendará el genotipado del gen que codifica a la AAT. Para ello, desde el laboratorio de Bioquímica se contactará con la consulta de Enfermedades Minoritarias Sistémicas del Servicio de Medicina Interna del HCU Lozano Blesa y posteriormente se citará al paciente para proponer la realización de dicho estudio. Una vez en la consulta, previo consentimiento autorizado, se realizará el diagnóstico genético en el laboratorio de genética de este Hospital

INDICADORES

En términos generales, se evaluará al cabo de un año el número de pacientes en los que se hubiere detectado el alelo Z o Null, variantes con mayor predisposición a padecer enfermedad pulmonar, procediéndose a un seguimiento de estos pacientes con las pertinentes recomendaciones terapéuticas y de estilo de vida.

DURACIÓN

El estudio del gen de la AAT se pondrá a punto a los largo de los 3 meses tras el inicio del proyecto. Posteriormente se empezará a analizar una serie de controles y se seguirá con el estudio de pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1129

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DEL INTERVALO DE REFERENCIA BIOLÓGICO PARA LA VITAMINA B12 Y ÁCIDO FÓLICO EN LA POBLACION DE ARAGON

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ESTHER SOLE LLOP
· Profesión BIOQUIMICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO GREGORIO EDUARDO
BONED JULIANI BEATRIZ
PALLARES LLOMBART SILVIA
SANCHO VAL LUIS IGNACIO
ZAKARIYA-YOUSEF BREVAL FATIMA
LLORENTE FERNANDEZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se determinó la concentración de ácido fólico, vitamina B12 y homocisteína en 350 individuos sanos, donantes de sangre procedentes del banco de sangre y tejidos de Aragón, 175 hombres y 175 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 72 años. Para ello, se obtuvieron muestras de suero en las que se analizaron las 3 magnitudes a estudio, en el sistema analítico Cobas 6000 (Roche Diagnostics). La homocisteína se analiza con el fin de descartar déficits enmascarados en pacientes que presentan Homocisteína > 15 $\mu\text{mol/L}$.

Previamente a la recogida de las muestras y como parte del sistema protocolizado en el BSTA, se solicitó el consentimiento informado a los donantes de sangre.

Posteriormente se estableció el intervalo de referencia (IR) siguiendo los criterios incluidos en la guía "Guidelines for determining reference values and reference intervals for quantitative clinical laboratory tests" C28-P3 - Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Esta guía sigue las recomendaciones de la IFCC. Se utilizaron dos paquetes estadísticos para el análisis de los datos: Analyze-it® y SPSS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Siguiendo las recomendaciones de la IFCC, se estableció el intervalo de referencia, definido como el 95% central de la población de referencia (Percentiles 2.5 y 97.5) mediante el método de cálculo de percentiles no paramétrico.

Los resultados se representaron en un histograma de frecuencias, incluyendo su mediana, rango y el primer y tercer cuartil.

Se compararon los resultados entre hombres y mujeres, y no se encontraron diferencias significativas (test de homogeneidad de varianzas de Brown-Forsythe para poblaciones no paramétricas $p=0,3816$; Vitamina B12 y $p=0.1244$; ácido fólico), lo que llevó a no realizar partición de la muestra.

Para el estudio de la normalidad de la distribución se utilizó el test de Shapiro-Wilks (recomendado para muestras con $n < 5.000$). que demostró la distribución no paramétrica ($p < 0.0001$; Vitamina B12 y ácido fólico). El test de Tukey se utilizó para identificar posibles outliers (observaciones que exceden 3 veces el rango intercuartílico; $3 \times \text{IQR}$) que fueron eliminados. Además, también se detectaron posibles outliers más cercanos ($1,5 \times \text{IQR}$) que no se excluyeron, ya que su presencia no influye significativamente el cálculo del IR por el método de percentiles no paramétrico.

Los resultados obtenidos para el Intervalo de Referencia de vitamina B12 fueron:

- n= 285
- mediana: 418,60 pg/mL
- P 2,5: 226,28 pg/mL
- P 97,5: 862,56 pg/mL

Y para ácido fólico:

- n= 286
- mediana: 6.78 ng/mL
- P 2,5: 2,18 ng/mL
- p 97,5: 16,02 ng/mL

Se calcularon los siguientes indicadores, analizando 2192 pacientes (3 meses: abril a junio 2019):

- % de déficits diagnosticados en base a IR previo:
Déficit de Ácido Fólico: 24.03%
Déficit de Vitamina B12: 7.11%

- % de déficits diagnosticados en base a nuevos IR
Déficit de Ácido Fólico: 2.55%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1129

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DEL INTERVALO DE REFERENCIA BIOLÓGICO PARA LA VITAMINA B12 Y ÁCIDO FOLICO EN LA POBLACION DE ARAGON

Déficit de Vitamina B12: 13.04 %

• Diferencia en el % de déficits diagnosticados con nuevos IR respecto a los utilizados previamente. Para el Ácido fólico, la diferencia de pacientes a los que se les diagnostica un déficit es significativamente inferior con el nuevo intervalo de referencia. Lo que nos lleva a concluir que se estaban sobrediagnosticando déficits que no eran tales en nuestra población. Respecto a la vitamina B12, ocurre lo contrario, se han infradiagnosticado déficits de esta vitamina. La significación de estas diferencias se ha calculado mediante el test chi-cuadrado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha resultado de gran utilidad, ya que es recomendable y de gran importancia clínica, que se establezcan valores de referencia para la población sobre la que se van a tomar decisiones clínicas. Además, en los hospitales de nuestra CCAA, la mayoría de los laboratorios trabajamos con el método empleado en este estudio, por lo que los intervalos de referencia pueden ser armonizados garantizándose de este modo la equivalencia de los resultados y su interpretación en los diferentes centros. Queda pendiente que, en el Grupo de Trabajo sobre armonización de los laboratorios del Salud. Se realizará en este próximo año 2020.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1129 ===== ***

Nº de registro: 1129

Título
ESTABLECIMIENTO DEL INTERVALO DE REFERENCIA BIOLÓGICO PARA LA VITAMINA B12 Y ÁCIDO FOLICO EN LA POBLACION DE ARAGON

Autores:
SOLE LLOP MARIA ESTHER, ALONSO GREGORIO EDUARDO, BONED JULIANI BEATRIZ, PALLARES LLOMBART SILVIA, SANCHO VAL LUIS IGNACIO, ZAKARIYA-YOUSEF BREVAL FATIMA, LLORENTE FERNANDEZ ELENA

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La anemia megaloblástica es más frecuente en edades avanzadas y se debe usualmente a un déficit de vitamina B12 o ácido fólico, ambos necesarios para la síntesis de DNA y para la maduración nuclear. El déficit de vitamina B12 se produce por una ingesta insuficiente (vegetarianismo) o bien por una malabsorción intestinal, como ocurre en la anemia perniciosa por déficit de Factor intrínseco (anemia perniciosa de Biermer) de posible origen autoinmune. El déficit de ácido fólico puede deberse a una ingesta inadecuada de los alimentos que lo contienen, un consumo aumentado en situaciones como embarazo, crecimiento, anemias hemolíticas o un bloqueo medicamentoso de su absorción o su metabolismo producido por citostáticos antagonistas del ácido fólico. Una dieta equilibrada proporciona las necesidades diarias de ácido fólico que se absorbe en el intestino delgado y se almacena en el hígado. Hay que tener en cuenta que la concentración de estas magnitudes depende en gran parte de la población analizada y de sus hábitos de vida y dietéticos, así como del área geográfica de donde proceden. Estos factores tienen un impacto directo en las concentraciones de estos analitos en individuos "aparentemente sanos". Por este motivo, es importante que cada laboratorio o área geográfica, establezca con su población, el intervalo de referencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1129

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DEL INTERVALO DE REFERENCIA BIOLÓGICO PARA LA VITAMINA B12 Y ÁCIDO FÓLICO EN LA POBLACION DE ARAGON

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto consiste en establecer valores de referencia en la población aragonesa. Establecer el intervalo de referencia (IR) de ácido fólico y vitamina B12 en población de Aragón de manera que se puedan interpretar de forma adecuada y armonizada los resultados de estas determinaciones.

MÉTODO

- Determinación de la concentración de ácido fólico, vitamina B12 y homocisteína en 350 donantes procedentes del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón, 175 hombres y 175 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 72 años. El análisis de las 3 magnitudes se realizará en el sistema analítico Cobas 6000 (Roche Diagnostics) en 350 muestras de suero. La homocisteína se analiza con el fin de descartar déficits enmascarados en pacientes que presentan Homocisteína > 15 $\mu\text{mol/L}$
- Solicitud de consentimiento informado a los donantes
- Determinación del intervalo de referencia siguiendo la guía "guidelines for determining reference values and reference intervals for quantitative clinical laboratory tests" C28-P3 - Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI)

INDICADORES

Al finalizar el estudio, se calculará un nuevo IR, que se podrá extrapolar a todos los laboratorios del Salud que utilicen el mismo método e instrumento.

Evaluación, con respecto a los nuevos IR, de los diagnósticos relacionados con el déficit de vitamina B12 y ácido fólico

Indicadores:

- % de déficits diagnosticados en base a nuevos IR
- % de déficits diagnosticados en base a IR previo
- diferencia en el % de déficits diagnosticados con nuevos IR respecto a los utilizados previamente

DURACIÓN

Primer semestre de 2019

Evaluación de las muestras y análisis de resultados.

Segundo semestre de 2019

Información de los resultados a todos los miembros del grupo de armonización de los laboratorios del SALUD para la posible implementación del nuevo intervalo de referencia en los laboratorios que utilizan el mismo método.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0958

1. TÍTULO

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE FICHAS DE CONSULTA PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS URGENTES EN EL HCULB

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ARACELI CALVO LATORRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MORENO PEREZ MARTA
EZPELETA BADENAS ROCIO
GOMEZ NAVARRO MARIA DE LA ASUNCION
UTRILLA IBUARBEN MARTA
AVILA NAVARRO MONICA
GARCIA VAZQUEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

I. FASE I: Recogida de información y análisis de datos
- Revisión con la supervisora de recursos humanos de la proporción de personal nº de temporal que trabaja en el bloque quirúrgico (2ª quincena febrero 2019).
- Estudio de la estadística de las intervenciones quirúrgicas urgentes más frecuentes en HCU (1ª quincena marzo 2019).

II. FASE II: elección, preparación y realización de las fichas (marzo- abril de 2019).
- Elección de las intervenciones quirúrgicas urgentes para el sistema de fichas.
- Elaboración del modelo a seguir para el diseño de las fichas.
- Búsqueda bibliográfica de las técnicas quirúrgicas.
- Determinación, por acuerdo, de la distribución del mobiliario quirúrgico y la posición del personal sanitario en cada intervención.
- Elaboración de dibujos con las posiciones quirúrgicas.
- Revisión y validación de las fichas por parte de los miembros del equipo.

III. FASE III: difusión al personal del bloque quirúrgico del sistema de fichas y su localización
- Impresión y plastificación de las fichas en formato papel DIN A4.
- Distribución de las fichas en los quirófanos.
- Almacenamiento informático de las fichas en formato pdf en los equipos informáticos estratégicos del bloque quirúrgico.
- Realización de sesión informativa dirigida al personal de enfermería con el objetivo de presentar las fichas y dar a conocer la localización de las mismas dentro del bloque quirúrgico.
- Presentación y aprobación por la unidad de calidad del centro.
- Difusión de las fichas en la intranet del sector III
- Diseño de la encuesta de evaluación de la utilidad del sistema de fichas.
- Difusión de encuesta y análisis de resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado principal es la obtención de un sistema de fichas en soporte papel e informático que mejora el conocimiento de los profesionales sobre la preparación de material, distribución del aparatado y del personal en quirófano, de la colocación del paciente y de la técnica quirúrgica de las intervenciones urgentes más frecuentes. Las fichas proporcionan una mejor accesibilidad a la información dado que son un método rápido de consulta, además optimizan los recursos materiales en las intervenciones al evitar apertura de material no necesario.

En total se han elaborado 22 fichas de intervenciones quirúrgicas urgentes según especialidades quirúrgicas:

- Angiología y Cirugía Vasculuar: Implante de marcapasos; embolectomía/trombectomía; Atención quirúrgica en aneurisma de aorta abdominal
- Cirugía General y Digestiva: Apendicectomía laparoscópica; colecistectomía laparoscópica; laparotomía en perforación intestinal.
- Ginecología: Cesárea; legrado; salpingectomía laparoscópica por embarazo ectópico.
- Neurocirugía: Craneotomía; laminectomía.
- Oftalmología: Extracción de cuerpo extraño; atención quirúrgica en endoftalmitis.
- ORL: Epistaxis; traqueostomía.
- Traumatología: Implante de clavo gamma largo; osteosíntesis en fractura de tobillo; implante de clavo intramedular en tibia; fijador externo tipo Hoffmann.
- Urología: cateterismo ureteral; nefrostomía; torsión testicular.

En el mes de octubre se realizaron 203 intervenciones quirúrgicas (IQ) urgentes, de las cuales el 75,4% disponía de ficha quirúrgica.

Especialidad Q N°IQ urg N°IQ urg % IQ ficha
octubre octubre con ficha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0958

1. TÍTULO

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE FICHAS DE CONSULTA PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS URGENTES EN EL HCULB

ACV 9 6 66,7%
CG y digestiva 67 50 74,6%
Digestivo 2 0 0%
Gine y Obstetricia 49 45 91,8%
Neuro 9 9 100%
OFT 2 2 100%
ORL 7 7 100%
TRAUMA 37 21 56,8%
UROLOGIA 16 13 81,3%
UMA 5 0 0%
TOTAL IQ 203 153 75,4%

La encuesta sobre utilidad percibida en los profesionales fue distribuida entre 16 profesionales de reciente incorporación. El 87% de los encuestados consideraron tener poco o ningún conocimiento para asumir las urgencias quirúrgicas. El 87,5% necesitaron consultar las fichas y de estos el 93,75% resolvieron sus dudas tras examinarlas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los componentes del equipo consideran que el proyecto ha terminado de manera satisfactoria. Los profesionales del bloque quirúrgico disponen de un recurso práctico, sencillo y visual para las intervenciones quirúrgicas más frecuentes que disminuye la variabilidad en la preparación quirúrgica y reduce el gasto innecesario, además mejora la autonomía y autoconfianza del personal de nueva incorporación
Como área de mejora se ha detectado que no se disponen de fichas para las intervenciones quirúrgicas más sencillas. En un futuro se elaborarán fichas sobre drenaje de abscesos perianales, cirugías de partes blandas, reducciones óseas con agujas de Kirschner, estallido ocular, artrocentesis ... con el objetivo de aumentar el porcentaje de IQ que disponen de fichas hasta un 85%.

7. OBSERVACIONES.

No se precisan.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/958 ===== ***

Nº de registro: 0958

Título
DISEÑO Y ELABORACION DE FICHAS DE CONSULTA PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS URGENTES EN EL HCULB

Autores:
CALVO LATORRE ARACELI, MORENO PEREZ MARTA, EZPELETA BADENAS ROCIO, GOMEZ NAVARRO MARIA DE LA ASUNCION, UTRILLA IBUARBEN MARTA, AVILA NAVARRO MONICA, BOSQUED ROYO ROSARIO, GARCIA VAZQUEZ 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: Cualquier patología urgente susceptible de necesitar intervención quirúrgica
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0958

1. TÍTULO

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE FICHAS DE CONSULTA PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS URGENTES EN EL HCULB

PROBLEMA

El bloque quirúrgico del HCULB cuenta con 19 quirófanos dónde se atienden 8 especialidades quirúrgicas diferentes. En periodos de rotación de personal (vacaciones, traslados y movilidad) se ha llegado a sustituir a un tercio de la plantilla y resulta necesario proveer de apoyo a los nuevos profesionales para desempeñar sus funciones. La supervisión ha detectado dificultades para garantizar las presencias adecuadas de personal de enfermería cualificado dado que cualquiera de las especialidades, pueden requerir cirugía inmediata. Por ello, planteamos la elaboración de un sistema de fichas que ayude en los procesos quirúrgicos más frecuentes. En las fichas se detallará la preparación del material, quirófano y paciente, el acto quirúrgico y los cuidados pre, intra y postoperatorio inmediato. Es conocido que durante las urgencias quirúrgicas se utiliza más material fungible que en las intervenciones programadas, el grupo de trabajo considera que el desarrollo de las fichas minimizará los gastos de material abierto innecesariamente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar un sistema de fichas que facilite la atención de enfermería en los procedimientos quirúrgicos urgentes.
- Adecuar el sistema de fichas a las intervenciones quirúrgicas más frecuentes.
- Aumentar la sensación de seguridad, confort y control de los profesionales durante las IQ urgentes.
- Disminuir la variabilidad de las actuaciones enfermeras en la atención quirúrgica urgente.

MÉTODO

Diseño de un sistema de fichas quirúrgicas de las siguientes especialidades: neurocirugía, traumatología, urología, ginecología y obstetricia, cirugía vascular, otorrinolaringología, cirugía general y oftalmología. Difusión en sesión formativa al personal de nueva incorporación. Elaboración y evaluación de una encuesta de utilidad y satisfacción en el uso del sistema de fichas entre el personal.

INDICADORES

- Presencia de sistema de fichas. (SÍ/NO)
- nº de IQ urgentes que poseen ficha en un periodo de tiempo/total de IQ urgentes en el mismo periodo de tiempo. Estándar previsto:75%
- Encuesta de utilidad del sistema de fichas.

DURACIÓN

- Análisis de las intervenciones quirúrgicas urgentes que se presentan más frecuentemente. Primera quincena de marzo de 2019.
- Diseño y elaboración de fichas quirúrgicas para cada intervención. En cada ficha figurará tipo de procedimiento, diagnóstico, anestesia y cuidados de enfermería (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio inmediato). Marzo-abril de 2019.
- Accesibilidad al sistema de fichas a través de la intranet del sector III y presencialmente en zonas estratégicas del bloque quirúrgico. Mayo de 2019.
- Difusión del sistema de fichas entre el personal de reciente incorporación. Sesión clínica. Primera semana de junio de 2019.
- Evaluación del sistema de fichas. Septiembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1463

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE GUIAS DE ACOGIDA AL BLOQUE QUIRURGICO, DIRIGIDAS A PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION Y ESTUDIANTES

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN ROQUES MATA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUISAN HIGUERAS MARIA TERESA
CESTERO ANDRES LAURA CONCEPCION
RODRIGUEZ MARTINEZ ALICIA
ROJO SAINZ RICARDO
ROYO GALLIZO OLGA
VELILLA GASPAS MARCO ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

FASE I: Formación del grupo de trabajo y análisis de necesidades. Mayo-junio 2019.

- Reunión del equipo de trabajo y análisis de necesidades básicas de conocimiento estructural y organizativo del bloque quirúrgico para el personal de nueva incorporación y estudiantes.
- Determinación de contenido de las guías.
- Propuesta y creación de un índice adecuado a cada tipo de guía.
- Asignación de áreas específicas de la guía a los miembros del equipo.

FASE II: Validación y acuerdo sobre las tareas realizadas. Diseño de las guías. Julio- noviembre 2019.

- Presentación del trabajo realizado por cada subgrupo de trabajo.
- Validación del contenido final de las guías y su formato.
- Edición de las guías.

FASE III: Impresión de las guías y difusión. Enero 2020.

- Impresión de las guías en formato cuaderno tamaño DIN A5.
- Entrega de fichas a personal de nueva incorporación y a estudiantes de enfermería.
- Inserción de los documentos en punto informático accesible a todo el personal del bloque quirúrgico.
- Presentación de las guías a la unidad de calidad del HCU y solicitud para su difusión en la intranet del sector III.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido crear un material informativo sencillo y completo de un tamaño manejable. Las guías contienen información estructural y organizativa del bloque quirúrgico. Incluyen planos con flechas indicativas del sentido correcto de circulación del personal por el bloque quirúrgico, también se determinan las zonas según su permiso de acceso.

Este material está también disponible en formato electrónico en los dispositivos informáticos del bloque quirúrgico, haciéndolo accesible a quien pueda necesitarlo.

El uso de la guía dirigida al personal de nueva incorporación les permite conocer rápidamente la unidad y consigue su autonomía en menor tiempo, favoreciendo una mayor eficiencia en su trabajo.

El uso de la guía dirigida a estudiantes facilita su movimiento dentro de la unidad evitando interferencias en el desarrollo correcto de las cirugías.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las guías ofrecen una herramienta informativa para el personal de nueva incorporación que ayuda a mejorar la adaptación a la unidad, disminuye su ansiedad en los primeros días y reduce el tiempo necesario para alcanzar una autonomía en el trabajo, evitando la sobrecarga de otros trabajadores más antiguos.

La utilización de la guía para estudiantes favorece el movimiento adecuado por la unidad, ayuda a encontrar fácilmente el quirófano que les corresponde, así como la ubicación de los espacios de apoyo del bloque quirúrgico.

7. OBSERVACIONES.

Ninguna

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1463 ===== ***

Nº de registro: 1463

Título
IMPLEMENTACION DE GUIAS DE ACOGIDA AL BLOQUE QUIRURGICO, DIRIGIDAS A PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION Y ESTUDIANTES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1463

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE GUIAS DE ACOGIDA AL BLOQUE QUIRURGICO, DIRIGIDAS A PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION Y ESTUDIANTES

Autores:

ROQUES MATA MARIA CARMEN, ROYO GALLIZO OLGA, BUISAN HIGUERAS MARIA TERESA, VELILLA GASPAR MARCO ANTONIO, CESTERO ANDRES LAURA CONCEPCION, ANDRES BARRANCO MARIA TERESA, RODRIGUEZ MARTINEZ ALICIA, ROJO SAINZ RICARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

PROBLEMA

El bloque quirúrgico es una de las unidades asistenciales con mayor consumo económico y con mayor riesgo de aparición de eventos adversos. Se trata de un servicio especial con una estructura física y organizativa diferente a la de otros servicios hospitalarios en el que la formación, la buena práctica y la eficiencia en el trabajo tienen una influencia elevada para el sistema, tanto a nivel económico como a nivel de seguridad del paciente. Es frecuente la necesidad de sustitución de enfermeras, y es elevada al tratarse de una plantilla muy numerosa. El personal que sustituye, con frecuencia, tiene un déficit de formación específica en el área quirúrgica o falta de información sobre nuestra unidad. Esta carencia crea ansiedad en el trabajador eventual por la dificultad para el correcto desarrollo de su trabajo y la presión a la que se ve sometido, además de una sobrecarga de trabajo para sus compañeros que tienen que suplir las carencias del personal eventual. Todo ello, supone pérdidas de tiempo y falta de atención en el trabajo y por lo tanto, un aumento del riesgo de la seguridad del paciente y/o un aumento del gasto por uso inadecuado de materiales. Además, es muy numeroso el alumnado de diferentes categorías profesionales que realiza prácticas en el servicio y necesita una información de la estructura de nuestro servicio que facilite sus prácticas sin interferir en las cirugías pero actualmente no existe ningún documento que estandarice esta información. Estamos convencidos de que una información clara, precisa y uniforme de nuestro servicio, en el momento de la incorporación del nuevo personal, favorecería la seguridad del trabajador y le pondría en mejor situación para completar la formación necesaria de forma más eficiente. Además, una información más general dirigida al alumnado facilitaría su movimiento dentro del servicio, sin afectar al correcto desarrollo de las cirugías.

RESULTADOS ESPERADOS

Crear dos guías de acogida al bloque quirúrgico:
- Dirigida al personal de nueva incorporación en la que se aporte una información precisa y concreta tanto de la estructura física como organizativa del bloque quirúrgico del HCU.
- Dirigida al alumnado de las diferentes categorías profesionales en la que se aporte una información general sobre la estructura del bloque quirúrgico y las restricciones según zonas.
Los objetivos de estas guías son:
- Reducir la ansiedad del personal de nueva incorporación ofreciéndole una herramienta base que sirva de apoyo para el correcto desarrollo de su trabajo.
- Reducir el tiempo de adaptación y aprendizaje del personal de nueva incorporación.
-Reducir la necesidad de refuerzo de personal para garantizar una asistencia segura y eficiente.
-Reducir el consumo innecesario de materiales por falta de seguridad o por desconocimiento.
-Aumentar la seguridad del paciente al ser atendido por un personal mejor formado e informado.
-Facilitar a los estudiantes de las diferentes categorías profesionales una información básica de la estructura del bloque quirúrgico con el fin de facilitarles su circulación por el mismo sin interferir en el desarrollo correcto de las diferentes cirugías.

6.

MÉTODO

- Formación del grupo de trabajo
- Análisis de necesidades
- Asignación de tareas a los diferentes miembros del equipo.
- Diseño de las guías por grupos, puesta en común y correcciones.
- Impresión de las guías y publicación en la intranet del hospital.
- Difusión de las guías al personal de nueva incorporación y estudiantes del bloque quirúrgico.
-Evaluación, análisis y revisión del plan de mejora.

Unidad

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1463

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE GUIAS DE ACOGIDA AL BLOQUE QUIRURGICO, DIRIGIDAS A PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION Y ESTUDIANTES

- Verificación de la disponibilidad de guías
- Cálculo del ratio de personal de nueva incorporación que ha recibido la guía de acogida de personal.
- Cálculo del ratio de estudiantes que han recibido la guía de acogida para estudiantes.
- Seguimiento del consumo de suministros a los 3, 6, 9 y 12 meses de la implantación del proyecto.
- Encuestas de satisfacción dirigidas hacia el personal de nueva incorporación, el personal habitual del bloque quirúrgico y los estudiantes del bloque quirúrgico.
- Análisis de resultados y revisión del plan de mejora

8. DURACIÓN

DURACIÓN

- Formación del grupo y análisis de necesidades. Primera quincena de mayo de 2019
- Asignación de tareas y diseño de las guías. Segunda quincena de junio de 2019
- Puesta en común y correcciones. Primera quincena de octubre de 2019
- Impresión, publicación y difusión. Segunda quincena de noviembre de 2019
- Primera evaluación, análisis y revisión del plan. Primera quincena de marzo de 2020
- Sigüientes revisiones: a los 6 meses (septiembre de 2020) y anual en septiembre de años posteriores

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 - 2015/0189

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE JAIME GIMENO GARZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE
ESTEVE ALCALDE PATRICIA
BIELSA RODRIGO FERNANDO
VEGAS VEGAS ISMAEL
NAVARRO LOPEZ FRANCISCO JAVIER
GARCIA CLAVER AINHOA
GONZALO SANCHEZ PASCUAL
TORCAL CASADO CHARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre Junio de 2015 y Febrero de 2016 se realizaron las siguientes actividades:

- Se constituyó el Grupo de Trabajo, al cual se unió el otro Cardiólogo del Hospital Ernest Lluch, de Calatayud (Ismael Vegas Vegas).
- Se elaboró la Vía clínica de derivación de pacientes con insuficiencia cardiaca desde Atención Primaria a Consulta de Cardiología.
- Se modificó el protocolo que inicialmente se presentó en el Proyecto para adaptar los puntos de corte del NT-proBNP a las Guías de Práctica Clínica más recientes.
- Trabajamos con el responsable de OMI, y se consiguió incluir la vía de derivación diseñada en dicha aplicación informática.

- Se comenzó a informar, e instruir a los Médicos de Atención Primaria para poner en marcha dicha Vía clínica Entre Marzo de 2016 y Junio de 2016:

- Se comenzó de forma piloto la derivación de pacientes, con los Médicos de Atención Primaria que formaban parte del Grupo de trabajo.

A partir de Junio de 2016:

- Se instauró la Interconsulta Virtual de Cardiología, por lo que la mayoría de pacientes remitidos desde Atención Primaria a la Consulta de Cardiología pasaban por este filtro, donde el Cardiólogo asesoraba y orientaba al Médico de Atención Primaria para la correcta derivación a la Consulta de Cardiología, si precisaba; por lo que se llegó a la conclusión de que este Proyecto ya no tenía sentido, porque se había instaurado otra vía de comunicación y derivación con Atención Primaria mucho más fluida y eficaz

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Los resultados no son valorables porque se detuvo precozmente este Proyecto, pues fue superado por otra realidad (instauración de Interconsulta virtual)
- Los pacientes que se remitieron de forma piloto fueron escasos, por lo que no nos permitió valorar su impacto sobre la reducción de la lista de espera para la Consulta de Cardiología, ni la reducción del número de Ecocardiogramas realizados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque el proyecto no cumplió las expectativas para el que fue diseñado, pues como hemos comentado, fue superado por una realidad superior, sí que podemos extraer varios aspectos positivos:

- Permitted elaborar una Vía clínica de derivación, que hoy en día aun se tiene en cuenta en la Interconsulta virtual, sirviendo como guía para la derivación estos pacientes
- Permitted dar a conocer en Atención Primaria, el nuevo biomarcador (NT-proBNP) disponible en el Laboratorio de bioquímica del Hospital Ernest Lluch, así como sus indicaciones y utilidad
- Impulsó la instauración de la Interconsulta virtual de Cardiología, porque de alguna manera, este Proyecto, ponía en evidencia la escasa comunicación entre Primaria y Cardiología, lo cual repercutía en derivaciones inadecuadas que sobrecargaban la Unidad de Cardiología; y así la necesidad de encontrar fórmulas y recursos que mejoraran esta deficiencia

7. OBSERVACIONES.

Cuando se elaboró el Proyecto, en el Hospital Ernest Lluch sólo había un Cardiólogo (Dr. Jaime Gimeno Garza). Desde Junio 2015, se contrata un segundo Cardiólogo (Dr. Ismael Vegas Vegas) al cual se creyó imprescindible incluirlo en el Proyecto, para que pudiera ponerse en marcha.

Actualmente el responsable del proyecto (Dr. Jaime Gimeno Garza) ya no trabaja en el Hospital Ernest Lluch sino que trabaja en el HCU Lozano Blesa.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/189 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0189

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP

Nº de Registro: 0189

Título
VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP

Autores:
GIMENO GARZA JAIME, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, ESTEVE ALCALDE PATRICIA, BIELSA RODRIGO FERNANDO, NAVARRO LOPEZ FRANCISCO JAVIER, GARCIA CLAVER AINOHA, GONZALVO SANCHEZ PASCUAL, TORCAL CASADO CHARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

PROBLEMA

Problema: derivación inadecuada desde Atención Primaria de pacientes con el diagnóstico de sospecha de insuficiencia cardiaca a la Consulta de Cardiología, sobrecargando la misma (aumentando la lista de espera) y haciéndola poco eficiente.

Derivación inadecuada por:

- Derivación del síntoma (disnea) y no del síndrome (IC): o sea, remitir a Consulta de Cardiología disneas para estudio; la orientación diagnóstica básica de la disnea la debe hacer el MAP y en función de la sospecha etiológica remitirla al especialista correspondiente (Neumología, Cardiología, Medicina Interna, etc).
- No se ha realizado el estudio básico en Primaria o este es incompleto: el estudio básico de una disnea o sospecha de IC debería incluir analítica general, Rx tórax y ECG. Remitir al paciente con esas pruebas ayuda enormemente en la consulta especializada permitiendo ganar tiempo y eficiencia

-Diagnóstico incorrecto de IC

Oportunidad: la inclusión en la cartera de servicios del Laboratorio del marcador para diagnóstico de IC "NT-proBNP" nos brinda la oportunidad de mejorar y facilitar el diagnóstico de IC desde Atención Primaria y así mejorar la calidad de las derivaciones a Cardiología evitando derivaciones incorrectas o innecesarias

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo primario: establecer una vía clínica para la correcta orientación diagnóstica y derivación de pacientes con sospecha de insuficiencia cardiaca desde Atención Primaria a Cardiología, respaldada por el marcador NT-proBNP

Objetivos secundarios:

- Reducir derivaciones inadecuadas
- *Reducir lista de espera en Consulta de Cardiología
- *Disminuir realización de Ecocardiogramas innecesarios; reducir lista de espera en Ecocardiografía
- Evitar peticiones no indicadas de NT-proBNP

MÉTODO

Diseñar, difundir e implementar una vía clínica.

-Diseñar: creación de un Grupo de Trabajo formado por Atención Primaria, Cardiología, Laboratorio y Responsable Funcional de OMI.

-Difundir: difusión en Atención Primaria de dicha vía clínica mediante nota informativa a cada Centro de Salud, nota en la Intranet del Sector, y acciones formativas.

-Implementar: incluir en OMI dicha vía clínica como un Plan de Diagnóstico de IC para su obligado cumplimiento. El plan incluirá los criterios clínicos de Framingham, radiografía de tórax, electrocardiograma y analítica general con determinación de los péptidos natriuréticos (NT-proBNP). Continuar acciones formativas y presentar resultados.

INDICADORES

Muestreo que estimará:

- Número de derivaciones por IC y % de derivaciones correctas (aplicando correctamente la vía clínica)
- Número de NT-proBNP solicitados desde Atención Primaria y % de aquellos solicitados correctamente (siguiendo indicaciones de la vía clínica)
- Reducción de la lista de espera para Consulta de Cardiología (pacientes en lista de espera y días de demora al comienzo y al final)
- Reducción del número de Ecocardiogramas realizados (Ecocardiogramas solicitados antes/después de la implantación de la vía clínica para el estudio de disnea/IC y % de reducción).

DURACIÓN

Junio 2015-Septiembre 2015: creación del Grupo de trabajo y diseño de la vía clínica.

Octubre 2015-Noviembre 2015: presentación de la vía clínica y formación

Diciembre 2015: puesta en marcha e implementación.

Febrero 2016: evaluación preliminar. Dificultades y búsqueda de soluciones.

Mayo 2016: evaluación de indicadores y conclusiones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0189

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP

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 - 2016/0466

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 cardíaca, 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 cardíaca 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 cardíaca.
 - 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 - 2018/0786

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE PABLO REVILLA MARTI
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LINARES VICENTE JOSE ANTONIO
AMORES ARRIAGA BEATRIZ
CANTIN GOLET AMPARO
SERRANO AISA PEDRO JAVIER
MORLANES GRACIA PAULA
RIAÑO ONDIVIELA ADRIAN
GIMENO GARZA JAIME

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El dolor torácico es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de Urgencias, existiendo en el hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" desde el año 2014" el protocolo de manejo del dolor torácico sospechoso de etiología isquémica. Debido a la actualización de las guías de práctica clínica de cardiopatía isquémica estable con posterioridad a la elaboración del mismo, la introducción de la troponina ultrasensible como marcador de necrosis miocárdica y la incorporación de la guardia de Cardiología de presencia física, se planteó la actualización del protocolo teniendo en cuenta dichas novedades.

En la primera fase del proyecto se estableció un grupo de trabajo con miembros de los servicios de Urgencias y Cardiología para la revisión de la nueva evidencia disponible. Para la elaboración del protocolo se siguieron las recomendaciones de las guías de práctica clínica vigentes de la Sociedad Europea de Cardiología (avaladas por la Sociedad Española de Cardiología) de manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST (2012), de diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable (2013) y tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST (2015). Se revisaron también otros artículos científicos novedosos relacionados con el manejo de la población diana e introducción de troponina de alta sensibilidad.

Se realizaron diversas reuniones durante el año 2017 hasta finalizar con la redacción de la nueva versión del protocolo de manejo del dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en el servicio de Urgencias.

En la segunda fase, el protocolo fue aprobado por la Comisión de Dirección del centro (8/2/2018) y desde entonces puede ser consultado en la intranet del hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" en la siguiente dirección: 10.35.208.91:16080/documents/10180/9356147/RPC-95 (Rev.B)_Dolor torácico.pdf

En la tercera fase se efectuó la difusión del protocolo con la realización inicial de sesiones divulgativas en los servicios de Cardiología y Urgencias. El 2 de mayo de 2018 en una sesión clínica hospitalaria se expusieron los datos obtenidos del anterior protocolo, así como las novedades del nuevo protocolo y algoritmo de trabajo para su conocimiento general. Además, se presentó el protocolo en la clase de dolor torácico dentro del curso de urgencias que se realiza para los residentes de primer año. Por parte de la unidad de Calidad se facilitó la impresión de posters con el algoritmo del protocolo que se colocaron en el box vital, sala observación y sala de trabajo de atención médica.

En la última fase se han revisado los resultados de la aplicación del nuevo algoritmo que se han expuesto en sesiones clínicas en los respectivos servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2018 se atendieron en el servicio de Urgencias del Hospital Clínico 2495 pacientes bajo los motivos de consulta de dolor torácico, dolor torácico no especificado y disconfort torácico. El diagnóstico final fue 86 síndromes coronarios agudos con elevación de ST, 201 síndromes coronarios agudos sin elevación de ST y 36 SCA no especificados además de 140 pacientes con ángor.

Se incluyeron en el protocolo 86 pacientes con sospecha de dolor torácico de etiología isquémica con electrocardiograma no diagnóstico y sin elevación de marcadores de necrosis en las determinaciones seriadas que cumplían los criterios de inclusión y exclusión detallados en el protocolo. De las 86 ergometrías solicitadas desde el servicio de Urgencias 13 (15,1%) resultaron positivas, 2 (2,3%) no concluyentes y 71 (82,6%) negativas.

Requirieron ingreso 15 pacientes (18,36%); los 13 pacientes con ergometría positiva y los 2 con ergometría no concluyente realizando en todos ellos una coronariografía. De los pacientes con ergometría positiva 10 presentaron lesiones significativas en las arterias coronarias con revascularización percutánea en 8 casos y quirúrgica en 2. Los dos pacientes con ergometría no concluyente no presentaron lesiones angiográficamente significativas en las arterias coronarias epicárdicas. Los pacientes con ergometría negativa fueron dados de alta desde el servicio de urgencias, pacientes que con anterioridad a la instauración del protocolo precisaban ingreso en un alto porcentaje de casos (tasa de altas 82,56%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0786

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

En el seguimiento la tasa de eventos (SCA o revascularización electiva) en los primeros 30 días ha sido 0%. A falta de completar el seguimiento a los 12 meses en la totalidad de los pacientes, solo se han registrado dos casos de revascularización electiva en pacientes dados de alta con ergometría negativa (1 paciente con persistencia del dolor torácico y SPECT cardiaco con inducción de isquemia y 1 paciente con dolor torácico de esfuerzo progresivo tras el alta) lo que supondrían un 2,8%. Estos datos muestran los siguientes valores para la prueba de esfuerzo en las condiciones reseñadas: Sensibilidad 83%. Especificidad 95%. Valor predictivo positivo 76%. Valor predictivo negativo 97%.

Los datos mostrados se han obtenido del programa PCH de urgencias, base de datos de ergometrías e Intranet del hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la atención al paciente con dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en el servicio de Urgencias intervienen tanto los médicos adjuntos de los servicios de Urgencias y Cardiología, así como los residentes de las diferentes especialidades que realizan las guardias. Un grupo heterogéneo, que presenta un buen nivel de aceptación del protocolo y aceptable seguimiento con unos resultados muy buenos de seguridad a los 30 días y previsiblemente a los 12 meses.

Durante el desarrollo del proyecto se ha conseguido:

- Elaboración, aprobación y puesta en marcha de la actualización del protocolo del manejo del dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en el servicio de Urgencias.
- Identificar de forma rápida y eficiente los pacientes de bajo riesgo de eventos coronarios.
- Evitar el ingreso en pacientes de bajo riesgo de eventos coronarios.

Como aspectos a mejorar se incluyen:

- Valoración de los pacientes de riesgo bajo-intermedio por el servicio de urgencias con la aplicación del protocolo sin necesidad de valoración por Cardiología de guardia y valoración de los pacientes con probabilidad alta o con revascularización previa y sospecha de dolor torácico de etiología isquémica por Cardiología de guardia.
- Definir una vía de actuación en los pacientes que cumplen criterios de inclusión en el protocolo sin posibilidad de ergometría en las siguientes 24 horas.
- Inclusión en el protocolo la posibilidad de realización de ecocardiograma de esfuerzo en determinados pacientes.

El protocolo sigue vigente para seguir contribuyendo a mejorar el manejo de los pacientes con dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en el servicio de Urgencias del hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/786 ===== ***

Nº de registro: 0786

Título
ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
REVILLA MARTI PABLO, LINARES VICENTE JOSE ANTONIO, AMORES ARRIAGA BEATRIZ, CANTIN GOLET AMPARO, SERRANO AISA PEDRO JAVIER, MORLANES GRACIA PAULA, RIAÑO ONDIVIELA ADRIAN, GIMENO GARZA JAIME

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 .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0786

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

La asistencia de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias por dolor torácico con sospecha de etiología isquémica plantea un problema asistencial por diversas razones. El dolor torácico supone entre un 5-20% de las visitas a urgencias y es preciso realizar un diagnóstico diferencial entre los diferentes perfiles clínicos del dolor. En las últimas décadas se han propuesto diferentes soluciones para mejorar el diagnóstico del dolor torácico en los servicios de Urgencias, incluyendo el uso de guías y protocolos diagnósticos con la formación de equipos multidisciplinares.

En el año 2014 se instauró en el hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza el protocolo de manejo del dolor torácico sospechoso de etiología isquémica. Actualmente debido a la actualización de las guías de práctica clínica con posterioridad a la elaboración del mismo, la introducción de la troponina ultrasensible como marcador de necrosis miocárdica y la incorporación de la guardia de Cardiología de presencia física, creemos adecuada la actualización del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Actualización del protocolo de dolor torácico no traumático para pacientes mayores de 14 años en el servicio de urgencias en colaboración entre los servicios de Urgencias y Cardiología conforme a las guías vigentes de práctica clínica de la sociedad Europea de Cardiología de SCACEST, SCASEST y enfermedad coronaria estable
- Detectar de forma temprana y efectiva los pacientes con síndrome coronario agudo.
- Identificar de forma rápida y eficiente los pacientes de bajo riesgo de eventos coronarios.
- Evitar el ingreso en pacientes de bajo riesgo de eventos coronarios.

MÉTODO

- Revisión del protocolo previo y nuevas evidencias científicas disponibles.
- Elaboración de nuevo protocolo de "Manejo del dolor torácico sospechoso de etiología isquémica en el servicio de Urgencias"
- Aprobación del protocolo por la dirección del hospital.
- Instauración y difusión del protocolo en el servicio de Urgencias.
- Revisión de resultados.

INDICADORES

- ECG al ingreso: Pacientes con dolor torácico con ECG realizado en los primeros 10 minutos de su llegada a urgencias x 100 / Pacientes con dolor torácico
- Tasa de ergometría: Pacientes con dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en los que se realiza ergometría x 100 / Pacientes con dolor torácico
- Tasa de altas: Pacientes con dolor torácico dados de alta desde urgencias x 100 / Pacientes con dolor torácico incluidos en el protocolo
- Tasa de eventos en pacientes con ergometría negativa a 30 días: Pacientes dados de alta con ergometría negativa que presentan SCA o revascularización electiva en 30 días x 100/ Pacientes con ergometría negativa
- Tasa de eventos en pacientes con ergometría negativa a 6 y 12 meses: Pacientes dados de alta con ergometría negativa que presentan SCA o revascularización electiva en (6-12 meses) x 100/ Pacientes con ergometría negativa

DURACIÓN

- 1er semestre 2017 - Revisión de bibliografía y elaboración de nuevo protocolo.
- 2º semestre 2017 - Aprobación del protocolo por la dirección del hospital.
- 1er semestre 2018 - Instauración y difusión del protocolo.
- 4º trimestre de 2018 - Resultados de los 12 primeros meses.

OBSERVACIONES

- Actualización del protocolo de dolor torácico conforme aparezcan actualización de las guías de práctica clínica de la sociedad Europea de Cardiología.

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 - 2018/1486

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS PINILLA LOZANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ
CARO CAVERO JAVIER
VOCES COMBARROS FRANCISCA
BELTRAN PERIBANEZ JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado una consulta de enfermería especializada en insuficiencia cardiaca (IC) en el Centro Sanitario Cinco Villas, donde se han atendido a los pacientes con reagudización reciente de su IC, de tres procedencias distintas 1.- Aquellos dados de alta hospitalaria con dicho diagnóstico 2.- Procedentes del Servicio de Urgencias. 3.- Pacientes ya en control ambulatorio por esta patología, con una reagudización de la misma. Los pacientes valorados tras un alta hospitalaria o una visita a Urgencias han sido valorados por enfermería en un plazo entre 5 y 15 días (preferiblemente una semana), siendo una cita independiente de la asistencia habitual realizada por Cardiología. La enfermera especializada en IC realiza las siguientes funciones: - Intervención educativa, mejorando el autocuidado en 3 dimensiones: mantenimiento (dieta, ejercicio, toma de fármacos), monitorización (autoevaluación diaria del peso para detectar precozmente descompensaciones) y automanejo (signos de alarma y uso flexible de diuréticos). - Conciliación del tratamiento médico y revisión de la medicación, para evaluar la adherencia al tratamiento y detectar efectos secundarios u otros problemas relacionados con la medicación. - Promover una atención sanitaria precoz en caso de signos o síntomas de incipiente descompensación, que no puedan ser manejados únicamente con el aumento de la dosis de diuréticos. 6.- Mejorar la relación del personal sanitario con el paciente, de forma que nos reconozca como personas accesibles a la hora de resolver las dudas que se le presenten a lo largo de la evolución de su enfermedad. 7.- Mejorar la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A lo largo de estos 6 meses, han sido valorados 54 pacientes (21 hombres, 33 mujeres) con una edad media de 77 años (rango 38-89), y se han realizado entre 2 y 5 visitas a cada uno de ellos. Hemos realizado una encuesta dirigida al paciente y a su familia preguntándoles por el grado de satisfacción en la calidad de la atención recibida y en la autogestión de su enfermedad, siendo valorada en el 100% de las mismas como "buena" o "muy buena". Hemos recogido el grado de adherencia terapéutica en forma de escala numérica y si el paciente ha traído cumplimentada la hoja de dosificación de diuréticos en función del peso y los síntomas. El 89% de los pacientes ha conseguido cumplimentar la hoja de dosificación de diuréticos, y llevar a cabo la pauta propuesta correctamente (esto es, aumentar el tratamiento de la forma indicada en caso de aumento de peso, volviendo a la pauta previa una vez alcanzado el peso objetivo). La media de cumplimentación terapéutica en la visita inicial ha sido de 4,1 (sobre una escala del 1 al 5); en la última visita recogida ha sido de 4,9/5. La media de pérdida de peso tras aplicar la pauta de diuréticos en función del peso ha sido de 2 Kg (rango 0-9 Kg), lo que indica una mejoría en el control clínico. De los 54 pacientes valorados por reagudización de su IC, han reingresado 5 (9%), cuatro de ellos por reagudización respiratoria (diagnóstico principal) y solamente uno (1,8%) por IC sin infección respiratoria como desencadenante (diagnóstico principal IC).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos positivamente tanto la evolución como el resultado de este proyecto. Al realizar una intervención estructurada y precoz en los pacientes reagudizados, garantizamos el continuum asistencial, realizando intervenciones educativas (resolución de dudas, conciliación del tratamiento, aprendizaje de la autodosificación de diuréticos, distribución de material de apoyo al paciente...) y detectando signos incipientes de descompensación para poder actuar sobre ellos con el objetivo último de evitar reingresos. Los pacientes han mostrado su satisfacción por la atención recibida (tanto por los conocimientos adquiridos, como por la accesibilidad), y sobretodo, hemos percibido que al tener que ocuparse de su propio control sintomático a través de la pauta de dosificación de diuréticos han tomado conciencia y han comprendido mejor su papel en la evolución de su enfermedad, y se aprecia una clara mejoría clínica en la gran mayoría de los pacientes, siendo más llamativa en aquellos en los que la enfermedad es más avanzada. Creemos que el aprendizaje sobre su patología y la participación activa en sus cuidados, da como resultado pacientes empoderados, que se traduce en una clara mejora en su calidad de vida y en su evolución. En este sentido, el rol de la Enfermera especializada en IC es clave, ya que, con los conocimientos adquiridos y un mínimo apoyo del personal médico, está capacitada para llevar esta consulta y cumplir con los objetivos de la misma. De forma indirecta, creemos que mejora las demoras en la agenda de Cardiología, al reducir el número de consultas que tiene que realizar el Cardiólogo. Consideramos que se trata de un proyecto sostenible y aplicable a otros medios, como el de nuestro propio hospital de referencia (HCU), ya que puede aportar calidad a la asistencia que realizamos actualmente a los pacientes con IC.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1486

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1486 ===== ***

Nº de registro: 1486

Título
CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

Autores:
PINILLA LOZANO MARIA JESUS, RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ, CARO CAVERO JAVIER, VOCES COMBARROS FRANCISCA, BELTRAN PERIBANEZ JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La IC es uno de los problemas médicos y sociales más relevantes de la actualidad. Es una patología altamente prevalente que acorta la supervivencia, reduce enormemente la calidad de vida e incrementa significativamente el coste sanitario.

Los ingresos hospitalarios suelen ser prolongados y se han incrementado en los últimos años, fundamentalmente debido aumento de los reingresos. Tienen un patrón bimodal, se producen principalmente tras el diagnóstico (las tasas de reingreso por IC a los 30 días se cifran entre el 25-50%) y en la fase final de la enfermedad.

Constituyen la mayor parte del coste económico de esta enfermedad.

Además del impacto en mortalidad y coste sanitario, la IC provoca una gran merma en la calidad de vida.

Un seguimiento estructurado de los pacientes con IC basado en mejorar su educación sanitaria, optimizar el tratamiento médico, añadir apoyo psicosocial y facilitar el acceso a los cuidados necesarios, mejora la calidad de vida, reduce el reingreso por IC y la mortalidad de los pacientes tras la hospitalización.

Algunos estudios han mostrado que un Servicio de Enfermería de IC puede reducir la morbimortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es realizar una intervención estructurada y precoz en el periodo postingreso, garantizando el continuum asistencial, con la finalidad de realizar intervenciones educativas (resolución de dudas, conciliación del tratamiento, aprendizaje de la autosuficiencia de diuréticos, distribución de material de apoyo al paciente...) y detectar signos incipientes de descompensación para poder actuar sobre ellos con el objetivo último de evitar reingresos.

También serán valorados en esta consulta aquellos pacientes, ya en control ambulatorio por esta patología, que consideremos que se pueden beneficiar de un seguimiento más estrecho.

Dicha valoración será realizada por personal de enfermería especializada en IC (otra finalidad es, por tanto, promover nuevos roles en enfermería).

De forma indirecta, pueden mejorar las demoras en la agenda de Cardiología, al reducir el número de consultas convencionales para control/optimización del tratamiento diurético en las reagudizaciones.

MÉTODO

1.- Identificar a los pacientes dados de alta con el diagnóstico "insuficiencia cardiaca" mediante la revisión sistemática de todos los informes de alta remitidos a nuestra consulta.

2.- Identificar a los pacientes ya en control ambulatorio por esta patología, que consideremos que se pueden beneficiar de un seguimiento más estrecho.

3.- Crear una consulta de enfermería paralela a la agenda de cardiología, donde se atenderá a los pacientes citados de forma sistemática. Podrá consultar con Cardiología las dudas que surjan, puesto que serán consultas realizadas en horario simultáneo y comunicadas físicamente.

4.- Tras el alta hospitalaria, los pacientes serán citados por enfermería en un plazo entre 5 y 15 días (preferiblemente una semana). Así mismo, recibirán la cita de asistencia habitual realizada por un cardiólogo.

5.- La enfermera especializada en IC realizará:

- Intervención educativa, mejorando el autocuidado en 3 dimensiones: mantenimiento (dieta, ejercicio, toma de fármacos), monitorización (autoevaluación diaria para detectar precozmente descompensaciones) y automanejo (signos de alarma y uso flexible de diuréticos).

- Conciliación del tratamiento médico y revisión de la medicación, para evaluar la adherencia al tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1486

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

y detectar efectos secundarios u otros problemas relacionados con la medicación.

- Promover una atención sanitaria precoz en caso de signos o síntomas de incipiente descompensación, que no puedan ser manejados únicamente con el aumento de la dosis de diuréticos.

6.- Mejorar la relación del personal sanitario con el paciente, de forma que nos reconozca como personas accesibles a la hora de resolver las dudas que se le presenten a lo largo de la evolución de su enfermedad.

7.- Mejorar la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada.

INDICADORES

El personal sanitario recogerá el grado de adherencia terapéutica en forma de escala numérica y si el paciente ha traído cumplimentada la hoja de dosificación de diuréticos en función del peso y los síntomas, con la finalidad de valorar la mejora en la calidad de la asistencia y en el autocuidado.

Se valorarán los reingresos en los primeros 30 días y en otros momentos del primer año, se compararán con el porcentaje de reingresos por insuficiencia cardiaca del resto de pacientes del Área III en el mismo periodo, con la finalidad de evaluar la efectividad de este seguimiento en cuanto a morbimortalidad.

DURACIÓN

El proyecto comenzará en el mes de junio de 2018, y los indicadores comenzarán a evaluarse al mes del inicio. Establecemos un tiempo de 12-18 meses para obtener resultados en los indicadores de morbimortalidad.

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 - 2018/1560

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCULB

Fecha de entrada: 06/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ ARROYO JOSE RAMON
SANCHEZ INSA ESTHER
LINARES VICENTE JOSE ANTONIO
SIMO SANCHEZ BORJA
PAESA GARZA MARIA CRUZ
LOPEZ CUARTERO MARIA PILAR
DOBON REBOLLO MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El grupo de mejora de la Sección ha realizado extensa búsqueda bibliográfica sobre el tema y ha consultado con las otras Secciones de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista sobre cual es el protocolo de actuación en sus centros. Ajustando las recomendaciones de la práctica clínica a nuestra realidad, se ha elaborado el siguiente algoritmo de actuación:

A su ingreso los pacientes serán avisados no tomar el Sintrom el día del ingreso, se procederá a su ingreso de forma habitual (17 h) y se determinará el INR a su ingreso. Así mismo, se realizará valoración de la factibilidad de acceso radial del paciente.

En caso de acceso radial factible:

Si INR <3- tomar la dosis de Sintrom que le toca y determinar INR la mañana del cateterismo. Si se trata de cateterismo diagnóstico: para INR <1.5 se administrará 50 UI/kg de HNF, para INR entre 1.5-2 se administrará 25 UI/kg de HNF y para INR >2 no se administrará HNF adicional para la realización del cateterismo. Si se trata de cateterismo terapéutico: para INR <1,8 se añadirá 70-100 UI/kg de HNF, para INR 1.8-2.5 se añadirá 50 UI/kg de HNF y para INR >2.5 no se añadirá HNF adicional.

Situaciones especiales: aquellos pacientes que presenten a su ingreso: un INR >3, que tengan un acceso radial poco factible o una alta posibilidad de acceso femoral (o acceso femoral programado), así como si se trata de un intervencionismo coronario percutáneo programado sobre TCI, OCT, bifurcaciones con rama lateral >2.5 mm, VSF o AMI, rotablación o ultimo vaso permeable; en estos pacientes se procederá a suspensión de Sintrom durante 48 h, se valorará terapia puente si alto o moderado-alto riesgo trombótico y se determinará un nuevo INR el día del cateterismo.

Para los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales directos- no tomarán la dosis que les toca el día del ingreso. A su ingreso se valorará el acceso radial y se realizará la determinación de bioquímica con función renal. En caso de acceso radial factible y función renal normal, se procederá a la realización de cateterismo cardiaco de manera habitual, administrando la dosis de NACO que le corresponde. El día del cateterismo no se administrará NACO. Durante el cateterismo diagnóstico se administrará 25 UI/kg de HNF si han pasado más de 8 h de la última dosis del NACO. En caso de cateterismo terapéutico- ICP: no se tomará la dosis de NACO el día de cateterismo y se administrará dosis ajustada de 70-100 UI/kg de HNF (se valorará su incremento según la complejidad - duración del procedimiento). En caso de los pacientes mencionados como situaciones especiales se procederá a la interrupción del tratamiento durante al menos 48h, valorando la necesidad de terapia puente para cada caso.

El protocolo de actuación será englobado dentro de los protocolos de actuación para la preparación y manejo de los pacientes que van a ser sometidos a cateterismo cardiaco que se están finalizando y van a ser lanzados en los próximos días.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración del protocolo de actuación. Análisis de la situación actual. Elaboración del folleto con el algoritmo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este protocolo esté preparado de ser mandado a la revisión y aprobación por la Comisión de evaluación del hospital en breve, junto con el protocolo global de la preparación y manejo de los pacientes que van a ser sometidos a cateterismo cardiaco que estamos terminando de elaborar. Posteriormente se procederá a su difusión y puesta en marcha.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1560 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1560

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCU

Nº de registro: 1560

Título
PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCU

Autores:
LUKIC OTANOVIC ANTONELA, RUIZ ARROYO JOSE RAMON, SANCHEZ INSA ESTHER, LINARES VICENTE JOSE ANTONIO, SIMO SANCHEZ BORJA, PAESA GARZA MARIA CRUZ, LOPEZ CUARTERO MARIA PILAR, DOBON REBOLLO MANUELA

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cateterismo cardiaco es la prueba invasiva utilizada en el manejo de los pacientes con cardiopatía isquémica y para la valoración previa a procedimientos quirúrgicos. El número de procedimientos y su complejidad crecen continuamente. En nuestro centro en el 2017 se han realizado 2092 estudios diagnósticos y algo más de 1000 estudios terapéuticos, con abordaje en un 25% de ellos de más de un vaso, la mayoría ad-hoc. Los pacientes tomadores de anticoagulantes orales, representan un aproximado 10-15% de los procedimientos y son un reto para la seguridad del procedimiento, por alto riesgo trombótico y hemorrágico. Actualmente estos pacientes ingresan 48 h antes y se les realiza a todos "bridging" o terapia puente a heparina sódica IV y precisan de un ingreso de al menos 72 h. Las guías de práctica clínica consideran que este proceder aumenta el riesgo de complicaciones hemorrágicas y trombóticas e indican valorar la realización de cateterismo cardíaco sin la suspensión de éste y la terapia puente para los pacientes con riesgo trombótico alto. La gran variabilidad en las estrategias adoptadas en este contexto ponen de manifiesto la necesidad de protocolización de las actuaciones en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es unificar las actuaciones periprocedimiento en cuanto al manejo de la terapia anticoagulante. Como objetivos secundarios: disminución de las complicaciones hemorrágicas y trombóticas y de estancia hospitalaria. Población diana son todos los pacientes con fibrilación auricular, con indicación de anticoagulación oral con AVK o NACO remitidos para la realización de cateterismo. El proyecto implica a todos los servicios que remiten a los pacientes para la realización de cateterismo cardiaco y al servicio de Hematología (enfermería y facultativos). Se pretende: Protocolizar y unificar las actuaciones periprocedimiento en cuanto a terapia anticoagulante. Reducción de tiempo de estancia, manteniendo o mejorando de la seguridad del paciente en cuanto a las complicaciones trombóticas o hemorrágicas. Adaptarnos a las guías de práctica clínica.

MÉTODO
La elaboración en junio-septiembre 2018 (revisión de evidencia, contacto con otras unidades de Cardiología Intervencionista, colaboración con Hematología y consenso del grupo de mejora). Tres reuniones- una interna, una con Hematología y otra con hospitalización para consensuar actuaciones. En Julio y Agosto 2018: análisis de los pacientes con tratamiento anticoagulante oral atendidos en nuestra unidad a lo largo de los años 2016-2017 como referencia. La difusión del nuevo protocolo se realizará en forma de sesión en el Servicio de Cardiología y otros servicios implicados, folletos con el algoritmo de actuación y actualización de la vía clínica de cateterismo cardíaco, previa aprobación por los organismos responsables del hospital.

INDICADORES
1. Nombre: %ACO / cateterismo. Porcentaje de pacientes tomadores de anticoagulación oral remitidos para la realización de cateterismo cardiaco. Calculo: (Pacientes tomadores de anticoagulación oral remitidos para la realización de cateterismo cardiaco) / (Pacientes a los que se les ha realizado cateterismo cardiaco)*100. 2. Nombre: % correcta cumplimentación protocolo. Porcentaje de pacientes tomadores de anticoagulación oral incluidos en el protocolo sin la terapia puente. Medida: porcentaje, periodicidad: trimestral. Calculo: (Pacientes en tratamiento con ACO sin indicación de terapia puente y sin terapia puente aplicada) / (Pacientes en tratamiento con ACO sin indicación de terapia puente)*100. Estándar 95%. 3. Nombre: %terapia puente correcta. Porcentaje de pacientes con indicación de terapia puente con la terapia puente correctamente aplicada. Medida porcentaje. Trimestral. Calculo: (Pacientes con indicación clara de terapia puente con la terapia puente aplicada) / (Pacientes con indicación de terapia puente). Estándar 100% 4. Nombre %complicaciones hemorrágicas. Porcentaje de pacientes con complicaciones hemorrágicas en el periodo peri-procedimiento (hasta 7 días postprocedimiento). Porcentaje y trimestral. Calculo: (Pacientes tomadores de ACO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1560

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCULB

remitidos para cateterismo que hayan presentado complicaciones hemorrágicas) / (Pacientes tomadores de ACO remitidos para cateterismo). Estándar 2.5%. 5. Nombre: %complicaciones trombóticas. Porcentaje de pacientes con complicaciones trombóticas en el periodo peri-procedimiento (hasta 7 días postprocedimiento). Porcentaje, trimestral. Calculo: (Pacientes tomadores de ACO remitidos para cateterismo que hayan presentado complicaciones trombóticas) / (Pacientes tomadores de ACO remitidos para cateterismo). Estándar 0.5%.

DURACIÓN

1. Elaboración del protocolo- De 1 a 31 de agosto 2018 2. Análisis de situación actual: De 1 a 31 de julio 2018 3. Elaboración de folleto con el algoritmo - agosto-septiembre 2018 4. Difusión del protocolo- a partir de 1 de septiembre 2018 5. Puesta en marcha de nuevo proceder- 10 de septiembre 2018

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 - 2019/0260

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE DERIVACION ATENCION PRIMARIA - CARDIOLOGIA MEDIANTE EL USO DE LA INTERCONSULTA ELECTRONICA: ALTA RESOLUCION

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE JAVIER ALAMEDA SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ LABUENA ANA
RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ
CARO CAVERO FRANCISCO JAVIER
LLERA GUERRA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019, en Cardiología, se ha tratado de optimizar los recursos disponibles en el Centro Médico de Especialidades de Ejea de los Caballeros, el cual da cobertura al área de las Cinco Villas. El principal objetivo era disminuir la lista de espera y la demora de los pacientes en ser atendidos por nuestro servicio, a la vez que mejorábamos la rapidez de las pruebas complementarias y reducíamos consultas innecesarias. La interconsulta electrónica ha supuesto una gran ayuda, una herramienta indispensable en la mayor eficiencia de nuestra comunicación con los Médicos de Atención Primaria, y en la atención ciudadana. A través de dicha interconsulta electrónica los Médicos de Atención Primaria nos informan de los síntomas guía y el cuadro clínico aquejado por el paciente. Si el cuadro clínico es muy abigarrado o complejo, claro está que dicho paciente es citado y atendido en hueco de primera visita para una valoración pormenorizada. Sin embargo, en numerosas ocasiones los pacientes aquejan síntomas inespecíficos, los cuales mediante la realización de una prueba complementaria precoz (si el Cardiólogo así lo considera necesario) evitamos primeras consultas o consultas sucesivas para la entrega de resultados. Las pruebas complementarias que hemos venido realizando de manera precoz han sido ecocardiogramas, ECG-Holter y MAPA de tensión arterial. En nuestra especialidad tiene importante valor añadido la interconsulta electrónica para valoración online de electrocardiogramas realizados en los centros de salud, y que los Médicos de Atención Primaria quieren que evaluemos de manera telemática como apoyo asistencial. Al Médico de Atención Primaria se le informa a través de la interconsulta electrónica de la prueba complementaria que se le va a realizar a su paciente. Cuando el paciente viene a realizarse la prueba, si se trata de un ecocardiograma que finalmente resulta normal y el paciente no requiere seguimiento (puesto que no se detecta anomalía cardiaca alguna), se le entrega el informe de dicho ecocardiograma al paciente y se cuelga en la Historia Clínica Electrónica para conocimiento de su Médico de Atención Primaria. De esta manera evitamos que el paciente inicialmente acuda a nuestra consulta de Cardiología a contarnos la misma sintomatología que le ha comentado a su Médico de Atención Primaria, tras la cual le solicitaremos dicha prueba complementaria, y tras la que en muchas ocasiones tendrá que volver a recoger el resultado. Si hablamos de síntomas que motiven la realización de un ECG-Holter o un MAPA de tensión arterial, el paciente acudirán a la consulta de enfermería para ponerse el registrador. Al día siguiente acudirán de nuevo a dicha consulta de enfermería para la retirada, y el resultado lo dispondrá su Médico de Atención Primaria (a través de la Historia Clínica Electrónica) y el paciente (a través de correo postal) en el plazo de una semana. Si el resultado implica la necesidad de ser citado en Cardiología, en vez de enviar por correo postal el informe al paciente, se le cita con carácter preferente de manera presencial para continuar la asistencia. El hecho de disminuir las primeras visitas innecesarias y por ende las visitas sucesivas que se generarían de estas, permite tener la agenda más liberada para poder atender a los pacientes con patología cardiaca de manera más precoz.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Antes de comentar los datos numéricos, cabe destacar la resolución prácticamente por completo de la lista de espera en Cardiología del área de Ejea de los Caballeros durante el año 2019. El esfuerzo de los profesionales y la optimización de la citación mediante la interconsulta electrónica y las consultas de alta resolución han favorecido dicho trabajo y resultados más eficientes.

-TASA DE PRIMERAS VISITAS PRESENCIALES: Número de primeras visitas / Población del área de las Cinco Villas
La población de las Cinco Villas asciende a 31442 habitantes.

Tasa de primeras visitas durante el año 2018: $516 \text{ primeras visitas} / 31442 = 0,01641 * 100 = 1,64\%$

Tasa de primeras visitas del 01-01-2019 al 01-07-2019: $314 / 31442 = 0,00998 * 100 = 0,99\%$

Tasa de primeras visitas del 01-07-2019 al 01-01-2020: $230 / 31442 = 0,00731 * 100 = 0,73\%$

Podemos observar como con las técnicas de optimización de atención a la ciudadanía, las primeras visitas presenciales se han ido reduciendo, pasando a ser de una tasa del 0,99% en la primera mitad del año 2019, a una tasa del 0,73% en la segunda mitad del año. Estos valores no se han visto modificados por algún otro factor confusor, puesto que el resto de variables no han cambiado a lo largo del año.

-PROPORCIÓN DE VISITAS SUCESIVAS PRESENCIALES (revisiones y resultados): Número de visitas sucesivas / Número total de consultas (primeras visitas + visitas sucesivas)

Proporción de visitas sucesivas durante el año 2018: $591 \text{ visitas sucesivas} / 1107 \text{ consultas} = 0,5338 * 100 = 53,38\%$

Proporción de visitas sucesivas del 01-01-2019 al 01-07-2019: $503 \text{ visitas sucesivas} / 817 \text{ consultas} = 0,6156 * 100 = 61,56\%$

Proporción de visitas sucesivas del 01-07-2019 al 01-01-2020: $351 \text{ visitas sucesivas} / 581 \text{ consultas} = 0,6041 * 100 = 60,41\%$

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0260

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE DERIVACION ATENCION PRIMARIA - CARDIOLOGIA MEDIANTE EL USO DE LA INTERCONSULTA ELECTRONICA: ALTA RESOLUCION

Se observa una muy discreta reducción de la proporción de visitas sucesivas con respecto al global de las consultas durante el año 2019 (de un 61,56% a un 60,41%). No obstante, es destacable que se han reducido de manera manifiesta tanto el número de primeras visitas (de 314 visitas en la primera mitad del año 2019 a 230 visitas en la segunda mitad del año 2019) como el número de visitas sucesivas (de 503 visitas en la primera mitad del año 2019 a 351 visitas en la segunda mitad del año 2019). Toda esta reducción en el número de consultas sin incrementar la lista de espera, todo lo contrario, reduciéndose hasta prácticamente quedar anulada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-En la relación estrecha con Medicina Familiar y Comunitaria, merece especial reconocimiento la interconsulta electrónica, que nos acerca de forma virtual el paciente del centro de salud al especialista.

-La optimización de la atención a la población mediante la tecnología de la interconsulta electrónica, y la realización precoz de pruebas complementarias (radiografía de tórax, péptido natriurético, ECG-HOLTER, MAPA, ecocardiograma) ante síntomas guía, han llevado a reducir el tiempo de demora de la asistencia sanitaria de nuestros ciudadanos.

-El uso eficiente de los huecos de consulta hacen que se reduzca la lista de espera sin necesidad de aumentar el número de visitas realizadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/260 ===== ***

Nº de registro: 0260

Título
OPTIMIZACION DE DERIVACION ATENCION PRIMARIA - CARDIOLOGIA MEDIANTE EL USO DE LA INTERCONSULTA ELECTRONICA: ALTA RESOLUCION

Autores:
ALAMEDA SERRANO JAVIER, MARTINEZ LABUENA ANA, LLERA GUERRA RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad existe una clara sobrecarga del sistema sanitario español. Dicha sobrecarga se extiende desde atención primaria hasta la atención especializada. Es tarea de los profesionales de la salud idear medidas de optimización de los recursos con el fin de mejorar el flujo de pacientes.

La tecnología es un aliado que otorga al médico el poder de realizar, en la medida de lo posible, una medicina a distancia con una valoración basada en las pruebas complementarias.

Existen muchas situaciones en las que la adecuada valoración de las pruebas y la correcta comunicación interprofesional favorecen la resolución precoz de las dudas del paciente si necesidad de ser sometidos a la lista de espera de una consulta.

En otras ocasiones los datos objetivos complementarios evidencian la necesidad de una atención presencial en la consulta especializada, siendo esta más precoz si conseguimos liberar las consultas de pacientes con síntomas inespecíficos y pruebas complementarias dentro de la normalidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es mejorar el manejo del paciente ambulatorio en el área de la Cardiología. Realizando un "screening" inicial telemático conseguiremos disminuir de nuestras consultas los pacientes con síntomas inespecíficos y normalidad en las pruebas complementarias. De la manera tradicional de proceder, el paciente acudiría a una primera visita, donde se le solicitarían una serie de pruebas complementarias, teniendo que acudir a una visita sucesiva de resultados.

La finalidad es mejorar la calidad de la asistencia a nuestros enfermos, existiendo en las consultas una selección del paciente más grave y con patología confirmada en la mayoría de los casos. De esta manera se pretende reducir el número de días de espera para consulta presencial en aquellos pacientes que realmente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0260

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE DERIVACION ATENCION PRIMARIA - CARDIOLOGIA MEDIANTE EL USO DE LA INTERCONSULTA ELECTRONICA: ALTA RESOLUCION

precisan de un manejo estrecho. Esto pretende derivar en una reducción de las primeras visitas y visitas sucesivas en el ámbito de la cardiología ambulatoria, disminuyendo las demoras, y consiguiendo un manejo más óptimo de los pacientes con enfermedad relevante. De igual modo se consigue que el paciente preocupado por un síntoma inespecífico sea evaluado mediante la realización de una prueba complementaria, y reciba con mayor celeridad el resultado de dicha prueba. Con la valoración telemática se busca optimizar el tiempo de la consulta, realizando un cribado previo a la atención presencial en la consulta de Cardiología, reduciéndose así el número de primeras visitas y el número de citas sucesivas con el único fin de recibir los resultados. De esta manera también hacemos que la información del resultado llegue de manera más rápida al Médico de Atención Primaria.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo de derivación desde los Centros de Salud de los pacientes ambulatorios con síntomas sugestivos de patología cardiaca. Optimización de la Historia Clínica Electrónica mediante el uso de la interconsulta electrónica y la valoración de electrocardiogramas de forma telemática. Ante síntomas clave como son palpitaciones, mareo, inestabilidad, disnea o soplo cardiaco, el paciente será evaluado inicialmente mediante el uso de la prueba complementaria (Radiografía de tórax, Péptido Natriurético (BNP), ECG-HOLTER, ECGARDIOGRAMA). Con ello se realizará un cribado inicial de patología, siendo descartados para su asistencia presencial a la consulta los pacientes con normalidad de las pruebas y remitiéndose los informes de dichas pruebas normales a sus Médicos de Atención Primaria de forma telemática.

INDICADORES

-Tasa de primeras visitas presenciales: Número de primeras visitas al año/Población del área de las Cinco Villas.
-Proporción de visitas sucesivas presenciales: Número de visitas sucesivas/Número total de consultas (primeras visitas + visitas sucesivas).

DURACIÓN

-Duración: Indefinida.
-Derivación optimizada de los pacientes desde atención primaria, utilizando la interconsulta electrónica y la realización precoz de las pruebas complementarias durante todo el año 2019 y en adelante.
-Evaluación del número de pacientes citados como primer día y visitas sucesivas durante el año 2019, y su comparativa con respecto al año 2018: Enero-Febrero 2020. Para poder comparar años completos se evaluarán de Octubre 2018 a Septiembre 2019 (comparados con Octubre 2017 a Septiembre 2018), ya que los datos del último trimestre del año suelen ser analizados en marzo del año posterior.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0395

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CURSO/TALLER PARA DIVULGACION DEL PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA ENTRE LOS MEDICOS Y ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR III

Fecha de entrada: 09/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

REVILLA MARTI PABLO
ESCOTA VILLANUEVA JAVIER
ALAMEDA SERRANO JAVIER
MARTINEZ LABUENA ANA
JIMENEZ MELO OCTAVIO
MONZON LOMAS FRANCISCO JOSE
PINILLA LOZANO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A través de la unidad de Docencia del HCU se propuso la realización de un curso taller que se denominó: Manejo del paciente con Cardiopatía Isquémica en su transición entre Cardiología y Atención Primaria, dirigido a Médicos y DUE de Atención primaria.

El objetivo es la divulgación del PROCEDIMIENTO CLÍNICO DE MANEJO DEL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ENTRE CARDIOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA elaborado por el grupo de trabajo mixto formado por Médicos de Atención Primaria y Cardiólogos del Sector III de Zaragoza.

Los objetivos del PROCEDIMIENTO:

- Disminuir la variabilidad clínica en la atención de los pacientes.
- Mejorar la atención a cada paciente en función de su riesgo.
- Optimizar el control de los factores de riesgo cardiovascular.
- Disminuir en lo posible visitas burocráticas o rutinarias en las consultas de especialidad.

Los objetivos específicos del TALLER:

- Manejo del paciente con síndrome coronario agudo (SCA) tras ser dado de alta del hospital:
- o Conocer los circuitos de actuación tras el ingreso por SCA. Identificar los pacientes de alto riesgo.
- o Conocer los objetivos del tratamiento farmacológico y las medidas no farmacológicas.
- Manejo del paciente con Cardiopatía isquémica Estable.
- o Optimizar el control de los factores de riesgo cardiovascular.
- o Conocer los criterios de derivación entre la consulta de Cardiología y Atención Primaria.
- Manejo del dolor torácico sospechoso de anginoso en Atención Primaria:
- o Conocer los tipos de dolor torácico.
- o Aprender a estratificar el riesgo y manejo del paciente con dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en Atención Primaria.
- o Conocer cuándo y cómo derivar un paciente con dolor torácico a Cardiología.
- Manejo de la antiagregación plaquetaria en atención primaria ante cirugía/procedimientos invasivos:
- o Aprender a valorar el riesgo trombótico y hemorrágico del paciente con antiagregación.
- o Conocer los criterios de derivación a la consulta de Cardiología.

Se solicitó acreditación a través de la unidad docente.

El taller consta de 4 ponencias. En cada una de ellas habrá una exposición teórica y se complementará con la exposición de supuestos prácticos sobre los cuales, en función de los datos que el ponente vaya ofreciendo, los alumnos deberán decidir la mejor actuación, siempre justificada por la evidencia científica y siguiendo las recomendaciones del procedimiento.

Las ponencias fueron:

- 1- Manejo del paciente con SCA tras ser dado de alta del hospital
- 2- Manejo del paciente con Cardiopatía isquémica Estable
- 3- Manejo del dolor torácico sospechoso de anginoso en Atención Primaria
- 4- Manejo de la antiagregación plaquetaria en atención primaria ante cirugía/procedimientos invasivos

En la segunda parte de cada ponencia el profesor planteó supuestos prácticos (casos clínicos documentados con analítica, ECG, ecocardiograma...) sobre los que los alumnos deberán opinar y decidir sobre varias opciones. Tras ello el profesor, justificará la mejor decisión con la evidencia científica y utilizando el procedimiento que se pretende divulgar.

Tras ello se realizó un examen tipo test de 10 preguntas y se realizaron las encuestas de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La primera edición del taller se realizó en el Aula de Farmacia del HCU el día 6 de junio de 2019 en horario de 11 -15 h.

Asistencia: 100% de los inscritos. Cubiertas 90% (27 / 30) de las plazas convocadas.

Aprobados el 100% de los presentes en el curso

Valoración global del curso por parte de los alumnos.

- Aspectos organizativos 8,8

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0395

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CURSO/TALLER PARA DIVULGACION DEL PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA ENTRE LOS MEDICOS Y ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR III

- Contenido de la actividad formativa 9,5
- Evaluación global (grado de satisfacción con la puntuación global de la actividad) 9,9
- Observaciones y sugerencias de los alumnos: En general el grado de satisfacción muy bueno, instando a repetir el taller para más compañeros interesados y proponiendo ese mismo formato de taller para temas como: fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca y RCP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La experiencia tanto por parte de los profesores como por parte de los alumnos ha sido muy satisfactoria. La elaboración de cursos con contenido teórico práctico, con participación activa de los alumnos con temas que implican la asistencia compartida de los pacientes entre Cardiología y Atención Primaria es muy útil para el posterior manejo de los pacientes en las consultas. Al mismo tiempo permite actualizar los conocimientos según las últimas evidencias científicas y además mejorar las relaciones entre ambos niveles asistenciales. El curso fue muy bien valorado por los asistentes, instando a la organización a repetir el mismo para otros compañeros que no pudieron asistir y utilizar el mismo formato para otras patologías.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/395 ===== ***

Nº de registro: 0395

Título
ELABORACION DE UN CURSO/TALLER PARA DIVULGACION DEL PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA ENTRE LOS MEDICOS Y ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR III

Autores:
FERREIRA AGUAR ANA ISABEL, REVILLA MARTI PABLO, ESCOTA VILLANUEVA JAVIER, ALAMEDA SERRANO JAVIER, MARTINEZ LABUENA ANA, JIMENEZ MELO OCTAVIO, MONZON LOMAS FRANCISCO JOSE, PINILLA SERRANO MARIA JESUS

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

Entre los proyectos de Cardiología de 2018 estaba la creación de un grupo de trabajo mixto entre Cardiología y Atención Primaria para la elaboración de un protocolo de manejo de la cardiopatía isquémica. Dicho protocolo se realizó y ha sido aprobado recientemente por la comisión de Calidad del Sector III. La siguiente fase del proceso es la divulgación del procedimiento entre los Centros de Salud para su conocimiento y correcta aplicación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaboración de un curso/taller con acreditación del Salud para facilitar la divulgación del procedimiento de manejo del paciente con cardiopatía isquémica estable
- Conseguir la máxima difusión e implementación del procedimiento
- Optimizar el manejo del paciente con cardiopatía isquémica en su recorrido entre Cardiología y Atención Primaria

MÉTODO

- Elaboración de un programa con contenido fundamentalmente práctico basados en casos clínicos para practicar el manejo de los algoritmos y ayuda en la toma de decisiones clínicas

INDICADORES

número de MAP y enfermeras interesados y encuesta de satisfacción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0395

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CURSO/TALLER PARA DIVULGACION DEL PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA ENTRE LOS MEDICOS Y ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR III

DURACIÓN

- Primer semestre de 2019 :
 - o Elaboracion del programa
 - o Solicitud de acreditación
- Segundo semestre
 - o Realización del curso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0400

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA PREVIA AL TRASPLANTE HEPATICO

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ADRIAN RIAÑO ONDIVIELA
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUEVA RECALDE JUAN FRANCISCO
CORTES GARCIA LUIS
MORLANES GRACIA PAULA
LORENTE PEREZ SARA
SERRANO AULLO MARIA TRINIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Todas las actividades planteadas en el proyecto de mejora se han cumplido al 100%.

1. Valoración cardiológica en una consulta específica (ya en funcionamiento) de los pacientes candidatos a TOH, referidos de la consulta de valoración pretrasplante del Servicio de Digestivo.
a. Determinar indicación, y si procede, despistaje de cardiopatía isquémica
b. Valoración de pacientes con sospecha de hipertensión portopulmonar
c. Optimización del tratamiento de las patologías cardiovasculares

2. Diseño del Protocolo de Valoración Cardiológica previa al Trasplante Hepático en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
a. Criterios de inclusión
b. Algoritmo de actuación
c. Recomendaciones consensuadas de tratamiento

3. Se ha remitido el protocolo a la Comisión de Calidad y Dirección del Hospital, siendo aprobado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En lo referente a los datos del año 2019, se han valorado 9 pacientes (Hombres 100%, Edad media: 63 años) remitidos desde Digestivo, todos para despistaje de cardiopatía isquémica, y 1 paciente además para estudio de hipertensión pulmonar. A todos los casos, menos uno (no cumplía criterios de inclusión), se les solicitó prueba de detección de isquemia, de las cuales solo en uno se realizó TC coronario, el resto fueron SPECT de esfuerzo o farmacológico. Durante este período se realizaron 2 coronariografías (1 SPECT alterado y 1 por resultados no concluyentes en las pruebas no invasivas) y 1 estudio hemodinámico (PAPs elevada en ecocardiograma), ningún paciente recibió revascularización percutánea, y el estudio hemodinámico descartó hipertensión portopulmonar.

De estos pacientes, 4 recibieron TOH, ninguno presentó complicaciones cardiovasculares en el periodo postTOH ni en el seguimiento posterior. Un paciente falleció por complicaciones de la cirrosis hepática antes de realizarse TOH.

Indicadores:

Todos los pacientes candidatos a TOH fueron evaluados con el algoritmo específicamente diseñado y que consta en el protocolo, lo que representa una cobertura del 100%.

1. Proporción de pacientes trasplantados que han requerido valoración cardiológica previa:
Número de pacientes con TOH que requieren valoración cardiológica durante 2019/ Número pacientes con TOH en 2019 = 9/28.

2. Tiempo desde la solicitud de la valoración hasta la cita en Cardiología.
En todos los casos la valoración de cardiología se ha realizado en un tiempo inferior a 4 semanas.

3. Mortalidad y Morbilidad de causa cardiovascular en pacientes trasplantados con valoración cardiológica previa.
Ningún paciente valorado ha tenido complicaciones cardiovasculares durante el periodo post-TOH inmediato ni en el seguimiento posterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración cardiológica pre-TOH es indispensable en todos los pacientes candidatos a someterse a esa intervención. La estrategia empleada ha demostrado ser segura y eficaz para evitar eventos cardiovasculares en esta población.

El diseño de un protocolo con un algoritmo de valoración ha estandarizado la práctica y ha facilitado que su aplicación a todos los pacientes de la consulta de valoración pre-TOH del Servicio de Digestivo.

Por otro lado, la demanda asistencial no representa una sobrecarga de trabajo para la valoración clínica de estos pacientes ni para la solicitud de pruebas complementarias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0400

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA PREVIA AL TRASPLANTE HEPATICO

Es por esto que planteamos que la actividad se mantenga de forma continua, ya que no solo ha demostrado ser útil sino también segura para este grupo de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/400 ===== ***

Nº de registro: 0400

Título
VALORACION CARDIOLOGICA PREVIA AL TRASPLANTE HEPATICO

Autores:
RIAÑO ONDIVIELA ADRIAN, CUEVA RECALDE JUAN FRANCISCO, CORTES GARCIA LUIS, MORLANES GRACIA PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El trasplante ortotópico hepático (TOH) se ha convertido en una parte integral del tratamiento de pacientes con enfermedad hepática terminal, de tal manera que cada vez se trasplantan pacientes más añosos y con un perfil de riesgo cardiovascular más elevado, predominando el sexo masculino (73,3%) y apreciándose a su vez un incremento en el grupo de pacientes mayores de 60 años, que representan casi el 40% del total. Tal es así que en el programa de TOH de Aragón la edad media se ha incrementado progresivamente, desde los 53 años en 2016 hasta los 61 años en 2018.

El paradigma de paciente trasplantado con elevado riesgo cardiovascular es aquel con enfermedad hepática grasa no alcohólica, siendo esta indicación de trasplante la única que muestra una tendencia ascendente en la actualidad, en el contexto de la alta eficacia de los fármacos antivirales frente al virus de la hepatitis C. Por otro lado, los pacientes sometidos a TOH están especialmente predispuestos a desarrollar factores de riesgo cardiovascular o a experimentar un peor control de estos debido a varios factores (fármacos inmunosupresores, sedentarismo, dieta rica en azúcares y grasas saturadas). Todos estos aspectos tienen un impacto directo en el pronóstico postrasplante, de tal manera que según el registro europeo de trasplante hepático (ELTS), el 14% de los pacientes fallecen por eventos cardiovasculares. Estudios recientes demuestran un exceso de mortalidad del 20% en población trasplantada a los 10 años en comparación con la población general (apareados por edad y sexo), siendo los eventos cardiovasculares la tercera causa de exceso de mortalidad tras las neoplasias y las infecciones.

Este nuevo panorama epidemiológico obliga a adaptar los protocolos de evaluación, manejo y seguimiento de los pacientes sometidos a trasplante; siendo de especial interés la valoración cardiológica preTOH para excluir y tratar la existencia de cardiopatía estructural, valvulopatías e insuficiencia cardíaca debida a otras causas, así como de enfermedad cardiovascular asociada a la cirrosis hepática, tal como hipertensión portopulmonar y cardiomiopatía cirrótica. Todas estas situaciones son relevantes dado que contribuyen a una mayor morbimortalidad postrasplante, pudiendo también condicionar la idoneidad del paciente para ser incluido en el programa.

Por tanto, es necesaria la participación estructurada del cardiólogo en la valoración preTOH, no únicamente para la indicación o realización de pruebas complementarias, sino también para la evaluación global de los pacientes con enfermedad hepática, quienes presentan características fisiopatológicas únicas que deben ser tomadas en cuenta al momento de tomar de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Implementar un protocolo multidisciplinar de valoración cardiológica previa al trasplante hepático en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
2. Ofrecer una valoración cardiológica estructurada, completa y oportuna a los pacientes candidatos a trasplante hepático en la Comunidad Autónoma de Aragón.
3. Disminuir el impacto de las complicaciones cardiovasculares en los pacientes con TOH en la Comunidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0400

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA PREVIA AL TRASPLANTE HEPATICO

Autónoma de Aragón.

MÉTODO

1. Valoración cardiológica en una consulta específica (ya en funcionamiento) de los pacientes candidatos a TOH, referidos de la consulta de valoración pretrasplante del Servicio de Digestivo.
 - a. Determinar indicación, y si procede, despistaje de cardiopatía isquémica
 - b. Valoración de pacientes con sospecha de hipertensión portopulmonar
 - c. Optimización del tratamiento de las patologías cardiovasculares
2. Diseño del Protocolo de Valoración Cardiológica previa al Trasplante Hepático en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
 - a. Criterios de inclusión
 - b. Algoritmo de actuación
 - c. Recomendaciones consensuadas de tratamiento
3. Remitir el protocolo a la Comisión de Calidad y Dirección del Hospital para su aprobación, si procede.

INDICADORES

Se han planificado monitorizar dos tipos de resultados: cobertura y eficiencia:

- Proporción de pacientes trasplantados con valoración cardiológica previa:
Número de pacientes con TOH con valoración cardiológica durante 2019/ Número pacientes con TOH en 2019. Objetivo: 100% de los pacientes con los criterios de inclusión.
- Tiempo desde la solicitud de la valoración hasta la cita en Cardiología. Objetivo: < 2 semanas.
- Mortalidad y Morbilidad de causa cardiovascular en pacientes trasplantados con valoración cardiológica previa.
- Estancia media en UCI y hospitalización en pacientes con TOH y valoración cardiológica previa.

DURACIÓN

Se plantea como una actividad continuada. Se ha comprobado la factibilidad del proyecto, ya que asistencialmente se viene llevando a cabo desde el año 2017.

Se procederá al registro sistemático de la actividad para la evaluación y seguimiento del proceso.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0439

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Fecha de entrada: 08/01/2020

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.

IBÁÑEZ MUÑOZ DAVID
YAGUAS BAREA NEREA
RUIZ ARROYO JOSE RAMON
FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO
LACAMBRA BLASCO ISAAC

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Sesiones de formación para técnicos y facultativos con los profesionales de Philips® para el uso del software de adquisición e interpretación de estudios de RMC (16 al 18 de septiembre de 2019).
2. Diseño del modelo de informe de RMC, incluyendo secuencias utilizadas y parámetros de referencia.
3. Diseño del modelo de solicitud de RMC.
4. No se ha diseñado un modelo de Consentimiento Informado específico dado que ya existe uno para estudios de resonancia magnética.
5. Elaboración de checklist con las indicaciones de preparación de la prueba para enfermería.
6. Sesión de capacitación a los técnicos de radiología.
7. Elaboración de un protocolo de adquisición básico para RMC.
8. Sesión de divulgación del proceso de solicitud de RMC en el HCU para el Servicio de Cardiología.
9. Registro de los estudios realizados en la base de datos.
10. Elaboración de las indicaciones prioritarias de RMC.
11. Revisión y priorización de las solicitudes de RMC.
12. Registro de valores de mapping T1-T2 y VEC para obtener parámetros de normalidad en nuestro centro.
13. Asistencia a cursos de formación en RMC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde que se puso en marcha la RMC en el HCU, el 16 de septiembre de 2019, se han realizado 34 estudios (Hombres 70%, edad media: 53 años). Las principales indicaciones de la prueba fueron: Miocardiopatía: 41%, Cardiopatía Isquémica: 15%, MINOCA (IAM con coronarias sin lesiones): 14% y Miocarditis: 9%. Estas cifras se han alcanzado con la disponibilidad actual del equipo, que es de 2 jornadas al mes para pacientes ambulatorios, y 2 estudios semanales para pacientes ingresados. No se han producido reacciones adversas con el contraste de gadolinio.

Indicadores:

1. Tasa de reducción de RMC externalizada

Desde el mes de octubre de 2019 no se solicitan RMC externalizadas, todas se realizan en el HCU.

2. Tasa de pacientes con MINOCA a los que se les ha realizado RMC

11/11. En todos los pacientes con diagnóstico de MINOCA se ha solicitado RMC desde el mes de octubre de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La RMC está implementada en el HCU, en el momento actual, con una disponibilidad de tiempo de máquina menor a la que la carga asistencial demanda, pero con posibilidad de crecimiento posterior. El rendimiento de las jornadas de RMC también es mejorable, e irá aumentando conforme se perfeccione la formación de los profesionales implicados, especialmente, técnicos de radiología. La priorización de las indicaciones de la RMC ha permitido mantener un tiempo de espera razonable para la prueba.

Hay que destacar el trabajo multidisciplinar como la piedra angular del funcionamiento y éxito de este programa, la estrecha colaboración entre los facultativos del servicio de Radiología y Cardiología ha sido fluida y enriquecedora.

Como objetivos a corto - mediano plazo se plantean la asistencia a cursos de formación por parte de todos los implicados en el proceso para perfeccionar el funcionamiento de la RMC. De igual manera, es fundamental ampliar el tiempo de equipo disponible, ya que la tendencia de solicitudes es a que estas se incrementen de manera considerable. A largo plazo se deberá incluir a la RMC de estrés en la cartera de servicios.

En conclusión, este proyecto de mejora multidisciplinar ha permitido implementar en el HCU una técnica de imagen cardiaca avanzada que en la actualidad es indispensable para la práctica de la Cardiología.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0439

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/439 ===== ***

Nº de registro: 0439

Título
IMPLEMENTACION DE LA RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autores:
CUEVA RECALDE JUAN FRANCISCO, RUIZ ARROYO JOSE RAMON, LACAMBRA BLASCO ISAAC, FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO, IBAÑEZ MUÑOZ DAVID

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 .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Resonancia Magnética Cardíaca (RMC) es la técnica de referencia para la evaluación no invasiva de la morfología, función, perfusión y viabilidad miocárdica, esto conlleva que en la actualidad sea imprescindible para el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías cardiovasculares, como queda reflejado en las guías europeas. Los datos anteriores reflejan que para ofrecer una elevada calidad asistencial es necesario contar con RMC, pero debido a la falta de disponibilidad de esta prestación en nuestro hospital, ha sido necesario externalizar estos estudios. Es así que durante el año 2018 se solicitaron 135 RMC desde el Servicio de Cardiología, con un coste individual de 214€ euros, sumando un total de 28.890€, a lo que habrá que añadir el coste del transporte. Adicionalmente al coste económico, la externalización se acompaña de varias limitaciones: requiere el traslado del paciente fuera del hospital con los consiguientes riesgos, la demora en las citas conlleva un aumento del tiempo de hospitalización, y finalmente, no es posible integrar los hallazgos de la exploración a la discusión de casos complejos o al análisis evolutivo.

Por otra parte, la puesta en marcha de una técnica de la complejidad de la RMC requiere de un equipo multidisciplinar, tal como lo recomiendan la Sociedad Española de Cardiología y de Radiología Médica en su documento de consenso, ya que es la única manera de integrar los conocimientos necesarios para garantizar estudios de calidad.

Por tanto, la implementación de la RMC dentro de un proyecto multidisciplinar permitirá ofrecer a los pacientes una asistencia de calidad en la que se puedan beneficiar de toda la información diagnóstica y pronóstica que ofrece la técnica, además, se conseguirá reducir el gasto económico que representa la externalización de los estudios.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Implementar la realización de Resonancia Magnética Cardíaca en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para dar cobertura a los pacientes del sector III.
2. Reducir el costo económico derivado de la externalización de la Resonancia Magnética Cardíaca.

MÉTODO

- Diseño del Protocolo Operativo, modelo de Solicitud y Consentimiento Informado.

Indicaciones (contempladas para la fase inicial del proyecto)

- Estudio morfológico, funcional y de caracterización tisular en pacientes:
 - con primer episodio de insuficiencia cardíaca por sospecha de miocardiopatía no isquémica.
 - con miocardiopatía hipertrófica, de depósito, arritmogénica o no compactada, o de familiares de primer grado cuando los datos de ecocardiografía no son concluyentes.
 - con dolor torácico, elevación de marcadores de necrosis miocárdica y ausencia de enfermedad coronaria.
 - para determinar la viabilidad miocárdica en pacientes con cardiopatía isquémica crónica cuando se plantea revascularización coronaria.
 - para determinar la función sistólica o presencia de cicatriz del ventrículo izquierdo cuando los datos de ecocardiografía no son concluyentes.
 - del ventrículo derecho, en especial cuando la información obtenida implica cambio en el tratamiento.
 - además de análisis de flujos para la valoración de insuficiencia aórtica/mitral cuando los datos de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0439

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ecocardiografía no son concluyentes.

- La indicación de RMC para valoración de masas, patología de aorta y pericardio se realizará tras la valoración individual de cada caso.

Contraindicaciones.

1. Dispositivos como marcapasos y desfibriladores (modelos no compatibles con la RM), neuroestimuladores y bombas de infusión de insulina.
2. Clip de aneurisma cerebral.
3. Cuerpos extraños oculares metálicos.
4. Implantes cocleares.
5. Claustrofobia intratable.
6. Paciente con inestabilidad hemodinámica.

Contraindicaciones al contraste de Gadolinio.

1. Insuficiencia renal con filtrado glomerular inferior a 30 ml/min o hemodiálisis por riesgo de fibrosis nefrogénica sistémica.
2. Trasplantados hepáticos o pre-trasplante hepático.

INDICADORES

- Tasa de reducción de RMC externalizadas
- Número de RMC realizadas en 2019/ Número de RMC realizadas en 2018.
- Reducción del coste económico al evitarse la externalización de RMC.

Como indicador de cobertura se ha seleccionado una indicación clínica:

- Tasa de pacientes con MINOCA a los que se les ha realizado RMC

DURACIÓN

- Diseño del Protocolo, Modelo de Solicitud y Consentimiento Informado: marzo de 2019.
- El inicio de la actividad se prevé para el 2º trimestre de 2019 y se mantendrá de manera continuada. En las semanas anteriores al inicio de la actividad se difundirá el protocolo y sus indicaciones en el Servicio de Cardiología.
- Se propone de manera inicial realizar RMC durante una jornada de 7 horas cada semana.
- La evaluación de resultados se realizará al finalizar el año 2019.
- Se realizará un registro de los estudios realizados.

OBSERVACIONES

- De manera inicial, y con el objetivo de controlar el número de peticiones, únicamente el Servicio de Cardiología podrá solicitar RMC.
- Todas las solicitudes serán valoradas por los miembros del equipo, quienes determinarán la idoneidad en cada caso.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0533

1. TÍTULO

CONSULTA DE PRE-EVALUACIÓN DE IMPLANTE PERCUTÁNEO TRANSCATETER DE VÁLVULA AÓRTICA (PRETAVI)

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO LINARES VICENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ ARROYO JOSE RAMON
SIMO SANCHEZ BORJA
LUKIC OTANOVIC ANTONELA
JIMENEZ MELO OCTAVIO
IBÁÑEZ MUÑOZ DAVID
DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Marzo-Abril 2019: Organización de la Consulta
Reuniones con profesionales implicados de otros servicios para consensuar criterios: Dr. Ibañez (Radiología) y Dra. Domingo (Geriatría H. Provincial)
Mayo-Junio 2019:
Desarrollo base datos Excel para registrar pacientes
Elaboración de Ficha de Evaluación PRE-TAVI para cumplimentar en la consulta
Septiembre 2019: Presentación de la Consulta y vía de derivación a la misma en Servicio de Cardiología
11 Octubre 2019: Primera citación Consulta PRE-TAVI

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde Octubre de 2019 se han evaluado en la consulta PreTAVI a 16 pacientes

De los mismos:

- 5 han sido derivados a TAVI (HUMS)
- 6 se encuentran pendientes de completar el estudio PreTAVI
- 2 han sido enviados a sustitución valvular quirúrgica tras ser reevaluados en Sesión Médico Quirúrgica
- 3 han sido desestimados para intervención por comorbilidad (2) o diagnóstico impreciso de estenosis aórtica severa (1)
 1. Porcentaje de pacientes del Área III de SALUD remitidos a TAVI desde la consulta PreTAVI del HCU Lozano Blesa: 5/5 (100%)
Indicador de calidad: >80%
 2. Porcentaje de pacientes rechazados para TAVI por estudio PreTAVI incompleto: 0/5 (0%)
Indicador de calidad: <20%
 3. Porcentaje de pacientes rechazados para TAVI por diagnóstico incierto de estenosis aórtica severa, futilidad o riesgo prohibitivo: 0/5%.
Indicador de calidad: <20%
 4. Porcentaje de pacientes del Área III de Salud remitidos a CT preTAVI desde la consulta PreTAVI del HCU Lozano Blesa. Desde Octubre de 2019 se han realizado 7 estudios CT PreTAVI procedentes del Area III: 5 procedieron de la Consulta PreTAVI y 2 de otras consultas de Cardiología. 5/7 (71%). No obstante, aclarar que la exploración de los 2 pacientes que no provenían de la Consulta PreTAVI fueron solicitadas antes de su apertura (demora por temporada de verano en el CT)
Indicador de calidad: >80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido centralizar en una única consulta a los pacientes del área III con estenosis aórtica severa desestimados para sustitución valvular quirúrgica, cumpliéndose los estándares marcados inicialmente. Ninguno de los pacientes ha sido rechazado para TAVI por estudio incompleto. Se han evitado pruebas complementarias innecesarias en pacientes no candidatos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/533 ===== ***

Nº de registro: 0533

Título
CONSULTA DE PRE-EVALUACION DE IMPLANTE PERCUTANEO TRANSCATETER DE VALVULA AORTICA (PRETAVI)

Autores:
LINARES VICENTE JOSE ANTONIO, RUIZ ARROYO JOSE RAMON, SIMO SANCHEZ BORJA, LUKIC OTANOVIC ANTONELA, JIMENEZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0533

1. TÍTULO

CONSULTA DE PRE-EVALUACIÓN DE IMPLANTE PERCUTÁNEO TRANSCATETER DE VÁLVULA AÓRTICA (PRETAVI)

MELO OCTAVIO, IBAÑEZ MUÑOZ DAVID, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La estenosis aórtica degenerativa (EAO) es la valvulopatía más frecuente en nuestro medio, con prevalencia creciente debido al envejecimiento de la población. Para su tratamiento el implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) presenta en la guías de práctica clínica actuales una recomendación clase I en pacientes con riesgo quirúrgico inaceptable y en pacientes con alto riesgo quirúrgico (STS/EuroSCORE II =4% ó EuroSCORE I =10%) estando la TAVI favorecida en pacientes añosos (>75 años) con acceso transfemoral factible.

En la Comunidad Autónoma de Aragón existe desde 2012 un programa de implante de TAVI, cuyo centro de referencia es Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS).

La evaluación pre-TAVI se ha convertido en un punto crítico de la selección de pacientes. Se trata de una evaluación compleja y multidisciplinar y que tiene que responder a las siguientes preguntas:

1. Asegurar el diagnóstico certero de estenosis aórtica degenerativa severa sintomática
2. Definir el riesgo quirúrgico de mortalidad del paciente
3. Definir el riesgo quirúrgico técnico del paciente
4. Definir el status funcional del paciente y esperanza de vida tras TAVI
5. Definir la factibilidad técnica de TAVI

Justificación

A lo largo de los últimos años hemos detectado en el área III del SALUD las siguientes dificultades en la asistencia a los pacientes candidatos a TAVI:

1. Descentralización de la valoración preTAVI
2. Dispersión de los pacientes con diagnóstico de estenosis aórtica severa
3. Diagnósticos dudosos de estenosis aórtica severa
4. Realización de pruebas diagnósticas de dudosa utilidad

Pertinencia de Consulta preTAVI

La creación de una consulta de evaluación preTAVI permitiría:

1. Centralizar a los pacientes candidatos a TAVI
2. Centralizar la solicitud y recepción de resultados de pruebas complementarias de cara a plantear TAVI
3. Centralizar la solicitud CT preTAVI
4. Reevaluación de casos de diagnóstico incierto de estenosis aórtica severa

RESULTADOS ESPERADOS

1. Centralizar a los pacientes candidatos a TAVI del Area III de SALUD en una consulta monográfica de manera que dispongan de un facultativo de referencia en el proceso
2. Asegurar a los pacientes candidatos a TAVI una evaluación homogénea, evitando duplicidad de pruebas
3. Asegurar a los pacientes criterios uniformes y consensuados con unidad de referencia de selección o rechazo para TAVI (beneficio clínico y factibilidad técnica)
4. Establecer diagnóstico de certeza de estenosis aórtica severa en pacientes con diagnóstico incierto previo a TAVI
5. Reducir exploraciones de baja disponibilidad (CT preTAVI) en pacientes sin diagnóstico certero de estenosis aórtica severa o en pacientes con criterios de futilidad de TAVI

MÉTODO

Apertura de vía clínica y consulta monográfica de valoración pre-TAVI para el área III del SALUD, por parte del personal de la Sección de Hemodinámica del HCU Lozano Blesa.

1. El paciente candidato a TAVI sería reevaluado en la consulta.
 2. Evaluación del riesgo Funcional-Geriátrico y comorbilidad orgánica
- Evaluación completa y específica por parte de Geriatria, quien deberá determinar criterios de futilidad (expectativa de vida <1 año ó supervivencia estimada <25% a 2 años) y Riesgo prohibitivo: fragilidad severa, riesgo pre-operatorio de morbilidad >50% a 1 año, y compromiso funcional de 3 o más órganos. Estos pacientes son candidatos a Cuidados Paliativos
3. Realización CT preTAVI
 4. Inclusión en programa de TAVI

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0533

1. TÍTULO

CONSULTA DE PRE-EVALUACIÓN DE IMPLANTE PERCUTÁNEO TRANSCATETER DE VÁLVULA AÓRTICA (PRETAVI)

No existen descritos en la literatura indicadores de la evaluación PreTAVI

Proponemos los siguientes indicadores de calidad:

1. Porcentaje de pacientes del Área III de SALUD remitidos a TAVI desde la consulta PreTAVI del HCU Lozano Blesa.
Indicador de calidad: >80%
2. Porcentaje de pacientes rechazados para TAVI por estudio PreTAVI incompleto
Indicador de calidad: <20%
3. Porcentaje de pacientes rechazados para TAVI por diagnóstico incierto de estenosis aórtica severa, futilidad o riesgo prohibitivo
Indicador de calidad: <20%
4. Porcentaje de pacientes del Área III de Salud remitidos a CT preTAVI desde la consulta PreTAVI del HCU Lozano Blesa
Indicador de calidad: >80%

DURACIÓN

El proyecto deberá permitir la puesta en marcha de la consulta PreTAVI, y establecerla de forma permanente en la Cartera de Servicios del Servicio de Cardiología del HCU Lozano Blesa para los pacientes del Área III del Salud.

Calendario previsto

Marzo 2018: Organización de la Consulta

? Creación de check-list

? Base de datos para almacenar la información de los pacientes (formato Excel)

Abril 2018: Apertura de la Consulta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0895

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DEL ESTUDIO GENÉTICO EN LAS CARDIOPATÍAS FAMILIARES

Fecha de entrada: 28/01/2020

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.

FERREIRA AGUAR ANA ISABEL
ESCOTA VILLANUEVA JAVIER
PELEGRIN DIAZ JUANA MARIA
MESEGUER GONZALEZ DANIEL
MELERO POLO JORGE
RIO SANCHEZ SARA
RUIZ ARROYO JOSE RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El estudio genético constituye una pieza muy importante dentro de los algoritmos diagnósticos de las cardiopatías familiares. Las guías y los documentos de consenso relacionados con las cardiopatías familiares incluyen los estudios genéticos con los más altos niveles de recomendación. Durante el año 2019 se ha desarrollado el proyecto de mejora en las siguientes fases.

Durante la primera fase se han diseñado los algoritmos diagnósticos de los pacientes con sospecha de cardiopatía heredable, así como del estudio de los familiares de los casos índice. Se ha elaborado un documento que detalla las indicaciones prioritarias y secundarias de solicitud del estudio genético en los pacientes con sospecha de cardiopatía familiar. Se ha incluido además una aproximación a los paneles de genes (NGS) más habituales, enumerando aquellos genes que se consideran prioritarios en cada patología.

En la segunda fase se ha realizado una sesión divulgativa en el servicio de Cardiología de las indicaciones de estudio genético en miocardiopatías. Así mismo se ha centralizado la solicitud de los estudios genéticos para su presentación y valoración por parte de la comisión de Genética del hospital.

A lo largo del año se han registrado todas las solicitudes de estudio genético realizadas y en la última fase se han revisado los resultados y el rendimiento de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2019 se solicitaron 44 estudios genéticos en base a los criterios establecidos desde el servicio de Cardiología del Hospital Clínico "Lozano Blesa". El 80% (n=35) fueron solicitados desde las consultas de cardiología general y el 20% (n=7) desde las consultas de la Unidad de Arritmias.

Se realizaron 29 estudios de casos índice y 15 de screening familiar siendo la patología más frecuente en ambos casos la miocardiopatía hipertrófica con un 79% y un 46% respectivamente de los estudios.

Se dispone en la actualidad del resultado de 32 estudios, estando los 12 restantes pendientes de extracción o de la recepción del resultado. Los resultados de los 23 estudios genéticos con resultado en los casos índice son los siguientes: positivos 14% (n=3), variante de significado incierto 43% (n=10) y negativos 43% (n=10). En el caso de los estudios familiares se disponen de 9 resultados siendo 7 de ellos portadores (77.7%) y 2 no portadores (22.3%)

Los datos mostrados se han obtenido del registro del servicio de estudios genéticos e Intranet del hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El estudio genético en cardiología tiene utilidad diagnóstica y aplicación directa en cuanto a la capacidad de ofrecer consejo reproductivo/profesional y organizar el seguimiento de los familiares. En algunas ocasiones también tiene implicaciones en el tratamiento y el pronóstico de los pacientes, si bien es cierto que el principal problema radica en que al estudiar múltiples genes se pueden encontrar variantes cuya patogenicidad actual no es conocida.

Durante el desarrollo del proyecto se ha conseguido:

- Elaboración de un documento con las indicaciones de solicitud de estudio genético divididas en prioridad alta y baja.
 - Asentar las bases para la creación de una consulta monográfica de cardiopatías familiares.
- Como aspectos a mejorar se incluyen:
- Centralizar la atención a las familias con cardiopatías heredables para homogeneizar y elevar la calidad de la asistencia.
 - Creación de protocolos para la actuación médica en estas enfermedades.
 - Reducir el tiempo entre la solicitud del estudio y comunicación del resultado.
 - Aumentar el diagnóstico genético de la miocardiopatía hipertrófica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0895

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DEL ESTUDIO GENÉTICO EN LAS CARDIOPATÍAS FAMILIARES

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/895 ===== ***

Nº de registro: 0895

Título
PROTOCOLIZACION DEL ESTUDIO GENETICO EN LAS CARDIOPATIAS FAMILIARES

Autores:
REVILLA MARTI PABLO, FERREIRA AGUAR ANA ISABEL, ESCOTA VILLANUEVA JAVIER, PELEGRIN DIAZ JUANA MARIA, MESEGUER GONZALEZ DANIEL, RIO SANCHEZ SARA CARMEN, MELERO POLO JORGE, RUIZ ARROYO JOSE RAMON

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las cardiopatías familiares son un grupo de enfermedades heterogéneo caracterizadas por tener una presentación familiar, una base genética y ser potencialmente causantes de muerte súbita.

La genética de las enfermedades cardiovasculares era hasta hace pocos años una herramienta cara y difícil de conseguir, pero con la rápida evolución con las técnicas de next generation sequencing, el estudio genético ha pasado a considerarse una prueba más dentro del arsenal diagnóstico clínico habitual de las cardiopatías familiares. En la actualidad, las guías de práctica clínica lo incluyen con los más altos niveles de recomendación.

La realización de un estudio genético en las cardiopatías familiares tiene un rendimiento de positividad que oscila entre el 20-90% según la patología estudiada. No encontrar una variante patogénica en una familia diagnosticada por criterios clínicos o de imagen no significa que no tenga la enfermedad, sino que probablemente hoy en día no conocemos todos los genes implicados en la misma.

Ante un paciente con una cardiopatía familiar es necesario evaluar a sus familiares ya que existe la posibilidad de que hayan heredado la enfermedad. El estudio genético puede facilitar el estudio familiar en el caso que se haya identificado una variante patogénica en la familia. Además, el diagnóstico temprano de los familiares permite identificar precozmente a los sujetos susceptibles de padecer la enfermedad permitiendo prevenir eventos, instaurar un tratamiento de la enfermedad en estadios más iniciales y realizar un asesoramiento reproductivo.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Establecer el algoritmo diagnóstico general en paciente con sospecha de cardiopatía familiar.
2. Establecer el algoritmo diagnóstico en familiar de paciente con cardiopatía familiar.
3. Establecer criterios de priorización del estudio genético en las cardiopatías familiares.
4. Registro de los estudios genéticos solicitados (casos índice y familiares).

MÉTODO
o Diseño de los algoritmos diagnósticos.
o Sesión divulgativa en el servicio y secciones implicadas.
o Registro de los estudios genéticos solicitados.

INDICADORES
o Número de estudios genéticos solicitados.
o Rendimiento del estudio genético por patología.
o Porcentaje de estudios genéticos de prioridad alta.

DURACIÓN
o Abril 2019 - Realización de algoritmos y criterios de priorización.
o Mayo 2019 - Difusión del protocolo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0895

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DEL ESTUDIO GENÉTICO EN LAS CARDIOPATÍAS FAMILIARES

- o Abril 2019 - enero 2020: Registro de los casos.
- o Febrero 2020: Evaluación de los datos obtenidos.

OBSERVACIONES

- o Bases para establecer una consulta específica de cardiopatías familiares.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1003

1. TÍTULO

CHECK-LIST DIGITALIZADO DEL APARATAJE EN ESTANCIAS HOSPITALARIAS

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE PILAR LOPEZ CUARTERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALTARRIBAS BOLSA ELENA
PAESA GARZA MARIA CRUZ
PEREZ BENDICHO PEÑA
JIMENEZ AGESTA JOANA
CHARLO BERNARDOS MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la creación de un equipo multidisciplinar de los Servicios de Cardiología Intervencionista y Electromedicina del HCU Lozano Blesa, se acordaron los objetivos y el calendario para la puesta en marcha de las actividades, así como las reuniones periódicas del grupo de trabajo. Seguidamente se procedió a inventariar el aparataje de la Unidad y su estado de control, así como si son propiedad del hospital o cedidos, antigüedad, materiales necesarios para su uso (fungibles), etc.. A continuación se estableció y desarrolló, mediante programa Excell, un Check-list del aparataje de la Unidad, que se realiza a diario y queda registrado y centralizado de forma digitalizada. A su vez y de forma paralela, se acordó en siguientes reuniones, elaborar y desarrollar un Sistema de Incidencias, también en forma digitalizada, del aparataje, material, y/u otros efectos de la Unidad, en el que queda pertinencia la tipología de las incidencias, descripción inmediata, solución y fechas de inicio y cierre de la incidencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con la realización diaria (8am) del check-list del aparataje se han hecho correcciones, la mayoría de los casos de falta de material fungible. El registro unificado y centralizado tanto del Check-list como del Sistema de Incidencias nos permite visualizar a cualquier miembro de la Unidad la foto fija y actualizada de como se encuentra los equipos médicos, ya que es de rigurosa importancia en nuestra actividad asistencial, por lo que no se ha registrado ningún evento adverso relacionado con el aparataje de la Unidad. El indicador sobre el N° de pacientes que han sufrido un evento adverso relacionado con aparataje en la Unidad de Hemodinámica mensual ha sido de valor cero.

Otro resultado obtenido en cuanto al número de incidencias detectadas por servicios técnicos/ electromedicina de forma preventiva mensual corresponde a 0,58 por mes. Que a su vez ha permitido agilizar y controlar las revisiones que deben de realizar las firmas comerciales del aparataje dentro de los contratos de cesión establecidos. El indicador en cuanto al N° de incidencias detectadas por servicios técnicos/ electromedicina de forma preventiva mensual tiene un valor de 0,58 al mes.

Como último resultado indicativo hace referencia al número de mantenimientos correctivos, llevados a cabo por el Servicio de Electromedicina de equipos en la Unidad de Hemodinámica, obteniendo una media de 3 mantenimientos correctivos al mes de los equipos en la Unidad de Hemodinámica, lo que ha permitido facilitar y acelerar el estado operativo de los equipos médicos reducción tiempos y coste. El indicador sobre el N° de mantenimientos correctivos de equipos en la Unidad de Hemodinámica mensual tiene un valor de 3 al mes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La sistemática implantada nos está permitiendo registrar cualquier tipo de evento que modifique la actividad asistencial en la Unidad, y determinar su frecuencia. A su vez se han ido implantando modificaciones para hacer dichos registros lo más operativos y accesibles posible, facilitando la participación del personal. Se recomienda mantener en el tiempo la implantación del sistema y registro, de tal forma que se obtengan resultados más globales.

Como proyecto piloto que fue iniciado, consideramos su puesta en marcha en otras Unidades del hospital en las que su actividad asistencial depende en gran medida de aparataje (Ucis, Anestesia, otras..)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1003 ===== ***

N° de registro: 1003

Título
CHECK-LIST DIGITALIZADO DEL APARATAJE EN ESTANCIAS HOSPITALARIAS

Autores:
LOPEZ CUARTERO PILAR, ALTARRIBAS BOLSA ELENA, PAESA GARZA MARIA CRUZ, PEREZ BENDICHO PEÑA, BAÑOS LEDESMA MARIA VICTORIA, JIMENEZ AGESTA JOANA, CHARLO BERNARDOS MARTA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1003

1. TÍTULO

CHECK-LIST DIGITALIZADO DEL APARATAJE EN ESTANCIAS HOSPITALARIAS

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 que requieren de medidas soporte vital
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La innovación en la tecnología y el conocimiento han creado un sistema de salud de enorme complejidad en el que nos desenvolvemos en la actividad asistencial diaria. Algunas unidades y estancias de nuestro hospital (Cardiología Intervencionista- Hemodinámica, Boxes Vitales Urgencias, Unidades de Cuidados Intensivos, Áreas de Anestesia, etc.), están dotadas de material y aparataje necesario para la asistencia de un tipo de paciente que presenta diferentes patologías pero que comparten características similares en cuanto a su riesgo vital. Esta tecnología permite la resolución y la asistencia de situaciones de alto riesgo generando entornos complejos y la disposición de que el equipamiento soporte funcione correctamente. El uso de un check-list de aparataje en un formato digitalizado, va servir para trabajar de forma estandarizada, homogénea, y segura, tanto para profesionales habituales como para los de nueva incorporación, y personal de sustituciones / vacaciones. Lo que hará que se cree un ámbito laboral de seguridad, que garantizará una mejora de la calidad asistencial. El formato electrónico permite que la información de varios actores del ámbito de la salud converjan en una base de datos estructurada, y que los problemas causados o cualquier otra inconsistencia de datos pueden solucionarse con gran eficacia. Por lo que se establecería un vínculo o link con electromedicina / servicios técnicos, y/o supervisión de la unidad, y la creación de una incidencia de forma inmediata lo que facilitará y agilizará la resolución del problema, tanto por parte de estos servicios o de la casa comercial si fuese necesario, encontrando en ésta otra de la ventajas de la digitalización ya que ayudaría a desburocratizar el sistema.

RESULTADOS ESPERADOS

- Evitar y/o reducir posibles eventos adversos relacionados con el aparataje.
- Crear un entorno laboral de seguridad a través de una forma estandarizada y homogénea de verificación del aparataje en la actividad asistencial diaria.
- Control y mantenimiento preventivo del aparataje y su material necesario siempre en condiciones óptimas.
- Unificación y coordinación en los registros de verificación del funcionamiento del aparataje.
- Conocimiento y participación de los profesionales en la implantación de prácticas seguras.

MÉTODO

Mediante la creación de un equipo multidisciplinar describir y poner en marcha un proyecto piloto en la unidad de cardiología intervencionista diseñando una lista de verificación o check-list del aparataje utilizado a diario (respirador, monitor desfibrilador, aspirador, marcapasos, material IOT, balón contrapulsación, etc.) tanto en codificación e identificación de equipos, como su mantenimiento y correcto funcionamiento. Posteriormente se trasladará a una plataforma excell realizando las correcciones oportunas consiguiendo un registro único, accesible y de fácil uso. En fases posteriores se estudiaría la posibilidad de extrapolar a otras unidades antes mencionadas, y la creación de un programa informático unificado y coordinado a nivel hospitalario.

INDICADORES

- 1- Elaboración de check-list de seguridad del equipamiento en la Unidad de Hemodinámica.
- 2 - N° de intervenciones demoradas por aparataje no operativo mensual.
- 3- Tiempo medio de demora por intervención por aparataje no operativo mensual.
- 4- N° de mantenimientos correctivos de equipos en la Unidad de Hemodinámica mensual.
- 5-N° de incidencias detectadas por servicios técnicos/ electromedicina de forma preventiva mensual.
- 6-N° de pacientes que han sufrido un evento adverso relacionado con aparataje en la Unidad de Hemodinámica mensual.
- 7- Grado de seguridad de los profesionales de la Unidad de Hemodinámica tras el uso de listado de verificación de aparataje digitalizado.

DURACIÓN

El proyecto piloto se desarrollará a lo largo del 2019 (fecha de comienzo Febrero 2019), con reuniones quincenales y/o mensuales y difusión por parte del mismo equipo inicial. En fases posteriores se irá ampliando a otros profesionales según necesidades y puesta en marcha.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1003

1. TÍTULO

CHECK-LIST DIGITALIZADO DEL APARATAJE EN ESTANCIAS HOSPITALARIAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1008

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR (ENFERMERIA Y CARDIOLOGIA) EN EL PACIENTE AMBULATORIO CON INSUFICIENCIA CARDIACA DEL CME MONCAYO. SECTOR III

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE OCTAVIO JIMENEZ MELO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNAEZ BRUNA LAURA
ANEL GRACIA SILVIA
PASCUAL GONZALEZ BEATRIZ
ORCASTEGUI DELSO JUAN LUIS
ASENSIO CARNICERO MARA
MARINA GOMEZ ABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Captación por parte del Facultativo Especialista de Área de Cardiología (Dr. Jiménez Melo) de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y que pudieran beneficiarse de un seguimiento más estrecho por parte del personal de Enfermería del CME Moncayo.

- Un promediode 20 atenciones presenciales: primera entrevista por personal de Enfermería de 30 minutos de duración en la que se interrogaba sobre: alergias medicamentosas conocidas, medicación actual del paciente, patologías cardiológicas y de otra índole, hábitos tóxicos, últimas descompensaciones por IC y un apartado abierto para que el paciente exprese lo que considere necesario que debamos saber. En la primera consulta se realizaba una exploración física (tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, cálculo de índice de masa corporal, coloración de la piel, existencia o no de edemas). Además, valoración de Enfermería basándose en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. En base a todo lo anterior se deducían los Diagnósticos de Enfermería según la clasificación NANDA para trabajar sobre los mismos en las posteriores visitas con nuestros pacientes diana. Con todos los datos objetivos y subjetivos recopilados se clasificaba la clase funcional de la NYHA (New York Heart Association). Al inicio y al final del programa de realizaba el test de Minessota para cuantificar la calidad de vida de los pacientes con IC.

- Se realizaron 2 sesiones grupales para paciente y familiares. Se realizaron en sala de reuniones con diapositivas powerpoint.

- 8 Atenciones telefónicas a pacientes en los que se preguntaba situación clínica, valorar tolerancia a cambios de medicación realizada por el cardiólogo, etc.

- 20 atenciones presenciales no programadas a los pacientes a los que se había pautado nuevos tratamientos y que precisaran seguimiento estrecho para ajuste de dosis, valorar resultados de laboratorio, etc.

- Teniendo todos los datos recopilados se valoraba con calculadoras de riesgo cardiovascular validadas el riesgo de muerte por IC, reingreso y muerte + IC (antes y después del programa).

- En cuanto al calendario marcado se ha cumplido con el calendario marcado a los 3 y 6 meses del proyecto.

- Los recursos empleados han sido los propios profesionales implicados en el proyecto (Cardiólogo, enfermería y administrativo), las instalaciones del CME Moncayo (la sala multiusos para las sesiones grupales en las que nos ayudábamos de soporte informático y las consultas tanto de cardiología como de enfermería en la que teníamos todo el material necesario como tensiómetro, báscula de peso...)

- Para la realización del proyecto se realizó material específico de formación por parte de los profesionales (diapositivas powerpoint), modelo de historia en papel para rellenar los datos específicos del programa.

- Para la promoción de los resultados se realizaron 3 comunicaciones para congresos científicos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- En los primeros 6 meses se incluyeron 12 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca. La intervención en el grupo consistió en un total de 20 consultas presenciales con enfermería, 8 llamadas telefónicas, 2 sesiones educativas grupales teóricas y las consultas con Cardiología.

- Las características basales de los fueron las siguientes: edad media 74 años. El 33% eran mujeres y el 67 % varones. Sólo el 8% con hábito tabáquico activo y un 25 % con hábitos enólicos. EL 83 % reconocían no realizar actividad física regular. El 83% refería realizar alimentación equilibrada. Al inicio del programa un 34 % se encontraban en la clase funcional II de la NYHA, y un 66 % en clase funcional III.

- Se calculó la variación de las variables clínicas y analíticas PRE y POST intervención. Tras la optimización del tratamiento ajustado a las guías de práctica clínica; se consiguieron los siguientes resultados:

* Disminución de 4 puntos de media en los valores de Tensión arterial sistólica.

* Disminución de 1 punto de media en los valores de frecuencia cardíaca basales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1008

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR (ENFERMERIA Y CARDIOLOGIA) EN EL PACIENTE AMBULATORIO CON INSUFICIENCIA CARDIACA DEL CME MONCAYO. SECTOR III

- * Disminución de 0,74 puntos de media en los valores de peso.
- * Aumento de 1 punto de media en los valores de FEVI.
- * Aumento de 5 puntos de media del Filtrado Glomerular.
- * Disminución de 0,2 puntos de media en la Hemoglobina glicosilada.
- * Disminución de 0,2 puntos de media en LDL colesterol.
- * Disminución de 1438 puntos de media en los valores de NTproBNP

La optimización del tratamiento médico consistió en ajuste de diuréticos e inicio o ajuste de IECAs/BRA/ARI/ARM/DAI/TRC.

- Se calcularon PRE y POST intervención el "riesgo de muerte a 1 año", "riesgo de ingreso por IC a 1 año" y "combinado de riesgo de muerte IC o ingreso IC a 1 año". Estos cálculos se realizaron a través de la herramienta validada BCN Bio HF calculator la cual utiliza una combinación de diversas variables clínicas (edad, sexo, clase funcional de la NYHA, filtrado glomerular renal estimado, sodio, hemoglobina, y fracción de eyección de ventrículo izquierdo), variables de tratamiento (dosis de diurético de asa, tratamiento con estatinas, betabloqueantes e IECA-ARA2), conjuntamente con una combinación de nuevos biomarcadores.

- * Calculo riesgo de muerte: se consiguió una disminución de 9 puntos de media.
- * Calculo riesgo de ingreso por IC: se consiguió una disminución de 1 punto de media.
- * Calculo de riesgo de muerte o ingreso IC: se consiguió una disminución de 7 puntos de media.

- La expectativa media de vida a través de la calculadora validada bioHF, se calculó que PRE intervención era de 4.33 años y la que la expectativa media de vida POST intervención es de 6 años, consiguiéndose pues una aumento de 1.7 puntos de media en expectativa de vida.

- En la consulta inicial el test MLWHF ("Minnesota Living With Heart Failure") tuvo una puntuación media de 33 puntos y a los 6 meses de la intervención una puntuación media de 26 puntos lo que supone una disminución de 7 puntos, que supone mejoría de calidad de vida percibida por los pacientes.

- 7 pacientes tenían indicación de hierro I.V. por déficit de hierro. No se administró hierro I.V. por no contar con su disponibilidad en el centro.

- Se valoraron las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson en todos los participantes y los diagnósticos de enfermería NANDA trabajando en las siguientes consultas en base a esto.

- Durante el programa hubo 5 descompensaciones en total que requirieron acudir a Urgencias.

- En la primera visita y al final del programa rellenaron el cuestionario "Minnesota Living With Heart Failure"(MLWHF) que es el instrumento más utilizado para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca y que contiene 21 ítems y dos dimensiones: física y emocional. En la consulta inicial el test MLWHF tuvo una puntuación media de 33 puntos y a los 6 meses de la intervención una puntuación media de 26 puntos lo que supone una disminución de 7 puntos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La importancia del equipo multidisciplinar para paciente con IC queda demostrada en la mejora de calidad de vida del paciente medido a través del cuestionario "Minnesota Living With Heart Failure"(MLWHF).

- Queda demostrado la mejoría en la optimización del tratamiento médico de los pacientes en el programa.

- Se cumplieron los objetivos en la disminución del riesgo de muerte y de ingresos por IC en los participantes del programa.

- Tras la intervención se consiguió aumentar el cálculo en la expectativa de vida de los pacientes.

- Se consiguió identificar variables clínicas y diagnósticos de enfermería en los cuales enfocar el seguimiento.

- Valoramos la disposición de la subdirecciones en facilitar tiempo al personal de enfermería para la organización de este proyecto. Sin embargo, quisiéramos mejorar dicho aspecto y poder contar con una agenda de citación semanal para la dedicación a la consulta.

- Realizar en próximas consultas la valoración de la adherencia al tratamiento.

- Necesidad de disponer en nuestro centro por ser zona de difícil acceso al Hospital clínico, de la posibilidad de administración de hierro IV. 7 pacientes de los primeros 6 meses se beneficiarían de dicha terapia consiguiéndose según los estudios mejoría de la clase funcional de la IC, disminución del 41 % de la mortalidad cardiovascular y hospitalizaciones cardiovasculares; además, disminución de un 59 % de ingresos por IC. Para esto sugerimos contar en el centro con posibilidad semanal de la administración y hierro IV. Del centro, se beneficiarían además los pacientes de Ginecología que hasta ahora tienen que acudir a Zaragoza.

- La participación de un componente administrativo ha facilitado la realización del proyecto al contar el mismo en la localización de pacientes, citaciones, organización de agendas del proyecto, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1008

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR (ENFERMERIA Y CARDIOLOGIA) EN EL PACIENTE AMBULATORIO CON INSUFICIENCIA CARDIACA DEL CME MONCAYO. SECTOR III

- Queda en evidencia que tratamos con una población del sector III diferente (difícil acceso al centro, distancia con H. Clínico como centro de referencia, pacientes mayores, medio rural).

- Se puede optimizar aún más el tratamiento médico en la búsqueda de optimizar valores clínicos y analíticos; para esto se necesita continuación del programa en próximas ediciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1008 ===== ***

Nº de registro: 1008

Título
PROGRAMA DE INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR (ENFERMERIA Y CARDIOLOGIA) EN EL PACIENTE AMBULATORIO CON INSUFICIENCIA CARDIACA DEL CME MONCAYO. SECTOR III

Autores:
JIMENEZ MELO OCTAVIO, ANEL GRACIA SILVIA, HERNAEZ BRUNA LAURA, PASCUAL GONZALEZ BEATRIZ, ORCASTEGUI DELSO JUAN LUIS, ASENSIO CARNICERO MARA, MARINA GOMEZ ABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO MONCAYO

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

La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad que por su prevalencia e impacto sobre la salud es objeto de una continua búsqueda de medidas eficaces para su manejo. En España constituye la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años. La prevalencia de la IC aumenta exponencialmente con la edad y con la pirámide poblacional en nuestro medio supone un incremento de la carga asistencial y de la utilización de recursos sanitarios, representando entre el 1,5-2 % del gasto sanitario. La mortalidad entre pacientes ambulatorios con IC va desde el 6 al 37%, y aunque ha disminuido en los últimos años, se siguen buscando estrategias que disminuyan de manera significativa los reingresos y descompensaciones. Como respuesta a esta necesidad han nacido unidades de manejo multidisciplinar donde destaca el rol de enfermería en el manejo del paciente cardiológico ambulatorio. Nuestra consulta de Cardiología del CME del Moncayo no se escapa a esta realidad, además, contamos con problemas añadidos como lo son mayor porcentaje de población con edad avanzada y población de medio rural con dificultades de acceso. Considerando la importancia de la IC, el medio en el que se encuentra nuestra consulta y la figura demostrada en la enfermería en los programas de atención multidisciplinar justificamos la pertinencia de iniciar un programa de atención de Enfermería al paciente cardiológico de nuestro centro. Constituiría además proyecto piloto como consulta de Enfermería de este perfil en el sector III.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es la creación de una consulta de enfermería que se desarrolle simultáneamente a la consulta de Cardiología. Los objetivos están muy bien definidos y son:

1. Reducir los reingresos por IC.
2. Reducir el riesgo de muerte y el riesgo de ingreso por IC.
3. Mejorar la calidad de vida relacionada con la IC.
4. Incrementar el nivel de autocuidado de los pacientes.
5. Alcanzar un perfil de tratamiento médico adecuado a las guías de actuación clínica.
6. Medir el impacto del rol de enfermería en el manejo del paciente IC.

Se seleccionarán los pacientes con diagnóstico de IC que sean valorados en la consulta de Cardiología del CME Moncayo y que en conjunto (Cardiólogo-enfermería) se considere que se pueda beneficiar del programa. El programa tendrá duración de 12 meses.

MÉTODO

Las actividades se basarán en 4 aspectos: ACTUACIÓN EDUCATIVA (pacientes y familiares). ADECUACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1008

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR (ENFERMERIA Y CARDIOLOGIA) EN EL PACIENTE AMBULATORIO CON INSUFICIENCIA CARDIACA DEL CME MONCAYO. SECTOR III

TERAPÉUTICA (supervisión/titulación de fármacos). EVALUACIÓN CLINICA (estatus del paciente). APROXIMACIÓN DE NIVELES ASISTENCIALES (facilitar el contacto con la asistencia sanitaria).

El plan de atención a los pacientes consistirá en:

- Atención programada: valoración a la entrada al programa, a los 3, 6 y 12 meses. En la primera consulta se realizará valoración inicial por enfermería (FRCV, tratamiento, IMC, diuresis, edemas, etc). Valoración de la situación antes del inicio del programa: adherencia al tratamiento, número de ingresos y descompensaciones al año, necesidades básicas de Virginia Henderson, calidad de vida, etc. En consultas sucesivas valoración de los cambios y mejoras en dichos aspectos.

- Atención no programada: pacientes a los que se pauten nuevos tratamiento que precise titulación (diuréticos, antiHTA, etc) que precisen seguimiento estrecho para ajuste de dosis y evitar complicaciones. Citados a demanda de Enfermería y Cardiología.

- Atención telefónica: para casos muy seleccionados con difícil acceso al centro sanitario (medio rural, limitación movilidad, etc) a los cuales se pueda preguntar por síntomas o signos de alarma que precisen valoración.

- Sesiones planificadas de educación: durante los 12 meses se realizarán 3 sesiones educativas grupales.

INDICADORES

A los 3, 6 y 12 meses se revalorará a todos los pacientes. Se monitorizarán las mejoras respecto al inicio del programa y los resultados con:

1. Cuestionarios de calidad de vida (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire).
2. Adherencia al tratamiento (test de batalla, test Morisky-Green).
3. Valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y los diagnósticos de enfermería de la NANDA.
4. Mediremos y comparemos respecto al año previo la tasa de reingreso por IC y por otras causas.
5. Tasa de descompensaciones que precisan valoración Urgencias o MAP.
6. Mediante el score validado BioHF calculator se valoraran 3 aspectos específicos para ver si ha variado respecto al inicio del programa: riesgo de muerte, riesgo de ingreso por IC, riesgo de muerte o ingreso por IC.

DURACIÓN

Inclusión por parte de Enfermería y Cardiólogo de Tarazona desde la aprobación del proyecto. Se finalizará a los 12 meses de inclusión de cada paciente, siendo prorrogable según los resultados obtenidos. Numeral 6.

OBSERVACIONES

Valorar 6to componente por administrativo.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 24/02/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Análisis del año 2018: Se ha realizado un análisis retrospectivo de los 61 pacientes atendidos en urgencias del HCU con ICP primaria realizada en HCU en el año 2018. Se han detectado demoras sustancialmente más prolongadas que los tiempos óptimos recomendados por las guías (HCU- demora de activación 55 min, demora de traslado 25 min, demora de sala 22 min, demora de sistema 100 min (medianas)- supone unos 30 min por encima de los tiempos recomendados). En muchos de los casos no ha sido posible determinar la hora del ECG. Más de 50% de los analizados han sido valorados por Cardiología previo a la activación del Código. El análisis de los datos no permite determinar de forma fidedigna cual es el principal determinante del alargamiento de las demoras ya que alguna de las actuaciones o bien no están registradas o no disponen de registro de la hora de su realización. Resumen de las recomendaciones internacionales: Una demora < 10 min para realización e interpretación del electrocardiograma (ECG). Una demora < 10 min desde el diagnóstico hasta fibrinólisis (valorar reperusión a los 60- 90 min). Una demora <60 minutos desde diagnóstico hasta ICP primaria (ICPp) (paso de la guía). Los pacientes transferidos para ICPp deberían ir directamente a hemodinámica. Todos los SCACEST deben permanecer monitorizados.

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

Tras ello, se ha realizado un análisis retrospectivo de los 74 pacientes atendidos en urgencias del HCU con ICP primaria realizada en HCU en el año 2019. A pesar de haber notado una reducción de los tiempos de actuación respecto al año 2018, se han detectado demoras más prolongadas que los tiempos óptimos recomendados por las guías (HCU- demora de activación 33 min, demora de traslado 27,5 min, demora de sala 24,5 min, demora de sistema 92 min (medianas)- supone unos 22 min por encima de los tiempos recomendados). La revisión ha permitido recoger la hora de realización del ECG en muchos más pacientes que el año anterior, por lo que ha sido posible establecer la demora de diagnóstico (puerta-realización del ECG) en 9 minutos de mediana. Más de 60% de los analizados han sido valorados por Cardiología previo a la activación del Código, hecho que se mantiene similar o mayor que el año anterior. De hecho, en 2019 todos los pacientes remitidos a urgencias por parte de hemodinámica por dudas diagnósticas han sido valorados por Cardiología antes de activar Código infarto. En concreto, un 62,8% de los pacientes con SCACEST han sido valorados por Cardiología, 73% de los transferidos y 58,7% de los que han acudido a urgencias por sus propios medios. Se requiere de un análisis en profundidad del porqué de tanta demanda de valoración por Cardiología: por dudas diagnósticas? Por desconocimiento del protocolo? Etc... Los datos demuestran que en aquellos pacientes que acuden por sus propios medios, son valorados por profesionales de Urgencias quienes posteriormente solicitan una valoración por Cardiología son los pacientes que presentan mayores demoras y representan situaciones en las que hay que profundizar el análisis. Si es el personal de Urgencias el que activa el Código Infarto son los pacientes con los mejores tiempos de actuación y esa sería la actuación ideal a la que habría que aspirar, igual no en 100% de los casos pero mucho más que los 50% que observamos en la actualidad. Así mismo, las demoras de sala y de traslado se mantienen estables, unos minutos más prolongadas que el año anterior con más picos de sobrecarga que el año previo. No se ha realizado ninguna actuación formativa ni informativa a nivel de los celadores del hospital.

Desarrollo proyecto:

CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR: Como parte del trabajo inicial se ha sugerido la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por FEAs de Servicio de Urgencias, DUEs de Urgencias, FEAs de Cardiología, FEAs de Hemodinámica, DUEs de Hemodinámica, FEAs de UCI, Celadores y Residentes que actualmente está prácticamente definido.

ALGORITMO DE RECOGIDA DE TIEMPOS DE ACTUACIÓN: Dado que durante el análisis retrospectivo de los datos se han detectado varios fallos-problemas a la hora de la recogida de información útil para monitorizar los tiempos de actuación, se ha decidido crear de forma provisional una hoja de registro unificada que engloba los tiempos

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

1. TÍTULO

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

de actuación desde el inicio de los síntomas y a través de las diferentes fases de atención del SCACEST por las que ha pasado cada paciente en concreto. Se consideró no viable en la actualidad acudir al formato electrónico del registro de las actuaciones ya que el sistema actual no permite recoger todas las variables y no disponemos de medios materiales ni personales para la elaboración de un programa informático dedicado a ello. El registro de actuaciones del Código Infarto actualmente no está en funcionamiento por lo que se ha considerado esta vía como la única factible de cara a monitorizar nuestras actuaciones a nivel local. Según el lugar del primer contacto médico se deberán de rellenar diferentes campos del algoritmo. Los algoritmos de muestran en la hoja adjunta. El médico que atiende al paciente en cada paso es el responsable de recoger dicha información, siendo el hemodinamista el último escalón del mismo. La recogida de los datos del algoritmo se realizará de forma prospectiva, recurriendo solamente de forma puntual a su cumplimentación de forma retroactiva, siempre lo más cercano al momento de la actuación. Se ha decidido de momento analizar los datos recogidos de la información solamente en las semanas en las que nuestro centro es el centro de referencia de alerta de hemodinámica, aunque esto no excluye que se proceda a la recogida de información de todos los SCACEST que puedan ser atendidos en nuestro Servicio de Urgencias, aunque posteriormente se trasladen para la realización de cateterismo cardiaco al Hospital Miguel Servet. Dicho registro quedará almacenado en Hemodinámica. De cara a unificar los criterios de cumplimentación, se ha procedido a elaborar un glosario de términos que se detalla a continuación.

DEFINICIONES: De cara a unificar los criterios y evitar sesgos a la hora de recoger los datos, se han definido cada variable a recoger de la siguiente forma:

- Fecha y hora de inicio de síntomas: Se intentará recoger la hora y minutos más aproximados del momento del inicio de síntomas. Para ello nos basaremos en las definiciones de American College of Cardiology Foundation/American Heart Association (ACCF/AHA) Task Force on Clinical Data Standards: En los casos en los que los síntomas son claramente definidos, se considerará como momento de inicio de síntomas el momento en el que el paciente nota por primera vez los síntomas isquémicos que duren ≥ 10 min. Si el paciente presenta síntomas intermitentes, anotar la fecha y la hora-min del síntoma de isquemia más reciente antes de llegar al hospital. Si los síntomas varían en cualidad o intensidad, considerar la hora de inicio aquella en la que los síntomas se hacen constantes en intensidad o características. Los síntomas que se tendrán en cuenta son dolor u opresión torácica, de mandíbula o brazo, disnea, náuseas o vómitos, cortejo vegetativo u otros equivalentes sugestivos del infarto. A pesar de que entendemos que puedan existir variabilidades interpersonales, tanto en la identificación y definición de los síntomas por parte del paciente, como en la manera de interpretar los síntomas por parte de los profesionales, se procurará llegar a una hora aproximada del inicio de los síntomas en cada paciente.
- ECG diagnóstico de SCACEST o equivalente: Se considerará como ECG diagnóstico aquel registro realizado con calibración estándar de 10 mm/mV, en el contexto clínico adecuado, en el que se objete alguna de las siguientes alteraciones: Elevación del ST a nivel del punto J en al menos 2 derivaciones contiguas mayor de 2,5 mm en varones menores de 40 años, 2 mm en hombre de igual o más de 40 años o de 1.5 mm en mujeres en derivaciones V2-V3 y/o 1 mm en otras derivaciones (en ausencia de HVI o BRIHH). En pacientes con IAM inferior se deberán realizar derivaciones precordiales derechas (V3R y V4R) para detectar infarto de VD (deberá existir una elevación mayor o igual a 0.5 mm. Descenso del ST en V1-V3, especialmente si onda T positiva equivale a elevación del ST y debería ser confirmada mediante derivaciones posteriores V7-V9 en las que se deberá objetivar una elevación de al menos 0,5 mm para diagnosticar infarto posterior. BRIHH o BRDHH de nueva aparición. Ausencia de elevación del ST pero con presencia de los síntomas isquémicos sugestivos de infarto junto a al menos uno de los siguientes: inestabilidad hemodinámica o shock cardiogénico, dolor torácico recurrente refractaria al tto médico, arritmias malignas o PCR, complicación mecánica del infarto, edema agudo de pulmón o elevación intermitente del ST.
- Dudas diagnósticas: Se marcará como causa de no ir directamente a la sala de hemodinámica esta opción en caso de: Considerarse que el ECG inicial no cumpla con los criterios arriba descritos. Considerarse el cuadro clínico no compatible (paciente asintomático, paciente con clínica muy prolongada, atípica...).
- Inestabilidad hemodinámica: Se marcará como causa de no ir directamente a la sala de hemodinámica esta opción en caso de necesidad imperiosa de pasar el paciente por la sala de urgencias vitales para su estabilización previo el paso a hemodinámica.
- Sala ocupada: Se marcará como causa de no ir directamente a la sala de hemodinámica esta opción en caso de no poder pasar al paciente directamente a la sala debido a la ocupación de la sala de hemodinámica, obligando a mantener el paciente monitorizado más tiempo en la sala de urgencias vitales.
- Hemodinamista recomienda valoración en urgencias: Se marcará como causa de no ir directamente a la sala de hemodinámica esta opción en caso de que haya sido el hemodinamista, tras comentar el caso telefónicamente, el que haya decidido solicitar valoración previa en el servicio de urgencias.
- Hora de llamada a cardiología: Se considera la hora y minuto en la que el personal médico de urgencias solicite telefónicamente la colaboración de Cardiología de guardia.
- Hora de atención por cardiología: Se considera la hora y minuto en la que el personal médico de guardia de Cardiología acude a urgencias para valorar al paciente.
- Hora de llamada a hemodinámica: Se considera la hora y minuto en la que se solicita activación del Código Infarto mediante llamada telefónica o conversación directa con el hemodinamista de guardia o en activo.
- Hora de aceptación por hemodinámica: Se considera la hora y minuto en la que se acepta para la realización de cateterismo cardiaco.
- Hora de salida de urgencias: Se considera la hora y minuto en la que el paciente abandona el Servicio de Urgencias para ir hacia la sala de Hemodinámica.
- Hora de llegada a la sala: Se considera la hora y minuto en la que el paciente llega a la sala de Hemodinámica
- Hora de inicio del procedimiento: Se considera la hora y minuto de la punción arterial.
- Hora de paso de guía: Se considera la hora y minuto de en la que se consigue cruzar la lesión con guía de

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

1. TÍTULO

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

angioplastia.

- Hora de finalización del caso: Se considera la hora y minuto en la que se retiran los catéteres dando por finalizado el procedimiento.
 - Demora llegada a urgencias- realización del ECG diagnóstico: Definido como el tiempo que transcurre desde que el paciente llega al Servicio de Urgencias hasta la realización e interpretación del electrocardiograma como diagnóstico del SCACEST. También denominado Demora de diagnóstico.
 - Demora ECG -llamada: Definido como el tiempo que transcurre desde que se interpreta el ECG como diagnóstico del SCACEST hasta que se realiza la llamada a hemodinámica. También denominado Demora de activación.
 - Demora llamada/aceptación - llegada a la sala de hemodinámica: Definido como el tiempo que transcurre desde que se contacta con hemodinámica, se acepta al paciente para cateterismo cardiaco y se traslada desde urgencias hasta la sala de hemodinámica. También denominado Demora de traslado.
 - Tiempo sala-guía: Definido como el tiempo que transcurre desde que el paciente llega a la sala hasta el paso de la guía de angioplastia a través de la lesión responsable del infarto. También denominado Demora de sala.
- ANÁLISIS DE LOS POSIBLES FACTORES CONTRIBUYENTES A LAS DEMORAS: Para poder analizar los posibles factores contribuyentes a las demoras previamente objetivadas, se ha realizado un brainstorming del grupo y se han detectado factores variopintos en dependencia del punto de vista de las diferentes categorías y ubicaciones profesionales. En general, se han desglosado los diferentes tiempos de actuación de cara a poder analizar de forma más detallada cada uno de los componentes de Demora del sistema quedando distribuidos de la siguiente forma:
- Demora llegada a urgencias- realización del ECG diagnóstico (Demora de diagnóstico): Definido como el tiempo que transcurre desde que el paciente llega al Servicio de Urgencias (contabilizado desde la admisión electrónica del paciente en el Servicio de Urgencias) hasta la realización e interpretación del electrocardiograma como diagnóstico del SCACEST. Factores detectados: No se interpretan bien los síntomas. Se tarda en hacer ECG (sobrecarga asistencial, traslado del paciente de una camilla a otra). Se tarda en interpretar ECG (sobrecarga asistencial, no se avisa a médico adjunto/residente). No se interpreta correctamente el ECG (falta de conocimientos-formación, excesiva rotación del personal, derivación de responsabilidad a los residentes). Los ECG previos no digitalizados, no puedo comparar en caso de duda. El aparato de ECG no disponible (recursos materiales). Vital ocupado (sobrecarga asistencial). Sobrecarga en triaje (puede demorarse hasta 1 hora en situaciones de sobrecarga asistencial). Falta de concienciación sobre el tema. No puedo acceder a HCE. Se solicita desde hemodinámica valoración por Cardiología previa a la activación, pero Cardiología lo desconoce.
 - Demora ECG -llamada (Demora de activación): Definido como el tiempo que transcurre desde que se interpreta el ECG como diagnóstico del SCACEST hasta que se realiza la llamada a hemodinámica. Factores detectados: El 061 tarda en contestar- pasas por varios filtros. El hemodinamista no responde. Falta de conocimiento del procedimiento de activación (no sé el numero, no sé cómo se hace). No me atrevo a llamar. Igual que lo vea primero Cardiología para asegurarme. Experiencias personales: El otro día llame por uno más claro y lo rechazaron, este seguro que también, para qué llamar... Disponibilidad del teléfono para hablar con 061. El hemodinamista no lo ve claro y solicita valoración por cardiología. Cardiólogo de guardia ocupado- sobrecarga de llamadas (no se dispone de 2º llamada).
 - Demora llamada/aceptación - llegada a la sala de hemodinámica (Demora de traslado): Definido como el tiempo que transcurre desde que se contacta con hemodinámica, se acepta al paciente para cateterismo cardiaco y se traslada desde urgencias hasta la sala de hemodinámica. Factores detectados: El desplazamiento del personal de hemodinámica desde su domicilio hasta el hospital (guardia localizada). Traslado hasta la sala de hemodinámica- disponibilidad de los celadores. Preparación del paciente para el traslado (monitor, bombas de perfusión, respirador, ropa).
 - Tiempo sala-guía (Demora de sala): Definido como el tiempo que transcurre desde que el paciente llega a la sala hasta el paso de la guía de angioplastia a través de la lesión responsable del infarto. Factores detectados: Sala de hemodinámica ocupada (solo disponible una sala). No se dispone de celador propio de hemodinámica en horario de guardia. Personal justo en horario de guardia. Formación y destreza del personal. Disponibilidad del material adecuado
 - Factores generales relacionados con el proceso: Definidos como factores transversales que no encajan en concreto en ninguna de las categorías arriba descritas: Factores detectados: Se desconoce y no se sigue el protocolo local. Falta de actualización del Código Infarto Aragón a las Guías de práctica de SCACEST. Confusión entre los criterios de activación entre los dos hospitales con hemodinámica. No se realizan mediciones para reforzar los incumplimientos. Falta de auditoría de los datos. Falta de feed back entre los distintos servicios implicados en la atención. Portal de recogida de datos poco operativo (casilla de código infarto en el PCH). Falta de disponibilidad de informáticos. No hay un registro vigente. Falta de definición de los términos/ variables. Personal poco estimulado. Dificultad de formar y de contratar personal formado.
- DIAGRAMA DE ISHIKAWA (ESPINA DE PESCADO): Para la elaboración de Diagrama de Ishikawa los factores contribuyentes arriba descritos se han dividido en las siguientes categorías: Recursos humanos, Recursos materiales / infraestructuras, Sistemas de información y registro y Proceso. Los diferentes componentes de cada uno de ellos se pueden ver en el propio diagrama.
- ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE RIESGOS CON AMFE: Para la elaboración y análisis de AMFE el proceso de asistencia del SCACEST se ha dividido según el esquema adjunto.
- Etapas:
Etapa 2: Difusión entre los profesionales y explicación de la importancia del registro. Recogida de datos. Etapa 3: Reuniones trimestrales del grupo de cara a revisar los casos recogidos y auditar las demoras (detección de riesgos). Recogida de las demoras, primer ECG (o ECG diagnóstico de SCACEST) y cateterismo para cada paciente. Análisis causa raíz para los potenciales eventos adversos graves derivados de las demoras. Generación de un informe en cada reunión con feed back en los dos servicios. Etapa 4: Creación de un informe anual con propuesta de plan de contingencia de corrección de riesgos (demoras injustificadas generadas). Etapa 5: Puesta en marcha de los planes de contingencia. Análisis de las mejoras conseguidas.

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

1. TÍTULO

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha avanzado en la elaboración del grupo, se han elaborado los formularios de recogida de información, se ha trabajado en la detección de los fallos, causas y posibles métodos de detección, se ha elaborado el análisis de los 135 pacientes atendidos en los últimos dos años y se ha preparado una sesión en power point con los principales resultados. Se han analizado los pacientes con mayor demora de cara a valorar cual ha sido la demora principal y su causa, etc. Se adjuntan los formularios elaborados y la espina de pescado desarrollada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos trabajado intensamente en esta primera fase del proyecto y se ha avanzado y preparado el terreno para poder iniciar en breve la fase 2 de presentación a los profesionales e inicio de la recogida de datos.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1041

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

1. TÍTULO

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 17/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han puesto en marcha de forma satisfactoria, desde Mayo de 2019, los seminarios para pacientes y familiares, que se llevan a cabo de forma semanal (en general los miércoles, sujeto a modificación según la disponibilidad de los ponentes) siempre que ha habido pacientes que cumplieran los requisitos (pacientes con Infarto de Miocardio reciente, siempre que su situación clínica lo permita).

Para ello, hemos elaborado una presentación con toda la evidencia actual que creemos que puede ser interesante para los pacientes, evitando un lenguaje técnico que pueda hacerla inaccesible.

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

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

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

- Un cuestionario sobre factores de riesgo vascular a los pacientes tanto antes como después de la charla, con el fin de evaluar la utilidad de la misma y qué mensajes llegan mejor a nuestros asistentes.
- Una encuesta de satisfacción, con el fin de evaluar la satisfacción de los pacientes con las charlas. Todos estos cuestionarios son anónimos.

Se están recogiendo los resultados en una pequeña base de datos, para el posterior análisis del éxito y utilidad de la iniciativa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto todavía está en marcha, y dado que el volumen de asistencia es muy variable, todavía no disponemos del número suficiente de cuestionarios para poder sacar conclusiones válidas, algo que se hará al finalizar el proyecto. No obstante, la valoración subjetiva que muestran los pacientes en las encuestas, en la gran mayoría de casos, es muy positiva: más del 90% de los mismos valora la actividad como "muy positiva" y "recomendarías mantener dicha actividad".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al finalizar el proyecto estableceremos las conclusiones, si bien por el momento está constituyendo una gran experiencia para nosotros; nuestras sensaciones son muy positivas, y por el momento la valoración por parte de los asistentes también lo es, lo que nos anima a continuar con la iniciativa este año y concluir el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1127

Título
SEMINARIOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REFORZANDO EL

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

1. TÍTULO

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

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO.

Autores:

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

Se llevará a cabo, con periodicidad semanal (todos los miércoles), un seminario de unos 20 minutos de duración en la sala de sesiones de cardiología; El momento elegido será al acabar la actividad asistencial de la mañana, en torno a las 15:00h. Durante el pase de planta, se informará verbalmente a pacientes y familiares de la realización del seminario. Los encargados de realizar esta actividad serán los residentes de cardiología del HCU Lozano Blesa, que elaborarán los temas que se van a explicar, y se ocuparán de impartir los seminarios. Posteriormente, todos los interesados podrán formular las preguntas que estimen.

INDICADORES

Con el objetivo de tratar de establecer si el proyecto es efectivo, se elaborará una encuesta de satisfacción, que se solicitará al alta. La encuesta será totalmente anónima, y en ella se planteará:
- En primer lugar, una valoración subjetiva sobre la actividad, su utilidad y si recomendarían que se hiciera de forma rutinaria.
- En segundo lugar, preguntar de forma abierta acerca de lo que han aprendido y qué otros temas les gustaría que se trataran, para adaptar en el futuro el temario a aquello que sea más útil.

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

1. TÍTULO

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

DURACIÓN

Fecha de comienzo de proyecto: 01/05/2019

Fecha de finalización de proyecto: 01/05/2020

Duración: 12 meses.

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

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

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

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha comenzado a elaborar el algoritmo de tratamiento antiagregante y anticoagulante de este tipo de pacientes, pero aún no se ha concluido el mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que no se ha realizado el algoritmo, no se pueden valorar resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El algoritmo de tratamiento propuesto todavía no se ha podido realizar, pero se plantea realizarlo próximamente para la mejora del tratamiento en este tipo de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1284

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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 ± 4,7 días a 5,6 ± 3,8 días.
- 3- Se ha reducido el tiempo quirúrgico para la realización del bypass gástrico en 15±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 ± 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, Esofagogastrica 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 CIRUGIA GENERAL 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 GALLEGU 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 BLESA

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 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 - 2016/1085

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 ONCOLÓGICA. PREVENCIÓN 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 esofagogástricas 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 - 2018/1060

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN SERVICIOS QUIRURGICOS DEL HCU LOZANO Blesa (TRAUMATOLOGIA, NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA VASCULAR)

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE JUAN PABLO MARIN CALAHORRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto de mejora se puso en marcha de acuerdo a las fechas previstas, desde Septiembre 2018, creando el grupo de trabajo y en contacto con la comisión de historias clínicas para la normalización de los protocolos. Así también se contactó con el Servicio de Informática que colaboraron en todo momento y pautaron las normas para la inclusión de las plantillas del protocolo quirúrgico, limitándolas a un máximo de 6 procedimientos predefinidos (los más frecuentes o los que eligiera cada especialidad) para evitar el colapso de la herramienta HP doctor. Desde Septiembre de 2018 se contactó con los Servicios de Traumatología, Cirugía Vascular y Neurocirugía para que procedieran a elegir los procesos y a la creación de las plantillas base de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes de cada servicio, para luego integrarlas en el HP doctor para realizar el protocolo quirúrgico informatizado.

El servicio de Traumatología realizó las plantillas de sus patologías más frecuentes y ya han sido integradas al programa HP doctor por el servicio de informática, y se están cumplimentando por los facultativos del Servicio, habiendo realizado unos 75 protocolos hasta la fecha.

El servicio de Cirugía vascular ha realizado las plantillas de las intervenciones quirúrgicas, revisándolos y solventando los problemas. Se han integrado dentro del programa de HPdoctor y están a punto para que los facultativos del Servicio empiecen su cumplimentación.

El Servicio de Neurocirugía ha realizado las plantillas de las intervenciones quirúrgicas y están en proceso de revisión de problemas para integrarlas por el Servicio de Informática dentro del programa HPdoctor.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El calendario del proyecto se está cumpliendo y estamos a la espera de confirmar los protocolos de Cirugía Vascular y de Neurocirugía de cara a poder evaluar la cumplimentación del protocolo quirúrgico informatizado con fecha de Abril 2019, como se expuso en el proyecto de mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto está en proceso de cumplimiento, aún a la espera de confirmar sus resultados.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto está en proceso de completar sus objetivos y de valorar los resultados.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1060 ===== ***

Nº de registro: 1060

Título
INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN SERVICIOS QUIRURGICOS DEL HCU LOZANO Blesa (TRAUMATOLOGIA, NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA VASCULAR)

Autores:
MARIN CALAHORRANO JUAN PABLO, GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA, ESTELLA NONAY RUBEN, MILLAN GALLIZO GUILLERMO, POLA BANDRES GUILLERMO, SIERRA BERGUA BEATRIZ, COGHI GRANADOS JORGE, MARTIN RISCO MONICA

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: QUIRURGICAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: PROCESOS ORGANIZATIVOS O DE ADMINISTRACION

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1060

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN SERVICIOS QUIRURGICOS DEL HCU LOZANO Blesa (TRAUMATOLOGIA, NEUROCIROLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)

PROBLEMA

El protocolo quirúrgico es un documento de la historia clínica esencial, que contiene información fundamental de todos los aspectos del acto quirúrgico. La cumplimentación en historia clínica informatizada de este documento permite la integración de la información y su posterior explotación, además de mejorar la legibilidad y la accesibilidad de la información allí contenida. En nuestro centro el Servicio de Cirugía General ha implantado el protocolo informático con éxito y buena cumplimentación por lo que sería adecuado ampliar la informatización de este documento a otros servicios quirúrgicos del HCU Lozano Blesa, como Traumatología, Neurocirugía y Cirugía Vascul.

RESULTADOS ESPERADOS

Informatizar el protocolo quirúrgico de los Servicios de Traumatología, Neurocirugía y Cirugía Vascul:
-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

Cumplimentación del protocolo quirúrgico informático superior a un 70 % en 2019.

INDICADORES

Evaluación retrospectiva de fichas de protocolo quirúrgico realizados a través del HP Doctor, en Historia Clínica Electrónica.
La comprobación se realizará a partir de la explotación de la Historia Clínica electrónica y se comparará el periodo enero-abril 2015 con Enero-Abril 2019.

DURACIÓN

Septiembre 2018: grupo de trabajo, contacto con informática.
Octubre 2018: creación de plantillas base de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes de cada servicio.
Noviembre 2018: integración del protocolo quirúrgico informatizado en HP Doctor.
Enero 2019: valoración de los primeros protocolos quirúrgicos informatizados para detección de problemas y resolución.

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 - 2018/1186

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ELENA CORDOBA DIAZ DE LASPRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELIA GUEDEA MANUELA
DEITO BERTOL ANGELITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SELECCION DE PACIENTES PARA LA TECNICA SEÑALADA, INICIANDO EN LA ACTUALIDAD LA PUESTA EN MARCHA DEL PROCEDIMIENTO DESCRITO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PREVISIBLE DISMINUCION DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL (GI-II y alguna GIII) EN LA LEQ.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
METODO AMBULATORIO FACILMENTE REPRODUCTIBLE

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1186 ===== ***

Nº de registro: 1186

Título
TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA

Autores:
CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA, ELIA GUEDEA MANUELA, DEITO BERTOL ANGELITA

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: COLOPROCTOLOGIA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las hemorroides son la enfermedad ano-rectal más frecuente que padece más del 50% de las personas mayores de 50 años, siendo remitidos en algún momento de su vida a consultas de coloproctología para su valoración, manejo y tratamiento.
La cirugía de la enfermedad hemorroidal sólo es necesaria en el 5-10% de los pacientes, aquellos con hemorroides grado III y IV o aquellos con hemorroides de menor grado en donde ha fracasado el tratamiento médico. El resto de la patología hemorroidal, que puede llegar a suponer el 75% de toda la patología hemorroidal, inicialmente manejada mediante las medidas higiénico-dietéticas y tratamientos tópicos, requerirán en algún momento de otras acciones por los Coloproctólogos al no ser suficientemente eficaces y persistir la clínica. A este grupo de pacientes queremos ofertar los procedimientos ambulatorios instrumentales indicados para las hemorroides grado I, II y algunos III. Estos tratamientos incluyen procedimientos como: esclerosis, ligadura con bandas elásticas, coagulación con infrarrojos, coagulación con láser, crioterapia, diatermia bipolar etc. Todas estas modalidades terapéuticas pretenden fijar las almohadillas submucosas que conforman la hemorroide, al músculo subyacente para que el tejido cicatricial resultante prevenga el prolapso durante la defecación. Nuestro trabajo se focalizará en la ligadura hemorroidal mediante la banda elástica que constituye en la actualidad el modelo más extendido. Este procedimiento se basa en la aspiración de la mucosa (disminuyendo su traumatismo al no tener que traccionar de ella) para una vez aspirada soltar una banda elástica de goma que coarte el cuello de la hemorroide. El número ideal de ligaduras por sesión es de dos, y la curación se consigue en 1-3 sesiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1186

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA

RESULTADOS ESPERADOS

Las hemorroides SINTOMÁTICAS grado I, II, y algunos III son indicación de manejo mediante procedimientos instrumentales ambulatorios. La ligadura con banda elástica ofrece una mejoría real de los síntomas, siendo una alternativa real y no la antesala del tratamiento quirúrgico y esta mejoría se mantiene en el tiempo, hasta 5 años.

Dentro del manejo instrumental ambulatorio hemorroidal, hemos elegido la ligadura mediante banda elástica tras revisar la literatura y comprobar que diversos estudios han mostrado que tanto para los grados I, II y parte del III, la ligadura con banda es mejor que la esclerosis. Por otro lado un 80-90% de los pacientes con hemorroides prolapsadas (G III), son aún subsidiarios de tratamiento conservador siendo la ligadura con banda el procedimiento de elección.

Así pues, nuestro objetivo principal es aplicar un procedimiento ambulatorio a realizar en consultas externas, sin ingreso hospitalario, reduciendo la inclusión en lista de espera quirúrgica (LEQ) de aquellos pacientes con hemorroides G III o cualquier grado hemorroidal (excepto G IV) con clínica de rectorragia sometidos en nuestra práctica clínica actual a los diversos procedimientos quirúrgicos: hemorroidectomía, hemorroidopexia o desarterialización.

MÉTODO

El tratamiento habitual de las hemorroides G III, G IV y aquellas con clínica de rectorragia en nuestro centro es quirúrgico: hemorroidectomía, hemorroidopexia o desarterialización. Esto implica su inclusión en la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) con su correspondiente tiempo de espera, su ingreso hospitalario y una estancia hospitalaria de al menos 24 horas tras la cirugía. Pretendemos incluir en la cartera de servicios de la Unidad de Coloproctología un procedimiento basado en el manejo instrumental AMBULATORIO para aquellos pacientes con hemorroides SINTOMÁTICAS grado I, II, algún III y cualquier grado (excepto G IV) con clínica de rectorragia, reduciendo el abordaje quirúrgico de un subgrupo de pacientes con patología hemorroidal.

Recursos necesarios:

- Anamnesis y exploración clínica por un Coloproctólogo
- Aceptación por parte del paciente mediante firma del Consentimiento Informado
- Tacto rectal y Anuscopia
- Ligaduras HaemoBand®
- Sistema de aspiración.
- Programación de los pacientes en 1-2 medias consultas/mensuales

INDICADORES

- Valoración mediante encuesta previa y posterior al tratamiento
- Evaluación de resultados y monitorización de complicaciones:
 - Disconfort: si/no
 - Tenesmo: si/no
 - Dolor: si/no
- Escala analógica-visual (0-10)
- Rectorragia: si/no
si ha tenido: día de aparición
- Fiebre
- Retención aguda Urinaria (RAU)
- Sépsis pélvica (infección sinérgica)

El tratamiento es efectivo y mantenido en el tiempo entre el 77 y el 91% de los pacientes

DURACIÓN

Inicio de inclusión de pacientes en Junio de 2018 y desarrollo del procedimiento hasta junio 2019. Posterior evaluación de resultados y difusión del procedimiento.

Responsables:

Dra Manuela Elia Guedea
Dra Elena Córdoba Díaz de Laspra

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 - 2018/1186

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1198

1. TÍTULO

REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE MANUELA ELIA GUEDEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIARTE ABENIA MARIA CARMEN
PALACIOS FRANCO MARIA GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La estimulación se realiza de manera ambulatoria, tres veces por semana durante las tres semana previas a la intervención quirúrgica.
Método: introducción de sonda urológica de 16 o 18 CH a través del asa eferente de la ileostomía. La solución está compuesta por 500 ml de suero salino fisiológico asociado a 30 gramos de espesante nutricional para enlentecer el tránsito intestinal La velocidad de infusión debe ser lenta (5 jeringas de 100 cc durante 20 minutos).
Se precisará POR SESION: 500 cc de suero fisiológico, 30 gramos de espesante nutricional, 1 jeringa urológica de 100 ml, 1 sonda urológica de silicona de 16 o 18 CH, guantes y compresas.
Tras tres semanas de estimulación se programará cierre de ileostomía.
El cierre de ileostomia se lleva a cabo siempre con la misma técnica: anastomosis latero-lateral mecánica y cierre de piel subcuticular.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta la fecha se han estimulado 17 pacientes. De momento no se ha llegado a la N necesaria, por lo que se continua en la actualidad incluyendo pacientes-
Se registran en una base de datos.
Cuando se acabe la recogida se analizarán los resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Sin haber concluido el estudio, podemos decir que la estimulación del asa aferente es una técnica factible de realizar en nuestros pacientes, desde el punto de vista clínico como organizativo.
Hasta que alcancemos el tamaño muestral requerido (n=32), no podremos sacar conclusiones en cuanto a complicaciones y reducción de íleo postoperatorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1198 ===== ***

Nº de registro: 1198

Título
REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO

Autores:
ELIA GUEDEA MANUELA, CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA, DIARTE ABENIA MARIA CARMEN, PALACIOS FRANCO MARIA GEMMA

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1198

1. TÍTULO

REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO

La cirugía rectal cada vez más radical, trajo consigo el aumento de la tasa de complicaciones como la dehiscencia anastomótica. Medidas como la creación de una ileostomía de protección (IP) fueron adoptadas para reducir la morbi-mortalidad tras la escisión mesorrectal total en pacientes con cáncer rectal sometidos a tratamiento neoadyuvante. Pero la IP conlleva inconvenientes como la necesidad de una nueva intervención para su cierre, disminución de la calidad de vida durante el tiempo que se mantiene en uso y las complicaciones generadas tras el cierre de la misma. El íleo paralítico postoperatorio (IPP) es el que presenta una mayor incidencia provocando un aumento de la estancia hospitalaria y un mayor gasto sanitario. Otras complicaciones como: íleo mecánico, fuga anastomótica o la hemorragia también están presentes, además de la hernia ventral postoperatoria.

En ausencia de complicaciones proponemos el cierre precoz de la IP, sin embargo en aquellos pacientes en los que es necesario administrar quimioterapia postoperatoria suele retrasarse hasta después del fin de la misma. El cierre tardío de una IP conlleva una serie de cambios estructurales adicionales que podrían influir al desarrollo del IPP, atribuible al intestino eferente excluido del tránsito intestinal. La motilidad y la absorción del intestino delgado están estrechamente relacionadas con la estructura de la mucosa y del músculo, y los cambios estructurales que se producen tras la creación de la IP contribuyen al desarrollo del IPP. Se han estudiado los cambios intestinales producidos tras la creación de una IP, mostrando una pérdida de contractilidad de la capa muscular y una atrofia de las vellosidades intestinales, causa de "obstrucción funcional" intestinal tras la reconstrucción del tránsito y del desarrollo del IPP. Otros estudios han analizado los cambios morfológicos tras una IP mostrando un aumento del tamaño de las vellosidades intestinales y del espesor de la mucosa en el segmento proximal ileostómico.

El IPP representa la complicación más frecuente tras el cierre de la IP con un aumento en la morbimortalidad asociada al procedimiento e implicaciones socioeconómicas como: estancia hospitalaria prolongada y mayor gasto sanitario. En las series publicadas la incidencia del IPP varía entre el 10 y el 32%. En nuestra Unidad el IPP tras cierre tardío de ileostomía es del 15,10% y la estancia postoperatoria de 11,74 días (DE 15,74). Por tanto proponemos la estimulación del cabo eferente para intentar disminuir el IPP con la consiguiente reducción de la estancia media cuando el cierre deba demorarse más allá de los 6 meses.

RESULTADOS ESPERADOS

Estudio prospectivo randomizado que compara estimulación intestinal a través del asa eferente de IP previa a su cierre, frente a la no estimulación. Analizaremos si disminuye la incidencia de IPP en los pacientes estimulados frente a los no estimulados, esperando reducir la incidencia de IPP por debajo del 5%.

MÉTODO

La estimulación se realiza de manera ambulatoria, tres veces por semana durante las tres semanas previas a la intervención quirúrgica. Método: introducción de sonda urológica de 16 o 18 CH a través del asa eferente de la ileostomía. La solución está compuesta por 500 ml de suero salino fisiológico asociado a 30 gramos de espesante nutricional para entelecer el tránsito intestinal La velocidad de infusión debe ser lenta (5 jeringas de 100 cc durante 20 minutos).

Se precisará POR SESION: 500 cc de suero fisiológico, 30 gramos de espesante nutricional, 1 jeringa urológica de 100 ml, 1 sonda urológica de silicona de 16 o 18 CH, guantes y compresas.

Tras tres semanas de estimulación se programará cierre de ileostomía.

INDICADORES

1. Durante el período de estimulación disponemos de un formulario donde se valoran diariamente y hasta el día de la cirugía los parámetros:
 - Dolor abdominal.
 - Expulsión de gases y heces.
 - Número de deposiciones
 - Capacidad de control de deposiciones.
 - incidencias
2. Analizaremos la incidencia de IPP en ambos grupos de pacientes y estableceremos si la estimulación del cabo eferente es un factor determinante en la incidencia de IPP.
 - a. Número de pacientes con IPP/Número de pacientes sometidos a estimulación del cabo eferente
 - b. Número de pacientes con IPP/Número de pacientes grupo control
 - c. Días para inicio de ingesta
 - d. % total de pacientes sometidos a estimulación/% de IPP
 - e. % complicaciones en ambos grupos (Clavien-Dindo)
 - f. Estancia media global y estratificada por grupos

DURACIÓN

Inicio de inclusión de pacientes: mayo de 2018 y desarrollo del procedimiento basando el tamaño muestral calculado según el análisis retrospectivo de complicaciones postquirúrgicas tras el cierre de ileostomía. Ajustando un 15% de pérdidas, establecemos 32 pacientes por grupo para un nivel estadístico del 95% y una potencia de 0.8 (final probable 2020)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1198

1. TÍTULO

REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO

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 - 2018/1285

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA EN LA UNIDAD DE MAMA

Fecha de entrada: 07/01/2019

2. RESPONSABLE MARTA ALLUE CABAÑUZ
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARRIBAS DEL AMO DOLORES
PEREZ PANZANO ESTHER
HERNAEZ ARZOZ ALBA
GIL ROMEA ISMAEL
VALCARRERES RIVERA MARIA PILAR
SOUSA DOMINGUEZ RAMON
GÜEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de encuestas de satisfacción validadas y calidad de vida, quedando pendiente la evaluación de los datos obtenidos y la comunicación de los resultados en la reunión multidisciplinar de la Unidad de Mama, para obtener conclusiones y establecer protocolos de información adaptados a las necesidades de las pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han entregado hojas de información y encuestas a todas las pacientes de intervenidas de mastectomía con reconstrucción inmediata en la Unidad durante el periodo Agosto-Diciembre 2018, si bien, el numero es insuficiente para establecer conclusiones generalizables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han entregado hojas de información y encuestas a todas las pacientes de intervenidas de mastectomía con reconstrucción inmediata en la Unidad durante el periodo Agosto-Diciembre 2018, si bien, el numero es insuficiente para establecer conclusiones generalizables por lo que continuaremos con el proyecto, entregando encuestas y evaluando la percepción de las pacientes intervenidas durante el 2019. Creemos se trata de un proyecto sostenible dado su mínimo coste y fácilmente replicable, y que puede aportar información útil para mejorar la información que se da a este grupo de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1285 ===== ***

Nº de registro: 1285

Título
EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA EN LA UNIDAD DE MAMA

Autores:
ALLUE CABAÑUZ MARTA, ARIBAS DEL AMO MARIA DOLORES, PEREZ PANZANO ESTHER, HERNAEZ ARZOZ ALBA, GIL ROMEA ISMAEL, VALCARRERES RIVERA PILAR, SOUSA DOMINGUEZ RAMON, GÜEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hasta un 50% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama experimentan niveles elevados de malestar emocional, ansiedad (relacionada con su apariencia,sexualidad y autoestima), depresión y peor calidad de vida. A pesar de que la cirugía conservadora es el gold estándar del tratamiento quirúrgico del cáncer mama, hasta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1285

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA EN LA UNIDAD DE MAMA

un 30-50% de mujeres precisan mastectomía, lo que se suma al impacto del diagnóstico de cáncer. La reconstrucción inmediata cuenta con grandes ventajas psicológicas y económicas, pero no es garantía de satisfacción completa a largo plazo. Uno de los aspectos en que coincide la literatura y que incide en la calidad percibida por las pacientes, es en la necesidad de información antes de tomar la decisión. En este sentido es importante conocer las carencias ante la información que se proporciona, con el fin de dotar de instrumentos a los profesionales para mejorarla. Conociendo la experiencia de nuestras propias pacientes podremos elaborar planes para mejorar la calidad de la atención percibida en los diferentes puntos del análisis.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer las vivencias, expectativas y grado de satisfacción percibida de las pacientes sometidas a mastectomía y reconstrucción inmediata. Se evaluarán cinco áreas. 1) El impacto del diagnóstico del cáncer. 2) Información recibida ante la intervención. 3) Las experiencias en el postoperatorio. 4) Cumplimiento de expectativas. 5) Satisfacción con la decisión tomada.

MÉTODO

Se realizarán encuestas de satisfacción validadas internacionalmente (BreastQ test) así como entrevista personalizada a las pacientes durante las visitas postoperatorias, con la colaboración del personal de enfermería de la Unidad de Mama. En la entrevista se incluirán preguntas relacionadas con la experiencia ante la operación, con la información recibida antes de la cirugía propuesta, con la experiencia después de la intervención, sobre las cicatrices, efectos secundarios, complicaciones y secuelas, sobre el pecho reconstruido y si volvería a pasar por la misma experiencia de la reconstrucción. Se evaluará la relación entre la calidad de la información recibida sobre el tratamiento por parte de los profesionales y las expectativas derivadas de la información proporcionada. Por último, se solicitaron ideas destinadas a mejorar la calidad de la información en cuanto al tema, en concreto, de la reconstrucción mamaria después de la mastectomía.

INDICADORES

Para monitorizar el proyecto y los resultados nos basaremos en el módulo de reconstrucción BREAST-Q postoperatorio, que está compuesto por nueve escalas que pueden utilizarse de forma independiente. Encontramos referencias en la literatura, relativas a estudios de mayor envergadura que determinan los valores a alcanzar en nuestro proyecto.

Eltahir et al (2013) compararon mujeres con reconstrucción mamaria frente a mujeres mastectomizadas sin reconstrucción. Las mujeres reconstruidas obtuvieron mayor puntuación en satisfacción con los pechos ($p=0.003$), bienestar psicosocial ($p=0.008$), bienestar sexual ($p=0.007$) y satisfacción con la cirugía ($p=0.001$).

DURACIÓN

Realización de entrevistas y encuestas a las pacientes intervenidas entre agosto de 2018 y Diciembre de 2018. Responsables: personal de enfermería de la Unidad de Mama

Análisis de los resultados obtenidos Enero y febrero de 2019. Responsable: personal médico de la Unidad de Mama. Se comunicarán los resultados en las reuniones de la Unidad de mama para el conocimiento por parte de todos los profesionales implicados en el proceso, se realizará un análisis de los puntos de mejora derivados de los resultados obtenidos y puesta en marcha de actividades para mejorar la calidad de la asistencia en este ámbito.

Responsable: personal médico de la Unidad de Mama. Fecha prevista de inicio agosto 2018 y finalización marzo 2019

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 - 2018/1301

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE ALBA HERNAEZ ARZOZ
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALLUE CABAÑUZ MARTA
ARRIBAS DEL AMO DOLORES
GIL ROMEA ISMAEL
VALCARRERES RIVERA MARIA PILAR
SOUSA DOMINGUEZ RAMON
GUÈMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde que se inició el proyecto se ha llevado a cabo la realización del documento de recomendaciones sobre cuidados postoperatorios domiciliarios para entregar al alta a las pacientes, en base a la bibliografía existente y a las recomendaciones de todas las sociedades de patología mamaria. Esta actividad se ha llevado a cabo siguiendo el calendario previsto en julio de 2018. También siguiendo el calendario previamente fijado, desde el mes de agosto se viene entregando dicho documento a todas las pacientes intervenidas en la unidad previo al alta hospitalaria. Paralelamente se han registrado las visitas de las pacientes a la Sala de Curas de la Unidad de Mama.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el momento no se han podido extraer resultados ya que el periodo de entrega del documento y de evaluación del grado de satisfacción en consultas, así como del número de visitas a la Sala de Curas, marcado en nuestro proyecto no finaliza hasta marzo de 2019, por lo tanto nos encontramos inmersos aún en el proceso de recogida de datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A día de hoy aún no es posible sacar conclusiones dado que aún no se ha llevado a cabo el análisis de los resultados, sin embargo y de forma subjetiva, la percepción por parte de los facultativos es de que la entrega del documento de recomendaciones al alta es una medida sencilla de realizar, que no consume recursos más allá de su impresión en papel, y que puede ser muy útil para la paciente una vez que se encuentra en su domicilio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1301 ===== ***

Nº de registro: 1301

Título
RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

Autores:
HERNAEZ ARZOZ ALBA, ALLUE CABAÑUZ MARTA, ARIBAS DEL AMO MARIA DOLORES, GIL ROMEA ISMAEL, VALCARRERES RIVERA PILAR, SOUSA DOMINGUEZ RAMON, GUÈMES SANCHEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Hoy en día, la reconstrucción inmediata es una práctica aceptada por todas las sociedades de patología quirúrgica mamaria, encaminada a disminuir el impacto físico y psicológico tras la realización de mastectomía

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1301

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

oncológica. Existen multitud de técnicas quirúrgicas reconstructivas, que van desde el empleo de implantes protésicos hasta la reconstrucción con tejidos autólogos. Cada una de ellas tiene diferentes ventajas y riesgos, así como diferentes necesidades de cuidados postoperatorios. Un aspecto fundamental a la hora de tomar decisiones por parte de las pacientes y enfrentarse a la recuperación después de la cirugía, y que incide en la calidad percibida, es la información recibida. Dicha información, cuando es adecuada, permite elaborar expectativas realistas y, sobre todo, disminuir el nivel de ansiedad de las pacientes.

Nuestra unidad incorpora las técnicas reconstructivas inmediatas como una atención básica dentro de su cartera de servicios. Fruto de ello somos conscientes de la importancia de informar a nuestras pacientes y educarlas e implicarlas en su proceso de recuperación. Con el objeto de optimizar este proceso, proponemos la elaboración de un documento informativo acerca de cuidados postoperatorios, con los aspectos fundamentales a tener en cuenta tras el alta hospitalaria, en función del tipo de reconstrucción realizada en cada caso.

RESULTADOS ESPERADOS

El principal objetivo de este proyecto es la mejora de la atención brindada a las pacientes sometidas a mastectomía con reconstrucción inmediata en el postoperatorio temprano, una vez que la paciente es dada de alta de la Unidad de Mama. Este objetivo se pretende alcanzar por medio de la entrega por escrito de un documento de información acerca de los cuidados postoperatorios que deberán seguir dichas pacientes.

MÉTODO

Desarrollo de documento de información acerca de cuidados postoperatorios, en función del tipo de reconstrucción inmediata realizada, en relación a: manejo ambulatorio de drenajes, cuidado de heridas quirúrgicas, necesidad de visitas de enfermería, empleo de sujetadores adecuados, y realización de ejercicio físico y vuelta a la actividad habitual. Dicho documento se entregará a todas las pacientes, previo al alta hospitalaria. Entrevista en consulta de UMAC al mes de la intervención, donde se comprobará la utilidad de dicha información, en base a la satisfacción referida por la paciente.

INDICADORES

El resultado de nuestro proyecto se evaluará por medio del impacto en el número de visitas no programadas a la Sala de Curas de la UMAC y a urgencias en el primer mes post-intervención. El objetivo será alcanzar un máximo de una visita a la Sala de curas y ninguna visita a urgencias, en relación a dudas sobre los cuidados postoperatorios. Así mismo se evaluará el grado de satisfacción de las pacientes con esta estrategia por medio de entrevista en consultas, esperando obtener niveles altos de satisfacción con la información recibida. No existen indicadores ni valores estándar en la literatura con los cuales comparar el impacto de nuestro proyecto.

DURACIÓN

Elaboración del documento de recomendaciones sobre cuidados postoperatorios domiciliarios: julio 2018
Entrega al alta de dicho documento a todas aquellas pacientes intervenidas de mastectomía con reconstrucción inmediata entre agosto de 2018 y abril de 2019.
Evaluación de la satisfacción de las pacientes con esta información a través de entrevista con ellas en la visita en Consultas al mes de la intervención.
Comunicación de resultados en las reuniones de la Unidad de Mama para el conocimiento por parte de todos los profesionales implicados en el proceso y análisis de los puntos de mejora derivados de los resultados obtenidos.
Fecha prevista de inicio julio 2018 y finalización marzo 2019.

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 - 2018/1301

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ALBA HERNAEZ ARZOZ
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALLUE CABAÑUZ MARTA
ARRIBAS DEL AMO DOLORES
GIL ROMEA ISMAEL
VALCARRERES RIVERA MARIA PILAR
SOUSA DOMINGUEZ RAMON
GUÈMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde que se inició el proyecto se ha llevado a cabo la realización del documento de recomendaciones sobre cuidados postoperatorios domiciliarios para entregar al alta a las pacientes, en base a la bibliografía existente y a las recomendaciones de todas las sociedades de patología mamaria. Esta actividad se ha llevado a cabo siguiendo el calendario previsto en julio de 2018. También siguiendo el calendario previamente fijado, desde el mes de agosto se viene entregando dicho documento a todas las pacientes intervenidas en la unidad previo al alta hospitalaria. Paralelamente se han registrado las visitas de las pacientes a la Sala de Curas de la Unidad de Mama.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el momento no se han podido extraer resultados ya que el periodo de entrega del documento y de evaluación del grado de satisfacción en consultas, así como del número de visitas a la Sala de Curas, marcado en nuestro proyecto no finaliza hasta marzo de 2019, por lo tanto nos encontramos inmersos aún en el proceso de recogida de datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A día de hoy aún no es posible sacar conclusiones dado que aún no se ha llevado a cabo el análisis de los resultados, sin embargo y de forma subjetiva, la percepción por parte de los facultativos es de que la entrega del documento de recomendaciones al alta es una medida sencilla de realizar, que no consume recursos más allá de su impresión en papel, y que puede ser muy útil para la paciente una vez que se encuentra en su domicilio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1301 ===== ***

Nº de registro: 1301

Título
RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

Autores:
HERNAEZ ARZOZ ALBA, ALLUE CABAÑUZ MARTA, ARIBAS DEL AMO MARIA DOLORES, GIL ROMEA ISMAEL, VALCARRERES RIVERA PILAR, SOUSA DOMINGUEZ RAMON, GUÈMES SANCHEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Hoy en día, la reconstrucción inmediata es una práctica aceptada por todas las sociedades de patología quirúrgica mamaria, encaminada a disminuir el impacto físico y psicológico tras la realización de mastectomía

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1301

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

oncológica. Existen multitud de técnicas quirúrgicas reconstructivas, que van desde el empleo de implantes protésicos hasta la reconstrucción con tejidos autólogos. Cada una de ellas tiene diferentes ventajas y riesgos, así como diferentes necesidades de cuidados postoperatorios. Un aspecto fundamental a la hora de tomar decisiones por parte de las pacientes y enfrentarse a la recuperación después de la cirugía, y que incide en la calidad percibida, es la información recibida. Dicha información, cuando es adecuada, permite elaborar expectativas realistas y, sobre todo, disminuir el nivel de ansiedad de las pacientes.

Nuestra unidad incorpora las técnicas reconstructivas inmediatas como una atención básica dentro de su cartera de servicios. Fruto de ello somos conscientes de la importancia de informar a nuestras pacientes y educarlas e implicarlas en su proceso de recuperación. Con el objeto de optimizar este proceso, proponemos la elaboración de un documento informativo acerca de cuidados postoperatorios, con los aspectos fundamentales a tener en cuenta tras el alta hospitalaria, en función del tipo de reconstrucción realizada en cada caso.

RESULTADOS ESPERADOS

El principal objetivo de este proyecto es la mejora de la atención brindada a las pacientes sometidas a mastectomía con reconstrucción inmediata en el postoperatorio temprano, una vez que la paciente es dada de alta de la Unidad de Mama. Este objetivo se pretende alcanzar por medio de la entrega por escrito de un documento de información acerca de los cuidados postoperatorios que deberán seguir dichas pacientes.

MÉTODO

Desarrollo de documento de información acerca de cuidados postoperatorios, en función del tipo de reconstrucción inmediata realizada, en relación a: manejo ambulatorio de drenajes, cuidado de heridas quirúrgicas, necesidad de visitas de enfermería, empleo de sujetadores adecuados, y realización de ejercicio físico y vuelta a la actividad habitual. Dicho documento se entregará a todas las pacientes, previo al alta hospitalaria. Entrevista en consulta de UMAC al mes de la intervención, donde se comprobará la utilidad de dicha información, en base a la satisfacción referida por la paciente.

INDICADORES

El resultado de nuestro proyecto se evaluará por medio del impacto en el número de visitas no programadas a la Sala de Curas de la UMAC y a urgencias en el primer mes post-intervención. El objetivo será alcanzar un máximo de una visita a la Sala de curas y ninguna visita a urgencias, en relación a dudas sobre los cuidados postoperatorios. Así mismo se evaluará el grado de satisfacción de las pacientes con esta estrategia por medio de entrevista en consultas, esperando obtener niveles altos de satisfacción con la información recibida. No existen indicadores ni valores estándar en la literatura con los cuales comparar el impacto de nuestro proyecto.

DURACIÓN

Elaboración del documento de recomendaciones sobre cuidados postoperatorios domiciliarios: julio 2018
Entrega al alta de dicho documento a todas aquellas pacientes intervenidas de mastectomía con reconstrucción inmediata entre agosto de 2018 y abril de 2019.
Evaluación de la satisfacción de las pacientes con esta información a través de entrevista con ellas en la visita en Consultas al mes de la intervención.
Comunicación de resultados en las reuniones de la Unidad de Mama para el conocimiento por parte de todos los profesionales implicados en el proceso y análisis de los puntos de mejora derivados de los resultados obtenidos.
Fecha prevista de inicio julio 2018 y finalización marzo 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0049

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE ALFREDO JIMENEZ BERNADO
· 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.

BORREGO ESTELLA VICENTE
GRACIA SOLANAS JOSE ANTONIO
CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA
ELIA GUEDEA MANUELA
YUBERO ESTEBAN ALFONSO
FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO
LEAL CARIÑENA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En un ámbito general, el SALUD, evaluó en 2018 nuestro proyecto y la Consejería aprobó en 2019 la actualización de la Cartera de Servicios para incorporar la Técnica de Cirugía Citorreductora y Peritonectomías asociada a quimioterapia intraperitoneal (técnica de Sugarbaker) en pacientes con carcinomatosis peritoneal (CP) cuyo origen fuese Mesotelioma Peritoneal, Pseudomixoma Peritoneal (apendicular y ovárico), Cáncer de Ovario, Apendicular, Colon-Recto y Gástrico. Desde el pasado mes de noviembre de 2018 se puso en marcha un periodo de formación en centros de reconocido prestigio nacional y de este modo, a lo largo de estos meses, se han ido desplazando a dichos centros de referencia, profesionales seleccionados por los distintos Servicios del Hospital Clínico (cirujanos, oncólogos, radiólogos, anestesiólogos, ginecólogos, enfermería, etc.). Tras este periodo de formación y acreditación, el Hospital Clínico adquirió la bomba de circulación extracorpórea y de perfusión de HIPEC (Performer HT). Paralelamente, en junio de 2019 el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza ha sido reconocido como el único centro de Aragón en ser miembro del GECOP. Para auditarnos constantemente, estamos incorporando nuestros resultados al registro nacional del GECOP incluido en internet:
<http://registrogecop.seoq.org>

En un ámbito más particular, los pacientes son atendidos en distintas zonas dentro de nuestro hospital según el momento, por ello se hace indispensable la integración de un Gestor de Casos. El Gestor de Casos de la Unidad de COP es una enfermera que trabaja en estrecha colaboración con los médicos y el resto del equipo.

Se ha constituido un Flujograma que deben seguir todos los pacientes con el esquema general del Proceso COP (ver Proyecto presentado).

Se han realizado unas recomendaciones para la toma de decisiones ante situaciones clínicas específicas de CP.

Se han desarrollado un Modelo hoja de canalización/centralización/derivación de ayuda a los colegas profesionales de otros centros de Aragón. Además se ha creado una cuenta mail carcinomatosis@salud.aragon.es donde los profesionales pueden enviar la documentación que consideren necesaria en relación a la presentación de los casos en el Comité Multidisciplinar de COP.

Se ha realizado una Sesión Hospitalaria de CP en el Hospital Clínico Lozano Blesa el pasado 28 noviembre 2018 con la colaboración del Dr. David Pacheco (Jefe de Servicio de Cirugía General del Hospital Río Hortega de Valladolid).

En los últimos meses hemos acudido progresivamente a todos los centros de nuestra Comunidad Autónoma para presentar de una forma más cercana el proyecto elaborado en nuestro hospital y de esta forma que nuestros colegas puedan aportar todas las ideas posibles para ayudarnos a que la canalización y tratamiento de los pacientes con CP en Aragón sea lo más eficaz posible.

Se ha escrito un Tríptico-Modelo de Guía para el paciente donde se explican los aspectos y las dudas más frecuentes. Esta guía se entrega en mano a los pacientes y sus familias en la consulta ambulatoria. En dicha Guía para el paciente con CP se hace especial hincapié que, si tiene alguna sugerencia, duda o necesita más información, nos lo comunique en cualquier fase del proceso.

Se ha desarrollado un Plan de cuidados de enfermería:

- Plan de cuidados de enfermería en pacientes con COP al ingreso.
- Plan de actuación de la Unidad de Estomatología.
- Plan de cuidados de enfermería al paciente ostomizado (Tríptico informativo).
- Registro de enfermería prequirúrgico y de acogida al bloque quirúrgico.
- Preparación del Quirófano en COP.
- Plan de cuidados de enfermería en pacientes con COP durante la hospitalización.
- Informe de continuidad de cuidados Enfermería Hospitalización.
- Informe de continuidad de cuidados Enfermería Ostomías.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0049

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL

Se ha creado un Modelo de protocolo quirúrgico COP insertado actualmente en el programa HP-Doctor.

Se ha realizado un protocolo de preparación del quirófano en COP con las actividades del personal interviniente encaminadas a la preparación del quirófano, de la medicación, sistemas de protección y control de la temperatura antes, durante y después de la intervención quirúrgica.

Se ha elaborado un protocolo con los recursos materiales necesarios para desarrollar este tipo de intervenciones. Como medidas destacadas:

- 1) Anestesia
 - Gasto cardiaco, presión arterial invasiva y temperatura central (con monitor Most-Care).
 - BIS o similar tipo SedLine.
 - Termómetro esofágico.
 - Tromboelastógrafo.
 - Resto relacionado con anestesia ver "Protocolo de Anestesia en la Cirugía Citorreductora y Quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC)".
- 3) Material y equipo general
 - Tubo anillado aspirador de humos (preferiblemente Rapid Vac-Smoke Tubing Covidien)
 - Filtro para aspirador de humos (preferiblemente Rapid Vac-Ulpa Filter Covidien)
- 4) Aparataje
 - Bomba HIPEC (preferiblemente "Performer HT")
 - Equipo de aspiración de Humos (preferiblemente Rapid Vac-Smoke Evacuador Covidien con tubo de aspiración y cable interlink para equipo ForceTriad)
 - Embudo aplanado por un lado con conexión para 22mm. diámetro (Ref: K000-0687.0)
- 5) Para HIPEC
 - Colocar carteles en accesos de "Prohibido Pasar" o "Quimioterapia en Curso"
 - Batas Reforzadas de varios tamaños (L, M, XL) tipo Foli Dress-gown
 - Mascarillas de protección FFP 3
 - Guantes extralargos (tipo Naturflex-Gine) y especial citostáticos (tipo Berner-Manu Z+/B+)
 - Gafas protectoras policarbonato
 - Funda de escopia para radiología de 91 x 76 para proteger campo quirúrgico (Coliseum)
 - Equipo HIPEC preferiblemente "HAN & GO HT"
 - Equipo HIPEC preferiblemente "HAN & GO Basic"
 - Contenedores grandes para material biopeligroso (Azul)

Observaciones

- Todo se realizará con las máximas condiciones de asepsia
 - El instrumental al terminar la intervención se colocará en bandejas y se pondrá dentro de contenedores herméticos para enviar a lavado y esterilización.
 - Después de su contaje correcto, las gasas, compresas así como todo el equipo de cobertura y todo lo relacionado con la HIPEC, se depositará en los contenedores de "biopeligroso" cerrándolos después para ser retirados una vez finalizada la intervención.
- Criterios para su evaluación
- Registrar en las distintas hojas de enfermería las actividades realizadas y anotar si ha existido alguna incidencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el día 4 de febrero de 2019 que fue el primer día que comenzamos a discutir los primeros pacientes en el Comité de Tumores de COP, se han presentado un total de 45 pacientes. La localización del tumor primario causante de la CP fue: 19 casos de adenocarcinoma de colon, 14 casos de ovario primario (todos estirpe epitelial-serosa), 7 casos de apéndice cecal, un caso de adenocarcinoma gástrico, un caso de GIST gástrico, un caso de proceso linfoproliferativo, un caso de strumosis peritoneal y un caso en el que la carcinomatosis peritoneal no llegó a filiarse.

Se decidió realizar cirugía radical citorreductora (CRS) en 15 pacientes, 8 de los cuales al ser de origen colo-rectal y según nuestra política de actuación llevaron HIPEC asociada. En 9 pacientes se planteó una laparoscopia/laparotomía exploradora de entrada y 4 pasaron a CRS dentro de los 15 pacientes ya comentados. Dentro del grupo de pacientes a los que se les indicó realizar en el Comité de Tumores CRS (15 pacientes), 6 fueron hombres (40%) y 9 (60%) mujeres. La mediana de edad en este grupo fue de 64.1±6 años. De ellos, 3 (20%) presentaban un riesgo ASA II, 11 (73.3%) riesgo ASA III y 1 paciente (6.7%) un riesgo ASA IV. Respecto a las pruebas de imagen, el TAC tóraco-abdomino-pélvico fue el gold estándar al realizarse en el 100% de los pacientes con CRS, el PET complementó a la TAC en el 53.3% de ellos (8 pacientes) y la laparoscopia en 2 (13.3%).

Respecto a la localización y estirpe tumoral del grupo de CRS: 7 casos de adenocarcinoma de colon (46.7%), 4 casos de ovario primario seroso (26.7%), 3 casos de apéndice cecal (20%) 2 de ellos adenocarcinoma convencional y uno mucinoso, y un caso de sarcomatosis peritoneal (recidiva de un GIST gástrico) (6.7%).

La QT neoadyuvante utilizada (10 pacientes, 66.7%) se basó en Oxaliplatino y anticuerpos monoclonales en función del estado mutacional K-ras para los casos de adenocarcinoma de colon y apéndice y basada en Carboplatino y Taxol en los casos de ovario.

El Índice de Carcinomatosis Peritoneal (PCI) fue de 12±5.5 y el número de procedimientos de 5±1.5. En más del 90% de los casos (93.3%) hubo que asociar algún tipo de resección intestinal (85.7%) de estos casos, hepática (21.4%) y de otros tipos (esplenectomía, suprarenalectomía, exanteración pélvica completa o posterior

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0049

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL

modificada) en el 50% de los casos.

Se realizó quimiohipertermia intraoperatoria (HIPEC) según técnica de Coliseum abierta y basada en Oxaliplatino en los casos que se consideró oportuno a criterio del equipo quirúrgico (8 pacientes, 53.3%) pero siempre en pacientes con adenocarcinoma de colon o de origen apendicular. La duración en todos los casos fue de 30 minutos respetando el protocolo excepto en un caso que por problemas técnicos de la máquina de perfusión se mantuvo 15 minutos.

La duración media de la CRS fue de 420±90 minutos y en ningún caso se transfundieron hemoderivados a los pacientes en el mismo acto quirúrgico.

El grado de citorreducción fue completo (CC-0) en el 93.3% de los casos.

Respecto a los resultados a corto plazo (morbimortalidad postoperatoria a 90 días), una paciente (6.7%) falleció (Clavien Dindo V) como consecuencia de una perforación vesical, 4 (26.7%) sufrieron complicaciones mayores (Clavien Dindo III-IV) y 59 (73.3%) presentaron una evolución favorable sin complicaciones significativas. De los pacientes que no fallecieron en el postoperatorio inmediato en esta cohorte, la mediana de la estancia hospitalaria fue de 14.5±9.5 días. 2 de los pacientes reingresaron en los primeros 90 días tras la CRS con complicaciones menores Clavien-Dindo I-II.

Respecto a los resultados a largo plazo, de los pacientes que no fallecieron en el postoperatorio inmediato en esta cohorte de CRS, el tratamiento QT adyuvante tras la CRS fue administrado a 4 pacientes (28.6%) mientras que 10 (71.4%) no recibieron este tratamiento. La mediana de seguimiento fue de 3.93±2.1 meses y ningún paciente ha mostrado recurrencia de la enfermedad por lo que todo está vivos y libres de enfermedad. No obstante, estos últimos resultados hay que tomarlos con cierta cautela dado el corto seguimiento de los pacientes a día de hoy.

Los indicadores que se muestran a continuación se han obtenido de Barrios P, Ramos I, Escayola C, Martín M. Implementación y desarrollo de un programa de tratamiento de la carcinomatosis peritoneal en Cataluña.

Indicaciones y resultados clínicos con la técnica de Sugarbaker. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2009.

El criterio tiempo de demora desde el conocimiento por parte del médico responsable hasta su presentación en el Comité de COP, no superó los 7 días en ningún caso. El estándar en este aspecto es que el 85% de los pacientes no superará los 7 días desde el conocimiento por el médico responsable y su presentación en el Comité. N° pacientes presentados después de 7 días tras el conocimiento por el médico responsable/ N° total de pacientes presentados en el Comité X 100.

El criterio consultas de Cirugía General o Ginecología, Anestesia, Endocrino y Ostomía, se desarrollarán el mismo día se cumplió en el 70% de los casos. El estándar en este aspecto es que el 85% de los pacientes tendrán las consultas de Cirugía General o Ginecología, Anestesia, Endocrino y Ostomía el mismo día. N° de pacientes que no tienen las consultas de Cirugía General o Ginecología, Anestesia, Endocrino y Ostomía el mismo día/N° total de pacientes con confirmación de COP X 100.

El criterio tiempo de demora desde la confirmación de que procede COP hasta la realización de cirugía citoreductora (CC)+/-HIPEC, no superó los 30 días en ningún caso. El estándar en este aspecto es que el 85% de los pacientes no superará los 30 días desde la confirmación de COP y la realización de CC+/-HIPEC. N° pacientes con CC+/-HIPEC realizada después de 30 días tras la confirmación del diagnóstico/N° total de pacientes con confirmación de COP a los que se les realiza CC+/-HIPEC X 100.

El criterio tiempo transcurrido desde la toma de piezas quirúrgicas de COP hasta la recepción del informe de Anatomía Patológica, fue inferior a 10 días en el 40% de los casos. El estándar en este aspecto es que el 85% de los pacientes no superará los 10 días desde la toma de las muestras de la COP hasta la recepción del informe. N° de informes recibidos después de 10 días de la toma de muestra/N° total de informes de Anatomía Patológica de pacientes con COP X 100.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Todos los casos serán revisados por el Comité Multidisciplinar de COP
2. Una vez conocido el paciente por parte del médico responsable, será presentado en el Comité Multidisciplinar de COP con una demora media inferior a 7 días naturales.
3. Tras la presentación del caso en el Comité de COP, el Coordinador asignará un facultativo quirúrgico responsable del paciente.
4. Una vez aceptado el paciente para COP, será citado en las consultas ambulatorias del facultativo responsable con una demora media inferior a 10 días naturales.
5. Si el Comité Multidisciplinar decide que el paciente tiene indicación de COP, el paciente es citado de forma presencial a la consulta de Cirugía General o Ginecología, dependiendo del tipo de tumor primario. Dicho facultativo junto con el Gestor de Casos, comprobarán que al paciente se le realiza el estudio preoperatorio protocolizado para COP, ya sea del Sector III u otro diferente.
6. El estudio general que deben tener todos los pacientes para su evaluación en el Comité de COP debe incluir obligatoriamente un TC Tórax-abdomen-pelvis con contraste oral e intravenoso y un PET-TC si sospecha de diseminación extraperitoneal. En la medida de lo posible el informe radiológico debe de valorar el índice de carcinomatosis peritoneal (PCI). Se realizará una colonoscopia a todos los pacientes subsidiarios de COP, salvo en los casos de CP por Pseudomixoma peritoneal.
7. Para facilitar la correcta derivación se ha elaborado un documento con los criterios específicos de derivación que se debe adjuntar y cumplimentar.
8. Para evitar molestias al paciente y su familia, el/la Gestor/a de Casos junto con el facultativo responsable, supervisarán que las consultas de Cirugía General o Ginecología, Anestesia, Endocrinología (nutrición) y Ostomías (si procede), coincidan en el mismo día.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0049

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL

9. El/la Gestor/a de Casos informará al paciente sobre el procedimiento, la preparación previa a la intervención y le planteará la existencia de la Unidad de Psiquiatría Psicosomática (apoyo psicológico). De forma coordinada con el facultativo quirúrgico responsable, también se le informará de los diferentes recursos que ofrecen los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) (pisos de acogida, etc.) para su logística y la de su familia antes y después de la cirugía.
10. En la consulta presencial del facultativo quirúrgico responsable el paciente será informado de la cirugía, firmará el Consentimiento para la Intervención correspondiente a su patología y entrará en la Lista de Espera Quirúrgica. Una vez incluido el paciente en la lista de espera quirúrgica para COP, será intervenido con una demora media (días naturales) inferior a 30 días naturales.
11. Acto seguido, será remitido a la consulta de Anestesia prequirúrgica para realizar la Prehabilitación y a la consulta de Endocrinología (nutrición).
12. Los pacientes susceptibles de ostomía, deben ser valorados por la enfermera encargada de la Unidad de Estomaterapia.
13. Haya sido sometido o no a laparoscopia previa, tras la valoración en la consulta de Endocrinología y Anestesia, el facultativo quirúrgico asignado por el Coordinador repasará la historia clínica del paciente y confirma la intervención quirúrgica.
14. Posteriormente, dado que se trata de un tratamiento muy específico, se avisará a la Subdirección Médica para que consensuar la fecha de la intervención.
15. Una vez establecida la fecha se informará al Servicio de Farmacia de las características clínicas del paciente y de la fecha de intervención. El mismo día de la intervención se enviará a primera hora de la mañana la orden de prescripción.
16. El ingreso hospitalario se realizará por el Servicio de Admisión (planta baja) y en las camas asignadas al Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (2ª planta, habitaciones 218 a 234), independientemente del origen del tumor y a ser posible en habitación individual.
17. Tras el ingreso en la planta de hospitalización, se realizará por la enfermera responsable la apertura de un plan de cuidados de enfermería en el paciente con COP programada (ver Anexo VI: Plan de cuidados de enfermería en pacientes con COP al ingreso).
18. Todos los pacientes serán sometidos antes de la intervención a preparación del colon, profilaxis tromboembólica y profilaxis antibiótica según el protocolo existente en nuestro servicio. La enfermera encargada de la Unidad de Estomaterapia realizará el marcaje de la ostomía durante el ingreso.
19. La cirugía programada se llevará a cabo en un quirófano específico.
20. El personal interviniente (Enfermeros/as, auxiliares y celadores), llevarán a cabo toda la preparación protocolaria del quirófano: preparación de la medicación, sistemas de protección (suelos, guantes, batas, mascarillas, etc.), control de la temperatura antes, durante y después de la intervención quirúrgica y preparación del paciente (medias de compresión, protección de puntos de apoyo, manta calor/frío, etc.).
21. Las enfermeras adscritas al quirófano de COP, deberán cumplimentar junto con el anestesista y cirujano responsable del caso el documento correspondiente al "Check-List", aprobado en nuestro hospital desde hace.
22. Intervención quirúrgica: citorreducción tumoral (pelvipéritonectomías según Técnica de Sugarbaker) asociada QT bidireccional (intravenosa y HIPEC) en casos seleccionados. Deberá realizarse una cirugía con carácter radical (citorreducción quirúrgica mediante las técnicas de peritonectomías pertinentes) en todos los casos.
23. En los casos seleccionados, la quimioterapia intravenosa intraoperatoria se administrará según las pautas establecidas por el oncólogo responsable del caso. Deberá realizarse QT bidireccional intravenosa intraoperatoria asociada a la HIPEC en los casos seleccionados por el Comité Multidisciplinar de COP.
24. En los casos seleccionados, la HIPEC, se aplicará la técnica de Coliseum previa toma de medidas especificadas por la Unidad de Riesgos Laborales.
25. Tras la cirugía el cirujano principal cumplimentará un protocolo quirúrgico estandarizado, la hoja para el estudio anatomopatológico y los impresos del estudio bioquímico/microbiológico de las muestras realizadas.
26. Postoperatorio inmediato (UCI).
27. Al alta de la UCI, el paciente volverá a una de las camas asignadas dentro del Servicio de Cirugía General (2ª planta).
28. La enfermera responsable abrirá de un plan de cuidados de enfermería en el paciente con COP programada en la planta de hospitalización.
29. En casos seleccionados, el Área de Psiquiatría Psicosomática para pacientes oncológicos, ha desarrollado un programa individualizado de apoyo psicológico para el paciente y familia.
30. Alta hospitalaria (informe del facultativo quirúrgico responsable, enfermera responsable y estomaterapeuta si procede).
31. Estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica con una demora máxima de 10 días.
32. Citación para consulta ambulatoria postoperatoria.

7. OBSERVACIONES.

Estamos pendientes de la acreditación por parte del SALUD de que el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa sea acreditado como el único centro de referencia para todo Aragón en el tratamiento multidisciplinar de todas las patologías relacionadas con la COP.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0049

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL

*** ===== Resumen del proyecto 2019/49 ===== ***

Nº de registro: 0049

Título
CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL (CP) CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL (COP)

Autores:
JIMENEZ BERNADO ALFREDO, BORREGO ESTELLA VICENTE MANUEL, GRACIA SOLANAS JOSE ANTONIO, CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA, ELIA GUEDEA MANUELA, YUBERO ESTEBAN ALFONSO, FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO, GONZALEZ MORAN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: neoplasias malignas del peritoneo
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Aragón, tradicionalmente se han estado derivando a los pacientes con CP para su tratamiento a hospitales de otras comunidades, con la carga emocional y económica que esta externalización conlleva. Esta carga económica no solo grava al SALUD, sino que también merma la economía de los propios pacientes que sufren la enfermedad y de sus familiares.

En España hay más de 30 hospitales acreditados por el Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal (GECOP) y es llamativo que comunidades como Baleares, Navarra y Asturias a pesar de tener menos población que Aragón, poseen desde hace tiempo un programa multidisciplinar de CP en sus hospitales.

Aragón no ha querido seguir dando la espalda a esta realidad y desde la Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, el Dr. Vicente Borrego, el Dr. José Antonio Gracia y yo (Dr. Alfredo Jiménez), nos propusimos hace tiempo consensuar a todos los servicios implicados en el manejo de esta patología porque creíamos era un proyecto indispensable en Aragón.

Tras haber solicitado, consensuado y superado un periodo de formación/acreditación en el tratamiento de esta patología con el Dr. Pedro Barrios en el Hospital Moisés Broggi (Barcelona), pretendemos poner en marcha el programa y establecer al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza como centro de referencia en Aragón del Tratamiento Multidisciplinar de la CP.

RESULTADOS ESPERADOS

Desarrollar de forma centralizada un programa de atención especializada a los pacientes afectados por neoplasias malignas del peritoneo en Aragón, para ofrecerles las mejores opciones terapéuticas, basadas en el tratamiento multidisciplinar con Cirugía Citorreductora Radical (CRS) y la administración de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) en casos seleccionados donde el Comité Multidisciplinar lo considere oportuno.

Definir y sistematizar las actuaciones que se deben realizar para conseguir que nuestros pacientes reciban un tratamiento multidisciplinar de calidad, bien coordinado y eficiente.

Buscar en todo momento el trato de excelencia centrado en el paciente abordando la enfermedad no sólo desde el punto de vista técnico sino también humano, estableciendo como un objetivo prioritario la seguridad de la paciente.

Proporcionar una asistencia integral a los pacientes diagnosticados de CP obteniendo resultados clínicos satisfactorios y seguros con la asistencia dispensada.

Conseguir de forma protocolizada un diagnóstico y tratamiento eficaz, rápido y eficiente, evitando la repetición de pruebas y variabilidad no deseada de la práctica clínica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0049

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL

MÉTODO
idem

INDICADORES

INDICADORES BÁSICOS:

- Morbilidad/mortalidad en postoperatorio inmediato a 90 días
- Estancia media hospitalaria
- Supervivencia global/supervivencia libre de enfermedad (recurrencia) a 1-3-5 años

INDICADORES DE PROCESO:

- N° sesiones multidisciplinarias realizadas. En más del 90% de los casos la frecuencia será semanal/quinquenal en función de la presencia de casos.
- N° sesiones en la que asiste al menos un miembro por Servicio Clínico participante. En más del 90% de los comités la totalidad de los Servicios participantes estarán representados.
- N° informes registrados en Intranet/Hp Doctor. Objetivo 100%.

INDICADORES DE RESULTADO:

- Tiempo demora desde conocimiento por parte del médico responsable hasta su presentación en el Comité de COP, no superará los 7 días. El 85% de los pacientes no superará los 7 días desde conocimiento por el responsable y su presentación en Comité

$$\frac{\text{Nº pacientes presentados después de 7 días tras conocimiento del responsable}}{\text{Nº total pacientes presentados en el Comité}} \times 100$$

- Consultas Cirugía General/Ginecología/Anestesia/Endocrino/ Ostomía, serán el mismo día. El 85% de pacientes tendrán las consultas el mismo día

$$\frac{\text{Nº pacientes sin consultas el mismo día}}{\text{Nº total pacientes con confirmación de COP}} \times 100$$

- Tiempo demora desde confirmación de que procede COP hasta la realización de CRS+/-HIPEC, no superará los 30 días. El 85% de los pacientes no superará los 30 días desde confirmación de COP y realización de CRS+/-HIPEC

$$\frac{\text{Nº pacientes con CRS+/-HIPEC realizada después de 30 días tras diagnóstico}}{\text{Nº total pacientes con confirmación de COP con CRS+/-HIPEC}} \times 100$$

- El tiempo transcurrido desde toma de piezas de COP hasta recepción informe Anatomía Patológica (AP), será inferior a 10 días. El 85% de pacientes no superará los 10 días desde la toma muestras de COP hasta la recepción del informe

$$\frac{\text{Nº de informes recibidos después de 10 días de la COP}}{\text{Nº total informes de AP de pacientes con COP}} \times 100$$

DURACIÓN

Comienzo Marzo 2019 y duración ilimitada (tras los primeros 25 casos el Servicio Aragonés de Salud-SALUD auditará la consecución de objetivos y criterios de calidad planteados en el proyecto).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0151

1. TÍTULO

PLAN CONTROLADO DE EJERCICIO FÍSICO Y LEVANTAMIENTO PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA POR CÁNCER COLO-RECTAL

Fecha de entrada: 01/01/2020

2. RESPONSABLE MANUELA ELIA GUEDEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA
PALACIOS FRANCO MARIA GEMA
CASADO AZNAR ESTHER
JUSTE RUBIO RAQUEL
ASURMENDI GIMENEZ ELENA
ASENSIO LAMATA ALINE
QUINTANA IBAÑEZ CAMINO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el mes de Marzo de 2019 se iniciaron las tareas de diseño y constitución del grupo de trabajo. Durante los meses sucesivos se desarrollaron las tareas descritas a continuación:

- Diseño de un plan controlado de ejercicio físico y movilización precoz que incluye: levantamiento precoz desde la misma tarde del día de la intervención, utilización de incentivos respiratorios, deambulacion precoz y los siguientes ejercicios: aeróbico con pedales, ejercicio de resistencia muscular con cintas elásticas.
- Constitución de un grupo de trabajo formado por cirujano, residentes de cirugía, enfermería y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería para diseñar estrategia a seguir y puesta en marcha del proyecto.
- Información a paciente y familiares en la primera visita en consulta acerca del programa de ejercicio y levantamiento precoz que se llevará a cabo en el postoperatorio.
- El día del ingreso se recuerda a paciente y familiares: ejercicios respiratorios (inspiren), cómo levantarse tras la intervención sin realizar esfuerzo de prensa abdominal y de la manera más autónoma posible y las pautas de caminar y ejercicio aeróbico/anaeróbico de extremidades superiores e inferiores.
- Día de la intervención: al regreso del paciente a planta tras la intervención a las 20:00 h, previa confirmación de que el paciente se encuentra en condiciones adecuadas, auxiliar y enfermera levantan al paciente, junto a familiar, con la pretensión de que el resto de los días paciente y familiares sean autónomos en el levantamiento. Si no hubiera familiares, la auxiliar colaborara, junto con el celador en el levantamiento.
- Primer día postoperatorio: se inician ejercicios, respiratorios y deambulacion. Se indica un circuito por planta preestablecido de 125 m. El paciente realiza 5 vueltas (del circuito de 125 m) en tres tandas a lo largo del día. Se monitoriza frecuencia cardíaca y saturación de O₂ previo al ejercicio y posteriormente.
- Días sucesivos: se lleva a cabo la misma pauta, aumentando la deambulacion de forma progresiva. Los ejercicios de EESS, y respiratorios de realizan en grupo en una de las salas de espera en horario determinado, dirigidos por equipo de enfermería y auxiliares.
- Al alta hospitalaria se entrega una encuesta de satisfacción y sugerencias de mejoras.
- Se elaboró una base de datos recogiendo las siguientes variables: Género, fecha de nacimiento, fecha de intervención quirúrgica, fecha de alta, tipo de intervención quirúrgica, información al paciente (si/no), entrega de tríptico (sí/no), familiar involucrado en el programa de ejercicio (si/no), levantamiento en el postoperatorio, detallado por días con y sin ayuda, utilización de incentivador respiratorio (si/no), deambulacion por días (número de vueltas), realización de ejercicio de pedaleo (si/no) por días, realización de ejercicio con cintas elásticas (si/no) por días, complicaciones postquirúrgicas (si/no), clasificación de las mismas en la escala de Clavien-Dindo y valoración del programa según una encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han incluido un total de 52 pacientes, con una edad media de 68 años (32-89) con una DT±10.81. La distribución por sexo ha sido 42% mujer, 58% varón. En cuanto al tipo de intervención practicada, la distribución fue la siguiente: 36.5% hemicolectomía derecha, 30.8% hemicolectomía izquierda/sigmoidectomía, 15.4% resección anterior de recto, 9.6% amputación abdomino-perineal, 7.7% resecciones múltiples. Del total de los pacientes, el 36.5% presentaron alguna complicación en el postoperatorio inmediato. La estancia media global fue de 6 días (3-15) con una DT±4 días.

El 80% de los pacientes cumplimentaron en un 71% el programa establecido. La deambulacion desde el primer día postoperatorio fue más compleja de llevar a cabo en el grupo de pacientes mayor de 70 años, no así la bicicleta ni el ejercicio aeróbico con cintas.

Los pacientes que se acogieron al menos al 70% del programa presentaron una estancia hospitalaria menor, 5 +/- 2 días frente al grupo de menor cumplimentación $p < 0,02$.

Se evidenciaron menor número de complicaciones globales en el grupo de mayor cumplimiento del programa 28,6% vs 42,4% aunque esa diferencia no resultó estadísticamente significativa.

Las náuseas postoperatorias y el mareo fueron los principales impedimentos para llevar a cabo el programa desde el inicio. El mal control del dolor fue otra de las causas, así como la ausencia de familiar acompañante. La presencia de catéter epidural, drenajes o sondaje vesical (aunque de forma prioritaria se retiró en las primeras 24-48 horas) no supusieron motivo de no realización de ejercicio, ni deambulacion.

El grado de satisfacción de las encuestas realizadas al alta a los pacientes fue en un 78% muy satisfactoria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0151

1. TÍTULO

PLAN CONTROLADO DE EJERCICIO FÍSICO Y LEVANTAMIENTO PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA POR CÁNCER COLO-RECTAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A día de hoy, han quedado demostrados, con abundantes publicaciones, los beneficios de la movilización precoz en el postoperatorio, habiéndose convertido en un factor clave en la mejora de la función pulmonar, la recuperación del tránsito digestivo, el mantenimiento de la fuerza muscular y la reducción de las complicaciones tromboembólicas, entre otros. El empoderamiento del paciente a través de la implicación e información (instrucción con información oral y escrita adaptada a las características individuales) es un punto fundamental en estos programas. La información verbal y escrita, explicativa de los ejercicios a realizar se ha mostrado útil en un alto porcentaje de nuestros pacientes (93%) acorde con otros estudios publicados.

Uno de los principales problemas a los que se enfrentan las guías y recomendaciones de los protocolos de recuperación intensificada, es la baja adherencia a las medidas relacionadas con la movilización precoz. Como han evidenciado otros estudios, los principales motivos de inmovilización postoperatoria, en nuestro estudio fueron el control no adecuado del dolor y la náuseas postoperatorias (más frecuentes en gente joven). No obstante, la información e implicación de todo el personal sanitario involucrado en el cuidado del paciente, es vital para el éxito de estos programas. Garantizar la realización de actividad física que vaya más allá de la movilización básica implica de la necesidad de personal entrenado, si bien a día de hoy no hay evidencia de que el empleo de recursos humanos específicos suponga en beneficio superior. En nuestro servicio contamos con la participación de personal de enfermería y auxiliares que son un elemento clave en el éxito del programa, y se encargan tanto de la instrucción y la supervisión en la realización de los ejercicios, como de la recogida de datos. Por otro lado, un dato escasamente recogido en la literatura, es la importancia e implicación del acompañante/familiar, del paciente postoperatorio, quedando demostrado en nuestro estudio una significativa mayor adherencia al programada con la presencia del mismo. La clara mayor proporción de acompañantes implicados en el grupo de pacientes de levantamiento precoz en nuestro grupo pone de manifiesto la importancia de la motivación de pacientes y familiares.

Como se ha reflejado en los resultados, la presencia de sonda vesical y/o drenaje intraabdominal, en el caso de portarlos, no dificultaron a los pacientes su movilidad ni el levantamiento. No obstante, la tendencia general en el postoperatorio de nuestros pacientes es la retirada precoz de la sonda vesical y minimizar el uso de drenaje. Si bien ya ha quedado establecido el beneficio de los programas de movilización precoz, lo que no está tan bien definido es qué régimen de actividad es el más óptimo para llevarlo a cabo. En nuestro caso hemos optado por combinar el levantamiento precoz, con una estrategia que implica pasar más tiempo levantado que en la cama y la deambulación precoz, junto con ejercicios de resistencia muscular (cintas elásticas) y ejercicios aeróbicos (pedaleo). El uso del incentivador respiratorio está contemplado como parte de la rutina en nuestro programa, si bien sólo existe cierta evidencia de su eficacia en la prevención de complicaciones respiratorias, si lo comparamos con ejercicios respiratorios básicos como puedan ser la realización de inspiraciones forzadas o la tos.

Desde la perspectiva de que un paciente empoderado y un entorno adecuados son fundamentales para el éxito de los programas Fast-Track, este proyecto constituye una muestra de un programa novedoso de levantamiento precoz y terapia física en el postoperatorio inmediato de cirugía colorrectal, incluido en el contexto de un protocolo de recuperación intensificada en pacientes oncológicos. Los resultados obtenidos son prometedores en cuanto a la influencia de dichos programas en la disminución de complicaciones y la estancia media, y fundamental, el grado de satisfacción y la calidad de la asistencia percibida por el paciente, contribuyendo a la recuperación precoz. Por ello, nuestro objetivo es incorporarlo a nuestra práctica clínica habitual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Rabelo JF, Monjero Ares I, Torregrosa-Gallud A, Delgado Plasencia L, Ángel Cuesta M (2006) Programas de rehabilitación multimodal (fast-track) en cirugía laparoscópica colorrectal. *Cir Esp* 80 (6):361-368. doi:10.1016/s0009-739x(06)70988-5
2. Ramirez Rodriguez JM, Ocon Breton J, Arroyo Sebastian A (2015) Nutrición, cirugía y programas de rehabilitación multimodal. *Nutr Hosp* 32:2-3. doi:10.3305/nh.2015.32.1.9203
3. Roig JV, Rodríguez-Carrillo R, García-Armengol J, Villalba FL, Salvador A, Sancho C, Albors P, Puchades F, Fuster C (2007) Rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal. Sobre la resistencia al cambio en cirugía y las demandas de la sociedad. *Cir Esp* 81 (6):307-315. doi:10.1016/s0009-739x(07)71329-5
4. Calvo-Vecino J, Hernández E, Ramirez J, Loínaz C, Traperó C, Quintas C, Antolín A, Rodríguez-Cuellar E, Aguado J, López P, Ripollés-Melchor J, Gurumeta A, Longás J, Suarez de la Rica A, Francés R, Martínez Hurtado E, Urbaneja M (2014) Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA). doi:10.13140/RG.2.1.4775.2804
5. Brown JC, Rhim AD, Manning SL, Brennan L, Mansour AI, Rustgi AK, Damjanov N, Troxel AB, Rickels MR, Ky B, Zemel BS, Courneya KS, Schmitz KH (2018) Effects of exercise on circulating tumor cells among patients with resected stage I-III colon cancer. *PLoS One* 13 (10):e0204875-e0204875. doi:10.1371/journal.pone.0204875
6. Schaller SJ, Anstey M, Blobner M, Edrich T, Grabitz SD, Gradwohl-Matis I, Heim M, Houle T, Kurth T, Latronico N, Lee J, Meyer MJ, Peponis T, Talmor D, Velmahos GC, Waak K, Walz JM, Zafonte R, Eikermann M (2016) Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial. *The Lancet* 388 (10052):1377-1388. doi:10.1016/S0140-6736(16)31637-3
7. Fiore JFJ, Castelino T, Pecorelli N, Niculiseanu P, Balvardi S, Hershorn O, Liberman S, Charlebois P, Stein B, Carli F, Mayo NE, Feldman LS (2017) Ensuring Early Mobilization Within an Enhanced Recovery Program for Colorectal Surgery: A Randomized Controlled Trial. 266 (2):223-231. doi:10.1097/sla.0000000000002114

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0151

1. TÍTULO

PLAN CONTROLADO DE EJERCICIO FISICO Y LEVANTAMIENTO PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA POR CANCER COLO-RECTAL

8. Mayo NE, Feldman L, Scott S, Zavorsky G, Kim DJ, Charlebois P, Stein B, Carli F (2011) Impact of preoperative change in physical function on postoperative recovery: Argument supporting prehabilitation for colorectal surgery. *Surgery* 150 (3):505-514. doi:10.1016/j.surg.2011.07.045

9. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, Rockall TA, Young-Fadok TM, Hill AG, Soop M, de Boer HD, Urman RD, Chang GJ, Fichera A, Kessler H, Grass F, Whang EE, Fawcett WJ, Carli F, Lobo DN, Rollins KE, Balfour A, Baldini G, Riedel B, Ljungqvist O (2019) Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. *World J Surg* 43 (3):659-695. doi:10.1007/s00268-018-4844-y

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/151 ===== ***

Nº de registro: 0151

Título
PLAN CONTROLADO DE EJERCICIO FISICO Y LEVANTAMIENTO PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA POR CANCER COLO-RECTAL

Autores:
ELIA GUEDEA MANUELA, CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA, PALACIOS FRANCO MARIA GEMA, CASADO AZNAR ESTHER, JUSTE RUBIO RAQUEL, ASURMENDI GIMENEZ ELENA, ASENSIO LAMATA ALINE, QUINTANA IBAÑEZ CAMINO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El reposo en cama aumenta la resistencia a la insulina, incrementa la pérdida de masa y fuerza muscular y altera la función pulmonar. La movilización precoz del paciente intervenido de cáncer colo-rectal ha demostrado ser una medida eficaz para la disminución de complicaciones respiratorias, vasculares, disminución del íleo postoperatorio, además de reincorporar al paciente cuanto antes a su actividad habitual.
El levantamiento y la deambulación en el postoperatorio temprano es uno de los items que recomienda la guía RICA de recuperación intensificada en cirugía abdominal. No obstante, para que esta medida se pueda llevar a cabo, se requiere un entorno de cuidados que faciliten la movilización precoz, con un personal sanitario motivado y coordinado y por supuesto una información adecuada de la importancia del mismo.
Por otro lado la participación de los pacientes y familiares en el proceso de recuperación tras cirugía colorectal debe ser mandatorio en la actualidad, donde cada vez es más relevante el empoderamiento de los pacientes. Un paciente implicado activamente en su recuperación, motivado para ello, y enseñado con tal objetivo, se siente "menos enfermo", consiguiendo reducir parte del estrés perioperatorio que conlleva el diagnóstico de una enfermedad maligna y una intervención quirúrgica.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de nuestro proyecto es proporcionar a los familiares y pacientes intervenidos de cáncer colo-rectal, un plan de cuidados postoperatorios que incluyan la movilización precoz y autónoma y una serie de ejercicio físico (respiratorio, aeróbico y anaeróbico) durante el ingreso.
Implicar a paciente y familiares en la recuperación, realizando enseñanzas sobre levantamiento precoz, y ejercicios dirigidos desde el primer día del ingreso.
Reducir las complicaciones y la estancia hospitalaria.
Valorar el confort y grado de satisfacción de nuestros pacientes durante su ingreso.
Empoderar al paciente en su recuperación.
Como último objetivo, este programa pretende gestionar de forma más adecuada el trabajo de auxiliares y celador de planta, centrándose en los pacientes que más cuidados precisan.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0151

1. TÍTULO

PLAN CONTROLADO DE EJERCICIO FISICO Y LEVANTAMIENTO PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA POR CANCER COLO-RECTAL

MÉTODO

Al ingreso del paciente se les explicará el plan diseñado durante su estancia, por facultativo, enfermera y auxiliar (información verbal y escrita).
El mismo día del ingreso se enseñará a paciente y familiares: ejercicios respiratorios (inspiron), cómo levantarse tras la intervención sin realizar esfuerzo de prensa abdominal y de la manera más autónoma posible y las pautas de caminar y ejercicio anaeróbico de EESS.
El primer día postoperatorio a su regreso a planta tras la intervención a las 20:00 h auxiliar y enfermera levantarán al paciente, junto con el familiar, con la pretensión de que el resto de los días paciente y familiares sean autónomos en el levantamiento. Si no hubiera familiares, la auxiliar colaborará en el levantamiento.
El primer día postoperatorio, se comenzarán ejercicios de EESS, respiratorios y deambulacion. Se indicará un circuito por planta preestablecido de 125 m. El paciente realizará 5 vueltas en tres tandas a lo largo del día. Se monitorizará frecuencia cardíaca y saturación de O2 previo al ejercicio y posteriormente.
El resto de días se realizará la misma pauta, aumentando la deambulacion de forma progresiva.
Los ejercicios de EESS, y respiratorios de podrán realizar en grupo en una de las salas de espera en horario determinado, dirigidos por enfermera y auxiliar.
Al alta hospitalaria se entregará una encuesta de satisfacción y sugerencias de mejoras.

INDICADORES

- 1.- Número de pacientes intervenidos por cáncer colo-rectal que realizan el plan de ejercicios/ Número de pacientes intervenidos por cáncer colo-rectal
- 2.- Tiempo en metros caminados/día por cada paciente
- 3.- Número de pacientes intervenidos por cáncer colo-rectal > 70 años que realizan el plan de ejercicios/ Número de pacientes intervenidos por cáncer colo-rectal
- 4.- Dificultades de la puesta en marcha del programa
- 5.- Número de veces en los que es necesario la auxiliar/celador para levantar al paciente intervenido de cáncer colo-rectal/Número de veces durante el ingreso que se levanta el paciente
- 6.- Complicaciones (escala de Clavien-Dindo)
- 7.- Estancia hospitalaria
- 8.- Grado de satisfacción de los pacientes

DURACIÓN

Responsables: facultativos de cirugía colo-rectal, enfermeras y auxiliares de enfermería de planta de cirugía.
Primera reunión de trabajo informativa para todo el personal implicado en Marzo de 2019. Puesta en marcha en abril de 2019. Los datos se recogerán de manera prospectiva. El primer análisis se realizará al año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0239

1. TÍTULO

INFORMATIZACIÓN DEL PROTOCOLO QUIRÚRGICO EN UNIDAD DE MAMA (UMAC) DEL HCU LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE LAURA SANCHEZ BLASCO
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DELGADO BLANCO ELENA
MARIN CALAHORRANO JUAN PABLO
ARRIBAS DEL AMO MARIA DOLORES
GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA
GUEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se crearon informáticamente en Word cinco protocolos preformados conteniendo localización, ubicación de la patología por cuadrantes, la uni o bilateralidad, la técnica realizada, la adicción o no de técnicas agregadas (Biopsia selectiva del ganglio centinela, linfadenectomía, colocación de prótesis, colocación de drenajes...), el uso de profilaxis antibiótica así como una ilustración básica del área mamaria (por si requería de representación).

Se introdujo por parte de informática, la nota operatoria preformada en 5 formatos posibles: tumorectomía, mastectomía, mastectomía subcutánea bilateral, mamoplastia de reducción y ginecomastia en el varón, siendo dada de alta en los documentos pertenecientes al área quirúrgica del HP Doctor al personal médico que conforman la Unidad de Mama así como a los residentes formados en tal unidad. Se elaboraron protocolos tipo para los 5 tipos de cirugía más frecuentes.

Se evalúan los datos de los últimos 6 meses del año 2019 tras la incorporación de los protocolos automatizados en Junio 2019 por el Servicio de Informática.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se recogieron los datos desde el 1 de Julio 2019 hasta el 31 Diciembre de 2019, durante éste periodo se realizaron un total de 178 intervenciones de cirugía mamaria, y en un 96% de las mismas se realizó el protocolo quirúrgico preformado en el HP Doctor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La informatización en medicina se ha convertido en un elemento más de la buena práctica médica, al constituir un instrumento de gran utilidad, tanto para la asistencia como para la gestión. Por otra parte existen también los conocidos inconvenientes, relacionados principalmente con la seguridad de los datos y la salvaguarda del principio ético de confidencialidad, quizá sea éste la mayor desventaja de la informatización de la hoja operatoria. Por ello son también necesarias medidas de seguridad en los sistemas de información, teniendo siempre presente que ningún sistema garantiza el riesgo cero al igual que la información en papel.

En la medicina institucionalizada se produce una serie de circunstancias que no favorecen la salvaguarda de la confidencialidad. Una de ellas es el elevado número de personas que, por cuestiones operativas, tienen acceso a este tipo de información.

Pero, aunque los sistemas de informatización pueden asegurar, en principio, un mayor control del acceso a los datos clínicos registrados sobre un paciente y una mayor transparencia, también pueden generar un mayor riesgo de acceso y divulgación no autorizada de los datos para fines distintos de los que llevaron a su recogida y conservación

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/239 ===== ***

Nº de registro: 0239

Título
INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN UNIDAD DE MAMA (UMAC) DEL HCU LOZANO BLESA

Autores:
SANCHEZ BLASCO LAURA, DELGADO BLANCO ELENA, MARIN CALAHORRANO JUAN PABLO, ARIBAS DEL AMO MARIA DOLORES, GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA, GUEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0239

1. TÍTULO

INFORMATIZACIÓN DEL PROTOCOLO QUIRÚRGICO EN UNIDAD DE MAMA (UMAC) DEL HCU LOZANO BLESA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CIRUGIA MAMARIA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El protocolo quirúrgico (PQ), también denominado hoja quirúrgica, protocolo operatorio, nota operatoria, constituye un elemento fundamental de la historia clínica de los pacientes asistidos en servicios quirúrgicos y su función principal es la de servir como nexo de comunicación entre todos los integrantes de salud responsables, tanto de aquellos involucrados durante el ingreso como en la posterior atención ambulatoria o domiciliaria. Su lectura y comprensión debe permitir el conocimiento acabado del procedimiento quirúrgico desarrollado así como de los hallazgos, táctica adoptada y técnica quirúrgica, eventuales dificultades, incidentes y/o complicaciones y observaciones a detallar.
La presencia a esta información de manera global en la Historia Clínica Electrónica permite el acceso directo informatizado, desde cualquier centro del área, con información clara, concisa, detallada y esquematizada, ya que a veces adjunta además una imagen explicativa para contribuir a su comprensión.
Bien conocida y significativa es su utilidad como elemento de evaluación de la calidad de atención médica, para la realización de trabajos científicos, a las actuales circunstancias de epidemia de juicios por presunta malap Praxis imponen una cuidadosa y detallada elaboración, por ser dicho elemento de la historia clínica, en numerosas oportunidades, fundamental para el esclarecimiento de un caso. No puede obviarse que un correcto manejo de riesgo médico- legal impone una cuidadosa elaboración de dicho documento, por ser fundamental para el conocimiento acabado de todas las circunstancias que rodean la atención de un paciente en particular.
La creación de protocolos preformados con los detalles a especificar tales como localización, la ubicación de la patología por cuadrantes, la uni o bilateralidad, la técnica realizada, la adición o no de técnicas agregadas (Biopsia selectiva del ganglio centinela, linfadenectomía, colocación de prótesis, colocación de drenajes...), el uso de profilaxis antibiótica confecciona de esta manera un protocolo sencillo, completo que consigue además el perfeccionamiento de la nota operatoria.

RESULTADOS ESPERADOS

Informatizar el protocolo quirúrgico de la Unidad de Mama (UMAC) de HCU Lozano Blesa
1. Mejora de intercomunicación entre los médicos tratantes
2. Tratarse de información relevante, accesible, legible, completa, sin opción al extravío
3. Fácil acceso a un elemento docente, a análisis estadísticos, análisis de costos (prestaciones, prótesis, material utilizado...)
4. Adjuntar si es solicitado como información al paciente

MÉTODO

Informatización completa de los datos del protocolo operatorio de la UMAC a partir de Julio del 2019

INDICADORES

Evaluación retrospectiva de fichas de protocolo quirúrgico realizados a través del HP Doctor y/o Historia Clínica Electrónica

DURACIÓN

Abril 2019: grupo de trabajo, contacto con informática,
Mayo 2019: creación de plantillas base de protocolos quirúrgicos preformados de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes con los ítems a rellenar.
Junio 2019: integración del protocolo quirúrgico informatizado en HP Doctor.
Enero 2020: valoración de los primeros protocolos quirúrgicos informatizados para detección de problemas y resolución.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0374

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE UNA HOJA DE ACOGIDA CON INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESADA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 29/01/2020

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.

CRISTOBAL MENDEZ NURIA MARIA
GONZALVO APARICIO LUCIA
LOPEZ MARTINEZ ANA CRISTINA
EZQUERRA CASAUS LAURA
PINILLA JOVEN NOELIA
SANZ PLUMED ANA VICTORIA
SANZ SANMIGUEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante la primera parte del proyecto buscamos información y creamos un boceto de lo que sería nuestra hoja de acogida. Comparamos guías y hojas de otros hospitales, servicios... decidimos que información era la queríamos plasmar y como. Para ello nos reunimos en dos ocasiones.
Nos juntamos una vez más para terminar de darle forma a la hoja de acogida, hemos hecho un díptico con información para pacientes y familiares.
En septiembre 2019 le enseñamos el trabajo a los supervisores de la unidad y jefe del servicio, nos retocan algunos aspectos, los modificamos y nos dan el visto bueno.
También le mostramos el trabajo a la secretaría del servicio.
Al mes siguiente pasamos al servicio de calidad. Tenemos una reunión con ellos, nos plantean que el formato no es el adecuado, es obligatorio seguir las plantillas creadas en el hospital.
Trasladamos toda la información al nuevo formato.
Se lo mostramos a la supervisora de enfermería y jefe de servicio.
Comenzamos una prueba entregando la hoja de acogida a pacientes y familiares .
Siempre los pacientes de las mismas habitaciones (206-211) tendrán la hoja de acogida, el resto de pacientes seguirán como hasta ahora.
Al final del ingreso se les pasa una encuesta.
Tenemos una nueva reunión con el servicio de calidad del hospital para perfilar el tríptico.
Una vez terminado el tríptico se lo enseñamos al resto de personal y decidimos cuando es el mejor momento de entregarlo.
Actualmente el tríptico está en el servicio de calidad pendiente de colgarlo en la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos realizado un tríptico para pacientes y familiares con información del servicio de la planta.
Los resultados obtenidos en las encuestas son muy buenos.
Durante la fase de prueba dimos folleto sólo a unos pacientes determinados, comprobando que estos cumplen mejor las normas del servicio y están más organizados.
Todos los encuestados prefieren tener la información por escrito. Algún familiar nos ha comentado que con una buena información al ingreso es suficiente. Pero por lo general la satisfacción con el tríptico es muy alta entre los pacientes, familiares y el personal.
Cuando los pacientes vienen al servicio seguimos dando la información de manera verbal, les contamos el funcionamiento de la planta, pero ahora tenemos la información también por escrito, va ha ser un gran apoyo para el paciente y para el profesional.
No hemos realizado encuesta al personal, pero si que en general nos han trasladado su satisfacción con la introducción del tríptico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos trabajado y nos ha gustado crear este folleto sobretodo porque era algo que que queríamos hacer hace tiempo y porque hace falta en la unidad. Pensamos que va ha venir muy bien para mejorar el funcionamiento, y para evitar errores.
En el primer diseño del díptico cometimos el error de diseñarlo sin preguntar más. Perdimos mucho tiempo. Hemos aprendido que hay que seguir las normas del hospital, que ya hay unas plantillas creadas para tal fin y que no nos podemos saltar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/374 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0374

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE UNA HOJA DE ACOGIDA CON INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Nº de registro: 0374

Título
REALIZACION DE UNA HOJA DE ACOGIDA CON INFORMACION PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Autores:
SOLER LANZUELA FRANCISCO, CRISTOBAL MENDEZ NURIA MARIA, GONZALVO APARICIO LUCIA, LOPEZ MARTINEZ ANA CRISTINA, EZQUERRA CASAUS LAURA, PINILLA JOVEN NOELIA, SANZ PLUMED ANA VICTORIA, SANZ SANMIGUEL CARMEN

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: Enfermedades endocrinos-metabólicas, enfermedades digestivas, neoplasias, enfermedades de la piel y tejido subcutáneo.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Necesidad de crear un medio físico donde tener toda la información que les damos a los pacientes, para así dársela en el momento del ingreso.
En estos momentos no tenemos ningún documento que plasme gráficamente la información que damos de manera verbal en cuanto al funcionamiento de la unidad, hospital, y los consejos generales durante el ingreso.
Los pacientes al ingreso llegan a un medio desconocido, donde reciben mucha y nueva información, todo ello unido a la situación de ansiedad y estrés que les genera el propio ingreso hace que la información no sea recibida adecuadamente y se pierda. Por ello pensamos que un documento que refleje dicha información por escrito facilitaría el confort, la seguridad y la tranquilidad del paciente y de sus familiares.

RESULTADOS ESPERADOS

-Reforzar y potenciar la información/comunicación entre paciente/familia y personal sanitario, y el medio que lo rodea (hospital).
-Aportar seguridad al paciente.
-Unificar criterios en la información que se le da al paciente.
- Garantizar que el paciente esté informado durante el proceso asistencial
El proyecto va dirigido a los pacientes que ingresan en la unidad, tanto de forma programada como urgente.

MÉTODO

-Búsqueda de información, revisión de guías de otros hospitales y/o servicios del HCU Lozano Blesa. Sondeo al personal de planta acerca de lo que se hace/dice, como se informa cuando un paciente llega a la unidad.
-Primera reunión del equipo, puesta en común de ideas y redacción del primer borrador del proyecto.
-Se pondrá en conocimiento de supervisores de planta, jefe de servicio y subdirección de enfermería del área quirúrgica.
-Segunda reunión del equipo. Diseño y finalización de hoja.
-Presentación de hoja y explicación al equipo asistencial.
-Puesta en marcha.
-Elaboración de encuestas personal sanitario.

INDICADORES

-Numero de personas a las que les damos la hoja de acogida.
-Numero de folletos impresos.
- Disminución del número de preguntas relacionadas con la información dada. (mediante encuesta al personal).
-Grado de satisfacción del personal. (mediante encuesta al personal).
% de pacientes a los que entregamos el el folleto informativo se muestran mas seguros al recordar la información que les damos de manera verbal.
Incremento y mejora de la comunicación entre paciente/familia y personal y relación con el medio.

DURACIÓN

Inicio del proyecto marzo 2019- Finalización del proyecto septiembre 2019.

Durante el primer trimestre realizaremos la búsqueda de información, revisión de guías...se realizará la puesta en común de ideas mediante una reunión de equipo donde también se elaborará un primer borrador del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0374

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE UNA HOJA DE ACOGIDA CON INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

folleto.
Una vez realizada la primera reunión se comunicará a los responsables del servicio, supervisora de planta, jefe del servicio y subdirección de enfermería del área quirúrgica para su aprobación.
Durante el segundo trimestre terminaremos el diseño del folleto, trasladándolo al servicio de calidad del hospital para su aprobación.
Para finalizar se presenta al equipo asistencial para su puesta en marcha.

OBSERVACIONES
La sala de trabajo que utilizaremos será la sala de reuniones de la planta que está ubicada en el control de enfermería del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

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 - 2019/0554

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 24/12/2019

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN DIARTE ABENIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANZ PLUMED ANA VICTORIA
BUENO FENERO SARA
SOLER LANZUELA FRANCISCO
SANCHEZ BUEY MILAGROS
CASTAÑO CARMEN
RUBIO NATALIA
OCON BRETON JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

a) Formación del equipo de trabajo multidisciplinar. En él participan enfermeros del servicio de cirugía general, de la unidad de estomaterapia, del servicio de urgencias y de atención primaria, además del servicio de nutrición.
b) Búsqueda bibliográfica.
c) Elaboración de documento "borrador".
Ha sido revisado por el servicio de nutrición, y por 2 cirujanos del servicio de cirugía general del hospital y mostrado a los pacientes "expertos" colaboradores en el grupo de educación sanitaria "Taller para pacientes ostomizados y familiares(...)"
?
?

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Número de visitas no programadas a las consultas externas y a urgencias en el primer mes post-intervención relacionadas con aspectos dietéticos.
-Grado de satisfacción de los pacientes por medio de entrevista en consultas.
No existen indicadores ni valores estándar en la literatura con los cuales comparar el impacto de nuestro proyecto.
Los indicadores descritos se evaluarán a los 6 meses de la implementación del documento informativo como apoyo a la información oral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de trabajo ha realizado las actividades propuestas para la consecución de objetivos.
Aspectos pendientes:
Analizar el feed back recibido para la corrección y mejora del documento borrador (consenso del equipo multidisciplinar)
Presentación del proyecto final al equipo directivo del servicio: jefe cirugía, supervisora de unidad.
Presentación a la unidad de Calidad para iniciar su difusión.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0554

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades del aparato genitourinario

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

1. TÍTULO

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

Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

Objetivos:

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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 bibliográfica 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 traves 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.

2.

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 hematies 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 - 2018/1381

1. TÍTULO

INCORPORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS DE CIRUGIA DE MANO PARA INTERVENCIONES CARENTES DEL MISMO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE EDUARDO BLANCO BAIGES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMBAN MASCARAY NOEMI
CASTAN BELLIDO LIDIA
GOMEZ VALLEJO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Evaluación de las cirugías de mano y muñeca realizadas en nuestro servicio durante el último año.
Revisión de los consentimientos informados existentes en nuestro servicio y en la intranet de nuestro hospital, y analizar las carencias en cuanto a patología de mano y muñeca.
Elaboración de los consentimientos informados de las patologías de mano y muñeca más frecuentes realizadas en nuestro servicio que no contaban con uno propio.
Disposición de los consentimientos realizados para su uso en consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El análisis llevado a cabo por el grupo de trabajo tuvo como resultados la elaboración de 11 consentimientos informados nuevos homologados por la Sociedad Española de Cirugía de Mano (Artroscopia de muñeca; Reparación de fibrocartilago triangular; Tratamiento artroscópico de las inestabilidades carpianas; Tenosuspensión por rizartrrosis; Lesión del ligamento cubital metacarpo-falángico del pulgar; Artroplastia de muñeca y dedos; Inestabilidad escafolunar; Mano congénita; Tratamiento del Dupuytren con colagenasa; Osteotomía de radio y cúbito; Sinovectomía de mano y muñeca), y su incorporación a la práctica clínica en la consulta donde se explica al paciente el tipo de cirugía a realizar y sus posibles complicaciones.
Ambas acciones cumplen los indicadores propuestos previamente (mínimo de 10 consentimientos y su implantación en la consulta).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la realización del proyecto se evidencia la dificultad para el transcurso de la consulta prequirúrgica sin contar con los consentimientos adecuados para las cirugías específicas de mano y muñeca, y la mejora de la misma al disponer de dichos consentimientos.
Con la incorporación de los consentimientos se facilita al paciente la comprensión de la cirugía y se mejora la cobertura legal del facultativo.
Se evidencia que todavía quedan consentimientos pendientes de incluir para cirugías poco frecuentes, ya que la cirugía de mano y muñeca ha aumentado sus procedimientos considerablemente en las últimas décadas con la adquisición de nuevos implantes y nuevas técnicas quirúrgicas que antes no eran usuales, como la artroscopia de muñeca y la microcirugía. Se puede ampliar en un futuro este proyecto para otras intervenciones, sin coste alguno. También se considera como el siguiente paso de este proyecto la incorporación de los consentimientos presentados a su pestaña de intranet pertinente para facilitar su utilización a los facultativos de nuestro servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1381 ===== ***

Nº de registro: 1381

Título
INCORPORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS DE CIRUGIA DE MANO PARA INTERVENCIONES CARENTES DEL MISMO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Autores:
BLANCO BAIGES EDUARDO, LAMBAN MASCARAY NOEMI, CASTAN BELLIDO LIDIA, GOMEZ VALLEJO JESUS

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
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1381

1. TÍTULO

INCORPORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS DE CIRUGIA DE MANO PARA INTERVENCIONES CARENTES DEL MISMO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Hoy día el número de procedimientos quirúrgicos en Traumatología ha aumentado considerablemente respecto a las últimas décadas. Los avances son más notorios en campos específicos como la cirugía de mano y muñeca, y lo que antes eran intervenciones excepcionales hoy son cirugías cotidianas (artroscopia de muñeca, tenosuspensión por rizartrosis, transferencias tendinosas, injertos vascularizados, microcirugía, artroplastias de carpo y dedos, acortamiento de cúbito,...).
El marco legal alrededor de muchos de estos procedimientos no está del todo actualizado, y concretamente no disponemos de los consentimientos informados específicos de estos procesos.
En la práctica clínica de la consulta, al incluir a muchos pacientes en la lista de espera quirúrgica por cirugía de mano y muñeca es necesario dar al usuario un consentimiento general sobre el que hay que escribir las complicaciones específicas de cada proceso, y existe la posibilidad de no aclarar todos los posibles riesgos y complicaciones. Con respecto a cirugías convencionales (que disponen de consentimiento propio), el tiempo de consulta se incrementa notablemente y el respaldo legal es menor.

RESULTADOS ESPERADOS

Dar al paciente una información más adecuada y detallada sobre el procedimiento quirúrgico de mano o muñeca al que se va a someter.
Facilitar al facultativo la práctica clínica en la consulta.
Agilizar los trámites en la inclusión en lista de espera quirúrgica.
Ampliar el respaldo legal del facultativo.

MÉTODO

Evaluación de las cirugías de mano y muñeca realizadas en nuestro servicio durante el último año para elaborar un listado de las más frecuentes.
Revisar los consentimientos existentes en Cirugía Ortopédica y Traumatología relativos a cirugía de mano y muñeca.
Elaborar consentimientos quirúrgicos de las intervenciones más frecuentes que presenten carencias documentales.
Disponer de dichos consentimientos en la consulta para su uso.
Estas acciones se llevarán a cabo por el equipo de mejora de este proyecto.

INDICADORES

Los indicadores serán:
- la realización de un mínimo de 10 consentimientos informados nuevos.
- la incorporación de los consentimientos a la práctica clínica en la consulta.

DURACIÓN

Los consentimientos se realizarán desde Julio hasta Diciembre del 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 - 2018/1415

1. TÍTULO

DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA LA INFECCION ASOCIADA A ARTROPLASTIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE FELICITO GARCIA-ALVAREZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALBAREDA ALBAREDA JORGE
LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL
ESTELLA NONAY RUBEN
BURILLO FUERTES PILAR
GRAN UBEIRA NESTO
SARASA ROCA MARTA
ANGULO CASTAÑO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado una ficha específica para la recolección de los datos del paciente que se incluye en lista de espera quirúrgica para la implantación de una artroplastia de rodilla y cadera y en el momento del ingreso hospitalario para la cirugía programada.
Se ha iniciado la incorporación de dicha ficha en la historia clínica realizada en las consultas del servicio.
Se ha iniciado la revisión de dicha ficha y actualización al ingreso hospitalario del paciente para ser intervenido.
Se está realizando un seguimiento de dichos pacientes y detección de las infecciones asociadas.
Se han realizado sesiones formativas periódicas sobre las artroplastias y sus complicaciones a los miembros del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza (14-09-2018 Tipos de implantes en el recambio de la artroplastia de rodilla.
26-10-2018 Tipos de implantes en el recambio de la artroplastia de cadera.
23-11-2018 El aparato extensor en la artroplastia de rodilla: indicaciones terapéuticas, consecuencias y complicaciones postquirúrgicas.).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos recogidos son insuficientes para la elaboración de conclusiones válidas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto está sirviendo para formar a los médicos residentes del servicio en el análisis clínico y de datos. Ha mejorado la percepción de la importancia de los factores de riesgo para el desarrollo de la infección asociada a la artroplastia por parte del personal facultativo del servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1415 ===== ***

Nº de registro: 1415

Título
DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA LA INFECCION ASOCIADA A ARTROPLASTIA

Autores:
GARCIA-ALVAREZ GARCIA FELICITO, ALBAREDA ALBAREDA JORGE, LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL, ESTELLA NONAY RUBEN, CASTILLO PALACIOS ANDRES, BURILLO FUERTES PILAR, LORENZO LOPEZ RAUL, GRAN UBEIRA NESTOR

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 ..: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1415

1. TÍTULO

DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA LA INFECCION ASOCIADA A ARTROPLASTIA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La infección asociada a artroplastia supone una grave amenaza para la salud del paciente, un deterioro de su capacidad funcional y un alto coste económico y de recursos para el sistema sanitario. La incidencia de la infección en la artroplastia primaria de cadera está cerca del 1% en artroplastia de cadera primaria, entre un 2-3% en la artroplastia de rodilla primaria, y cercana al 5% en la artroplastia de recambio de rodilla no séptica. El incremento en el número de artroplastia implantadas cada año, el envejecimiento de la población y de sus co-morbilidades asociadas, provocan que el problema se acreciente. Entre los factores asociados a este tipo de infecciones existe una parte vinculada a la técnica quirúrgica, condiciones del material y de los quirófanos, y otra parte importante asociada a la predisposición de determinados pacientes por las características de su sistema inmunológico, los tratamientos habituales o las co-morbilidades asociadas. Hay un esfuerzo continuado en la eliminación del riesgo asociado al material. Pero existe un campo de trabajo en la detección y control de los factores asociados al paciente que le predisponen al desarrollo de una infección asociada a la artroplastia. Algunos de estos factores aparecen posteriormente en el tiempo, como es el caso de la aparición de infecciones en otras partes del organismo en pacientes portadores de artroplastia que provoca una bacteriemia, y esta una colonización del implante con el desarrollo posterior de una infección asociada a la artroplastia.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Detección y análisis de los factores del paciente que se asocian a un mayor riesgo de infección asociada a artroplastia.
- 2- Control y disminución de esos factores de riesgo.
- 3- Educación del paciente sobre los factores de riesgo.
- 4- Determinación de la incidencia de infección asociada a artroplastia en nuestro medio.

MÉTODO

- 1-Elaboración de una ficha específica para la recolección de los datos del paciente que se incluye en lista de espera quirúrgica para la implantación de una artroplastia de rodilla, cadera u hombro. Anamnesis sobre hábitos tóxicos, co-morbilidades y medicación habitual.
- 2-Sesiones formativas periódicas (1/cuatrimestre) sobre las artroplastias y sus complicaciones a los miembros del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.
- 3- Incorporación de dicha ficha en la historia clínica realizada en las consultas del servicio.
- 4- Revisión de dicha ficha y actualización al ingreso hospitalario del paciente para ser intervenido.
- 5- Seguimiento de dichos pacientes y detección de las infecciones asociadas.
- 6- Análisis de la población estudiada y correlación de los datos recogidos.

INDICADORES

Para el diagnóstico de la infección asociada a artroplastia se aplicarán los criterios de la Musculoskeletal Infection Society (Parvizi et al. Clin Orthop Relat Res 2011; 469(11)). Se confeccionará una base con los datos recogidos.

DURACIÓN

Inicio octubre de 2018.
Finalización diciembre de 2020.
Responsables: Felícito García-Alvarez, Jorge Albareda, José Manuel Lasierra, Pilar Burillo y los colaboradores indicados en el listado.
Sesiones cuatrimestrales con el servicio de Cir Ortop. y Traumatología, además de una sesión previa conjunta para la puesta en marcha de la recogida de datos en las consultas.
Al finalizar el proyecto. análisis de los resultados y publicación de los mismos en revistas científicas.

OBSERVACIONES

En una segunda fase del estudio se plantearía un proyecto de mejora con intervención directa sobre los factores de riesgo detectados durante el periodo previo a la cirugía.

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 - 2018/1428

1. TÍTULO

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE EMILIO JUAN GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAÑO PARDO JOSE RAMON
GARCIA GUTIERREZ CESAR
MORALES ANDALUZ JOSE
MORTE ROMEA ELENA
GOMEZ VALLEJO JESUS
TORRES CAMPOS ANTONIO
CASTAN BELLIDO LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han programado pacientes que requieren terapia antibiótica para su tratamiento de forma ambulatoria, procediéndose al alta hospitalaria una vez su proceso quirúrgico lo permitía, evitando estancias prolongadas y continuando la terapia antibiótica necesaria de forma ambulatoria.
Se ha cumplido el calendario previsto con uso mínimo de recursos ya disponibles en nuestro hospital

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha disminuido la exposición y con ello el riesgo a la adquisición / transmisión de microorganismos resistentes o infecciones nosocomiales
Hemos evitado trastornos a los pacientes y sus familiares, con un recurso más eficiente de los recursos sanitarios, con disminución de forma llamativa de la estancia hospitalaria, evitando además el bloqueo de habitaciones, permitiendo un uso compartido y multiplicando con ello la disponibilidad de camas para ingresos hospitalarios.
Se ha permitido una incorporación antes a la actividad habitual, incluso laboral, con una mejor satisfacción del paciente con el servicio prestado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se trata de un proyecto altamente eficiente, con un uso mínimo de medios materiales y humanos, un ahorro en tiempo y recursos máximo y una mejora de la calidad asistencial importante

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1428 ===== ***

Nº de registro: 1428

Título
TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)

Autores:
JUAN GARCIA EMILIO, PAÑO PARDO JOSE RAMON, GARCIA GUTIERREZ CESAR, MORALES ANDALUZ JOSE, MORTE ROMEA ELENA, GOMEZ VALLEJO JESUS, TORRES CAMPOS ANTONIO, CASTAN BELLIDO LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Procesos Infecciosos
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El número de prótesis puestas en Traumatología se multiplica cada año, requiriendo optimizar los tiempos quirúrgicos, los recursos humanos y materiales y fundamentalmente la estancia hospitalaria.
Además las prótesis de rodilla y cadera se llevan implantando desde hace muchos años lo que obliga a cirugías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1428

1. TÍTULO

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)

de recambio de dichos implantes, cirugías que son más complejas y subsidiarias de mayores complicaciones. Un porcentaje de pacientes sufren una infección o requieren un recambio de una prótesis séptica, en uno o 2 tiempos y por lo tanto sufrirán una ó 2 intervenciones quirúrgicas más tras la prótesis inicial, con las consiguientes estancias hospitalarias y recursos necesarios. Un elevado número de estos pacientes podrían ser dados de alta sin ningún problema, pero nos encontramos que debido al tratamiento antibiótico parenteral que requieren, deben mantener su estancia hospitalaria una media de 3 semanas, simplemente para recibir la antibioterapia necesaria, cuando si no fuera por dicho motivo, este paciente podría ser dado de alta en 5-7 días.

En nuestro hospital solo es posible administrar tratamientos antibióticos por vía intravenosa a pacientes ingresados y exclusivamente por dicho motivo se mantienen ingresados a pacientes clínicamente estables simplemente para recibir antibioterapia parenteral. Esta situación:

- conlleva un aumento del riesgo de adquisición/transmisión de microorganismos resistentes o infecciones nosocomiales
- supone un perjuicio para el paciente y sus familiares
- implica un uso ineficiente de los recursos sanitarios.
- Prolonga innecesariamente la estancia hospitalaria
- Obliga en ocasiones a bloquear camas para no compartir habitaciones los procesos sépticos con cirugías con implantes

Para evitar esta situación de riesgo, perjuicio para los pacientes, ineficiencia para el sistema y medias elevadas de estancia hospitalaria por causas poco justificadas, existen los programas de antibioterapia parenteral de forma ambulatoria.

RESULTADOS ESPERADOS

No puede ser que algo tan simple a priori como la administración parenteral de un antibiótico, obligue a pacientes a mantener sus ingresos hasta una media de 3 semanas, cuando en menos de una podrían estar en su domicilio, con los beneficios que reportan tanto para ellos, como para el propio sistema de Salud.

Por ello el objetivo del proyecto ha de ser la aplicación de la antibioterapia de forma ambulatoria a todos estos pacientes intervenidos de prótesis articular, que no requieren ingreso hospitalario por ningún otro motivo que el simple hecho de dicho tratamiento, logrando con ello:

- Disminuir el riesgo de adquisición/transmisión de microorganismos resistentes o infecciones nosocomiales
- Evitar perjuicios para el paciente y sus familiares
- Evitar el uso ineficiente de los recursos sanitarios.
- Disminuir llamativamente la estancia hospitalaria
- Evitar el bloqueo y uso compartido de habitaciones en este tipo de procesos, multiplicando con ello la disponibilidad de camas para ingresos hospitalarios
- Permitir que el paciente se incorpore antes a su actividad habitual, incluso laboral.
- Mejorar la satisfacción del paciente con el servicio prestado

MÉTODO

El hospital dispone de medios humanos y materiales para poder administrar los antibióticos parenterales que estos pacientes requieren de forma ambulatoria, como la quimioterapia de los pacientes oncológicos, y lo que es más importante aún dispone del interés y ganas del servicio de Traumatología y de Infecciosos para conseguir los objetivos de este proyecto.

El paciente se iría de alta hospitalaria con su correspondiente informe, al que se adjuntaría el tratamiento antibiótico a seguir de forma ambulatoria, junto con las dosis, periodicidad, tiempo, duración y lugar de administración y se enviaría copia del mismo al personal de enfermería responsable de su administración para mayor fiabilidad.

INDICADORES

- Se monitorizarán el número de pacientes incluidos en el programa, así como se establecerán los motivos por los que haya pacientes que no puedan seguirlo, y se buscará en fases siguientes la mejor solución para aquellos que queden excluidos si la hubiera
- Se estimará el ahorro en días de ingreso/mes
- Se estimará el aumento de camas disponibles/mes, tanto por el alta del paciente como por el desbloqueo de la habitación compartida con éste.
- Se valorará el grado de satisfacción personal de los pacientes que sigan el programa
- Se valorará el grado de decepción de los pacientes que no puedan seguirlo

DURACIÓN

Iniciar el programa lo antes posible, de cara a conseguir los objetivos del proyecto a la mayor brevedad. El proyecto se realizará durante el período de un año, y al año se valorarán los indicadores de evaluación para estimar el interés del mismo en virtud de los recursos utilizados, con el fin último de prolongar indefinidamente la terapia antibiótica ambulatoria en pacientes con artroplastia y que pase a formar parte de la cartera de servicios del centro hospitalario.

OBSERVACIONES

Se trata de un proyecto que, con muy escasos recursos, ya disponibles por el centro hospitalario, puede resolver varios objetivos a cumplir en la mejora para el paciente, la eficiencia de recursos y la gestión de camas.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1428

1. TÍTULO

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA EN NUESTRO MEDIO

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ALBERTO LATORRE SAHUN
· 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.
PALACIO BARRABES JESSICA
BURILLO FUERTES PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han revisado las guías clínicas para el manejo de la fractura osteoporótica disponibles a través de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT) y la Sociedad Española de Fracturas Osteoporóticas (SEFRAOS) para la creación de un protocolo adaptado que pudiera implantarse en nuestro servicio.

Dicho protocolo se presentó en sesión clínica del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del H.Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) con aceptación del mismo y modificación con las sugerencias aportadas. El documento se puso a disposición de los facultativos en ambos controles de enfermería, así como en el despacho médico.

Además se creó una hoja con los factores de riesgo de aparición de fractura osteoporótica y un algoritmo de aplicación asociado, también disponibles para cualquier facultativo, para facilitar la aplicación del protocolo de cara a las posibles pautas farmacológicas administradas al alta del paciente.

Fue necesario ampliar el estudio analítico de los pacientes ingresados por fractura osteoporótica de cadera mediante el valor de vitamina D en sangre para ajustar los tratamientos. Además de manera ambulatoria en los casos en los que se pautó dicha vitamina fue necesario realizar una nueva valoración sérica de manera general a los 3 meses de la intervención.

El seguimiento de estos pacientes se ha realizado de manera ambulatoria, valorando la adhesión al tratamiento y la aparición de nuevas fracturas hasta el momento actual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el 2019 ingresaron en nuestro servicio un total de 523 fracturas osteoporóticas de cadera, 277 de tipo trocantéreo y 194 subcapitales. La mortalidad en este primer año (hasta el momento actual) ha sido del 16% aproximadamente.

Dado que nos encontramos en el primer año de implantación del protocolo y a la elevada presión asistencial, su cumplimiento ha sido bajo, alrededor del 60%. En los casos en los que se aplicó el algoritmo para la administración del tratamiento, la adherencia al mismo se vio además afectada ya que en la valoración ambulatoria posterior se observó que los pacientes con cierta alteración cognitiva y bajo apoyo familiar no seguían las indicaciones al alta. Otra causa de bajo cumplimiento son los problemas digestivos intercurrentes como la dispepsia o alteraciones de la motilidad intestinal que hacían que el paciente rechazase la medicación vía oral. En ciertos casos también se dio la suspensión del tratamiento por parte del médico de Atención Primaria, sobretodo en pacientes polimedicados. Así pues la adhesión al tratamiento ronda el 70% actualmente.

Respecto a la aparición de nuevas fracturas, se han diagnosticado 16, localizadas de manera decreciente en: columna, antebrazo distal, cadera y húmero proximal. Dado que nos encontramos aún en el primer año de estudio no podemos valorar de manera significativa el hecho de que los pacientes que han mantenido el tratamiento adicional durante este periodo han presentado menor número de nuevas fracturas osteoporóticas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El valor de vitamina D sérica es uno de los factores más fácilmente cuantificable dentro de los parámetros osteoporóticos observables, además de ser rápidamente modificable mediante su administración oral y presentando una duración del tratamiento limitada hasta la normalización de los niveles en sangre.

No se planteó la utilización de la densitometría como método diagnóstico debido al sobre coste que supondría y su difícil accesibilidad.

La implantación está resultando muy progresiva, con objeto de mejorar está previsto realizar además de una sesión presentando los primeros resultados anuales, otra nueva sesión informativa al servicio.

La adherencia al tratamiento es otro objetivo a mejorar. Teniendo en cuenta que siempre se verá afectado por las características de estos pacientes y su situación social, se intentará optimizar la comunicación con el médico de Atención Primaria para evitar fallos en dicha adherencia.

7. OBSERVACIONES.

No son necesarias.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/390 ===== ***

Nº de registro: 0390

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA EN NUESTRO MEDIO

Título

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA EN NUESTRO MEDIO

Autores:

LATORRE SAHUN ALBERTO, PALACIO BARRABES JESSICA, BURILLO FUERTES PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más frecuente, con un importante impacto en la salud pública por su elevada morbimortalidad, la disminución en la calidad de vida que supone en los pacientes afectados, la posible necesidad de institucionalización y el gasto sanitario que producen. Esta enfermedad supone una reducción de la masa ósea por una tasa de resorción ósea mayor que la tasa de síntesis ósea lo que implica una mayor fragilidad ósea con un mayor riesgo de fracturas.

Es por ello que la fractura osteoporótica es una patología muy frecuente. Una vez se presenta, supone en sí misma un factor de riesgo para la aparición de otra nueva fractura osteoporótica. Sus localizaciones más habituales son: columna, cadera, antebrazo distal y húmero proximal. Para su tratamiento existen distintos fármacos de eficacia probada tanto para el mantenimiento de la masa ósea existente como para la disminución de la aparición de nuevas fracturas.

A pesar de lo expuesto, en nuestro día a día es habitual encontrarse con pacientes que ingresan presentando una fractura osteoporótica de cadera que bien o ya han padecido previamente alguna otra en distinta localización y no presentan una adecuada medicación al ingreso, o que presentan características que corresponden con un alto riesgo de padecer una 2ª fractura osteoporótica y a los que no se les inicia tratamiento al alta. Con la creación e implantación de este protocolo se pretende que todo aquel paciente que ingrese en nuestro servicio por una fractura osteoporótica de cadera sea evaluado para que de cara al alta y siempre que sea necesario se le instaure un tratamiento para la osteoporosis en función de sus necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto va dirigido a los integrantes del servicio de Cirugía Ortopédica de Traumatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Su objetivo principal es realizar una correcta prevención secundaria de la fractura osteoporótica al alta mediante la aplicación de este protocolo. Como objetivo secundario se pretende disminuir la aparición de nuevas fracturas de este tipo en dichos pacientes.

La población diana serán los pacientes ingresados por fractura osteoporótica de cadera.

MÉTODO

Se reavisarán las principales guías clínicas existentes para el tratamiento de la osteoporosis a partir de las cuales se creará un protocolo de actuación para la prevención secundaria de la fractura osteoporótica que será aplicable al alta hospitalaria de nuestros pacientes. Dicho protocolo será presentado en sesión clínica del servicio.

Se crearán además unas hojas que recojan los factores de riesgo evaluables, que estarán disponibles para cualquier facultativo de cara a facilitar la cuantificación del nivel de riesgo de cada paciente en el momento del alta. El seguimiento de estos pacientes se realizará de manera ambulatoria, valorando la adhesión al tratamiento y la aparición de nuevas fracturas a medio y largo plazo.

INDICADORES

Se valorará en cifras absolutas el número de pacientes ingresados por fractura osteoporótica de cadera de manera anual así como la mortalidad al primer año.

Como indicadores se cuantificará:

- 1.- Implantación del protocolo: Número de pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo al alta respecto al número total de pacientes ingresados por esta patología. El estándar deseable será de = 95%.
- 2.- Adhesión al tratamiento: Número de pacientes que mantienen el tratamiento al año de su aplicación respecto número de pacientes a los que se les instauró el tratamiento en ese mismo año. El estándar deseable será de = 95%.
- 3.- Aparición de nuevas fracturas: Número de nuevas fracturas osteoporóticas respecto al total de pacientes que presentaron buena adherencia al tratamiento y respecto del total de pacientes a los que se les pautó tratamiento al alta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA EN NUESTRO MEDIO

DURACIÓN

Revisión de la bibliografía existente y creación del protocolo en uno-dos meses desde la fecha para su presentación posterior en el servicio hospitalario de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del protocolo, creación de la hoja de baremación del riesgo y valoración inicial de su funcionamiento a los 3 meses para evaluar posibles modificaciones. Al finalizar un año de su implantación, presentar los datos e indicadores obtenidos en sesión clínica del Servicio.

OBSERVACIONES

No son necesarias.

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 - 2019/1329

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE MANEJO Y LECTURA DE HOLTER ELECTROCARDIOGRÁFICO QUE GARANTICE LA FIABILIDAD DE RESULTADOS

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA MARTINEZ LASARTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ TORRES MARIA
JULIAN GARCIA MARIA INES
PELEGRIN DIAZ JUANA MARIA
RODRIGUEZ LORENTE CONCEPCION
SANCHEZ VAL ANTONIO
SORINAS VILLANUEVA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de un procedimiento para la correcta colocación, manejo y lectura del holter electrocardiográfico, en pacientes que acuden a la consulta de cardiología con el fin de evaluar los fenómenos eléctricos cardíacos y transitorios y así llegar a un correcto diagnóstico (tanto en el caso de arritmias como de otras alteraciones cardiológicas).
Realizamos revisiones bibliográficas sobre la lectura y el manejo del holter electrocardiográfico, para aumentar y reforzar nuestros conocimientos y habilidades en dicha materia.
Se programaron reuniones para intensificar la colaboración entre cardiólogos y enfermeras de la consulta de cardiología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados obtenidos han sido favorables.
Disminución de la variabilidad en la obtención de los datos y su posterior interpretación.
Mejora en los conocimientos y habilidades del personal responsable.
Ausencia de complicaciones derivadas del uso incorrecto del material utilizado y/o de una incorrecta educación para la salud a los pacientes por parte del personal de enfermería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El resultado final de la elaboración de este procedimiento ha sido satisfactorio y acorde a lo esperado. Creemos que con la descripción detallada del material necesario y el proceso que se lleva a cabo en colocación de holter, así como la posterior lectura del registro electrocardiográfico, se facilitará el aprendizaje de aquellos nuevos profesionales que se incorporen a la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1329 ===== ***

Nº de registro: 1329

Título
ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE MANEJO Y LECTURA DE HOLTER ELECTROCARDIOGRAFICO QUE GARANTICE LA FIABILIDAD DE RESULTADOS

Autores:
MARTINEZ LASARTE CRISTINA, IBAÑEZ TORRES MARIA, JULIAN GARCIA MARIA INES, PELEGRIN DIAZ JUANA MARIA, RODRIGO TRALLERO GONZALO, RODRIGUEZ LORENTE CONCEPCION, SANCHEZ VAL ANTONIO, SORINAS VILLANUEVA LAURA

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1329

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE MANEJO Y LECTURA DE HOLTER ELECTROCARDIOGRÁFICO QUE GARANTICE LA FIABILIDAD DE RESULTADOS

PROBLEMA

El holter electrocardiográfico es una prueba diagnóstica muy frecuente en la práctica diaria de la consulta de cardiología para el diagnóstico de distintos problemas, ya sea de la propia especialidad como de otras (neurología, medicina interna, pediatría; entre otras). Durante el año 2018 se realizaron la colocación y lectura de 1127 holter.

Debido a que es un procedimiento que se lleva a cabo a diario y es de gran utilidad en el diagnóstico tanto de arritmias como de otras alteraciones cardiológicas, se ve necesario realizar una formación adecuada para su correcto manejo y lectura, tanto entre el personal propio de la unidad como para el de nueva incorporación, evitando así la heterogeneidad de resultados y disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica.

En el trabajo diario se cuenta con una plantilla reducida (tres enfermeras de cardiología y una enfermera de arritmias) y, dada la especialización que requiere el puesto de trabajo, conocimiento del software específico Ela Medical®, entre otras; se hace necesaria la elaboración de un procedimiento de manejo y lectura del holter electrocardiográfico para todo el equipo y para las personas de nueva incorporación, que en muchas ocasiones tienen que ponerse al día en cortos periodos de tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir la variabilidad clínica en la obtención e interpretación de los datos.
- Reforzar los conocimientos y habilidades del personal de la plantilla sobre el manejo y lectura que se lleva a cabo en el trabajo rutinario.
- Facilitar el aprendizaje para los nuevos profesionales que se incorporan a la unidad.
- Garantizar una correcta interpretación de los datos obtenidos en la lectura del holter.

MÉTODO

- Elaboración del procedimiento de manejo y lectura de holter para disminuir la variabilidad de la práctica clínica.
- Difusión del procedimiento.
- Planificación oferta formativa.
- Revisión bibliográfica sobre lectura y manejo de holter.

INDICADORES

- Procedimiento elaborado.
- Difusión del procedimiento en el servicio mediante correo electrónico o papel.
- Difusión del procedimiento en personal de nueva incorporación
- Porcentaje de procedimientos difundidos en el servicio
- Porcentaje de procedimientos difundidos en personal de nueva incorporación.
- Utilización del procedimiento.

DURACIÓN

Los componentes del equipo de mejora de calidad participarán de forma equitativa en las diferentes actividades y servicios a realizar siendo coordinados por el responsable del proyecto entre abril y diciembre de 2019. Se realizarán reuniones quincenales con puestas en común del trabajo realizado y objetivos alcanzados.

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 - 2018/1056

1. TÍTULO

LESIONES VASCULARES DE LA INFANCIA. CONTROL EN CONSULTA DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL CONEJERO DEL MAZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MALLEN ALASTUEY MARIA VICTORIA
ESCARTIN MADURGA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La consulta de lesiones vasculares está dirigida principalmente a niños recién nacidos o de corta edad que presenten lesiones sospechosas.

Con el inicio del seguimiento de las lesiones vasculares en la consulta de dermatología pediátrica se pretende que dichas lesiones sean diagnosticadas lo más precozmente posible, realizado las pruebas pertinentes, el seguimiento e iniciar el tratamiento con Propanolol u otros tratamientos en caso de que sea necesario.

Los pacientes han sido remitidos desde las consultas de pediatría, urgencias, primaria o consultas de dermatología.

La Dra. Raquel Conejero, adjunta del Servicio de Dermatología ha sido la responsable de la consulta, habiéndose contado con la colaboración de una enfermera de Pediatría M^a Victoria Mallén Alastuey quien se ha encargado del control de las constantes necesarias al inicio y durante los aumentos de dosis de la medicación, y la valoración de los resultados previos al inicio de los tratamientos. También se ha contado con la colaboración de la Dra. Laura Escartín Madurga quien debía valorar y tratar los posibles efectos secundarios derivados del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los pacientes han sido citados coincidiendo con la consulta de Dermatología pediátrica en el servicio de Dermatología, siendo una consulta mensual. La consulta de pediatría se han valorado 107 pacientes de los cuales 15 han sido enfermedades vasculares, y de ellos tres han precisado tratamiento con Propanolol. Cuando se ha precisado tratamiento con Propanolol los pacientes acudían a pediatría donde se iniciaba el tratamiento y los controles pertinentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que es fundamental poder trabajar en consultas multidisciplinarias. En este caso es necesario el correcto diagnóstico de las lesiones vasculares, como son los Hemangiomas que se pueden beneficiar de tratamiento médico, debiendo ser diferenciadas de las malformaciones vasculares. Dicho tratamiento puede producir efectos secundarios, los cuales van a ser mejor valorados por un pediatra y debemos hacer control de constantes en los niños en las primeras dosis del tratamiento y en cada aumento del mismo, en cuyo caso la participación de una enfermera de pediatría ha sido fundamental.

7. OBSERVACIONES.

La valoración de las lesiones vasculares de la infancia deben ser tratadas en una consulta monográfica por ser ya que es imprescindible para reducir errores diagnósticos, exámenes complementarios y pruebas invasivas innecesarias.

El inicio del tratamiento debe ser lo mas precoz posible para evitar complicaciones posteriores.

Es preciso el control de los posibles efectos secundarios del fármaco por personal experto pediatras y enfermera de pediatría

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1056 ===== ***

Nº de registro: 1056

Título
LESIONES VASCULARES DE LA INFANCIA. CONTROL EN CONSULTA DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA

Autores:
CONEJERO DEL MAZO RAQUEL, MALLEN ALASTUEY MARIA VICTORIA, ESCARTIN MADURGA LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Lactantes

Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1056

1. TÍTULO

LESIONES VASCULARES DE LA INFANCIA. CONTROL EN CONSULTA DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la infancia pueden presentarse diferentes tipos de lesiones vasculares, como los hemangiomas infantiles, que son con diferencia los más frecuentes, y otros más raros, como el hemangioendotelioma kaposiforme o las malformaciones vasculares en todas sus variantes. Su correcto conocimiento y diagnóstico, es imprescindible para reducir errores diagnósticos, exámenes complementarios y pruebas invasivas innecesarias, y si fuera preciso, recibir el tratamiento más indicado y efectivo en cada caso. Todo ello contribuye en evitar las consultas a diferentes ("pacientes nómadas") y contribuir a una escolarización-socialización del niño con las mínimas secuelas psicológicas.

Actualmente, el tratamiento con Propanolol, ha demostrado eficacia en el tratamiento de los hemangiomas infantiles, es un tratamiento muy eficaz y seguro, pero se debe monitorizar a los pacientes. Hasta hace poco tiempo, estos pacientes eran ingresados durante 24 h para poder ser monitorizados. Actualmente la experiencia con el fármaco, permite que no sea necesario el ingreso hospitalario, sin embargo sí que es preciso monitorizar y controlar al paciente durante unas horas al inicio del tratamiento y en los aumentos de dosis del fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS

La consulta de lesiones vasculares está dirigida principalmente a niños recién nacidos o de corta edad que presenten lesiones sospechosas.

Con el inicio del seguimiento de las lesiones vasculares en la consulta de dermatología pediátrica se pretende que dichas lesiones sean diagnosticadas lo más precozmente posible, realizado las pruebas pertinentes, el seguimiento e iniciar el tratamiento con Propanolol u otros tratamientos en caso de que sea necesario.

MÉTODO

El inicio de dicha consulta, se comunicará al servicio de Pediatría y pediatras de atención primaria para que los niños sean remitidos a la consulta lo más precozmente posible mejorando así el pronóstico de muchos de ellos.

Los pacientes también podrán ser remitidos desde las consultas de Dermatología y desde Urgencias. Se hará responsable de la misma la Dra. Raquel Conejero, adjunta del Servicio de Dermatología. Vamos a contar con la colaboración de una enfermera de Pediatría M^a Victoria Mallén Alastuey quien se encargará del control de las constantes necesarias al inicio y durante los aumentos de dosis de la medicación, y la valoración de los resultados previos al inicio de los tratamientos o los posibles efectos secundarios derivados del mismo lo realizará la adjunta de Pediatría Laura Escartín Madurga

INDICADORES

Los indicadores para la monitorización del proyecto serán el número total de niños atendidos con lesiones vasculares en la consulta de Dermatología Pediátrica, el número de niños candidatos al tratamiento con Propanolol, que serán monitorizados en las consultas de pediatría de nuestro hospital, y el seguimiento de los mismos.

DURACIÓN

De Junio a Diciembre 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 - 2018/1061

1. TÍTULO

HIDRADENITIS SUPURATIVA: SEGUIMIENTO ECOGRAFICO EN CONSULTA MONOGRAFICA EN DERMATOLOGIA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE CLAUDIA CONEJERO DEL MAZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una consulta mensual en las consultas de dermatología, donde se valoraran los pacientes según la demanda de dicha patología. En dicha consulta se cuenta con un ecógrafo el cual es utilizado por la Dra. Claudia Conejero del Mazo. Dicha técnica aporta información en el momento inicial del diagnóstico (lo que permite ajustarnos a los protocolos establecidos en las guías terapéuticas actuales), poder valorar la evolución de las lesiones, y además aporta información en la respuesta al tratamiento instaurado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 86 pacientes valorados en la consulta de hidradenitis superlativa, ha sido necesario la realización de ecografía en la mitad de los pacientes. 50% de todos los pacientes para valorar el estadio inicial de las lesiones y el seguimiento de las mismas tras la introducción de los tratamientos instaurados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Después de un año de trabajo en está consulta, pensamos que ha supuesto una mejora en los pacientes, el poder tener a una persona especializada en dicha patología. A pesar de ello, la gran complejidad que supone el inicio de los diferentes tratamientos y la decisión de cual es el mejor momento para realizar los tratamientos quirúrgicos, nos hemos puesto en contacto con los cirujanos para en el próximo año iniciar una consulta multidisciplinar, para poder valorar a los pacientes en el mismo momento en la consulta de hidradenitis el cirujano y el dermatólogo.

7. OBSERVACIONES.

La creación de está consulta de Hidradenitis supurativa, proporciona una mejora de la calidad asistencial de los pacientes con dicha patología. El disponer de un ecógrafo en la consulta, facilita el diagnóstico, estadificación de la enfermedad, además de permitir el seguimiento y control de los tratamientos establecidos. Vamos a continuar realizando esta consulta y mejorándola.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1061 ===== ***

Nº de registro: 1061

Título
HIDRADENITIS SUPURATIVA: SEGUIMIENTO ECOGRAFICO EN CONSULTA MONOGRAFICA EN DERMATOLOGIA

Autores:
CONEJERO DEL MAZO CLAUDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hidradenitis supurativa es una enfermedad cutánea crónica, inflamatoria, recurrente y debilitante del folículo piloso, que se presenta habitualmente con lesiones dolorosas, profundas e inflamadas en las áreas del cuerpo que albergan glándulas apocrinas, y son más frecuentes en las regiones axilares, inguinales y anogenitales. Se trata de una entidad de difícil manejo, ya que, en muchas ocasiones, es complicado precisar la verdadera naturaleza y la extensión de las lesiones. La ecografía cutánea permite una visualización en tiempo real de las estructuras cutáneas en estudio que define el tipo de lesión, su extensión anatómica y el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1061

1. TÍTULO

HIDRADENITIS SUPURATIVA: SEGUIMIENTO ECOGRAFICO EN CONSULTA MONOGRAFICA EN DERMATOLOGIA

grado de actividad inflamatoria, lo que repercutirá en el manejo adecuado del paciente. Es una técnica útil en el diagnóstico, el estadiaje de la enfermedad y el seguimiento y monitorización de la respuesta al tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

La población a la que va dirigido este proyecto es a todos aquellos pacientes que presenten lesiones inflamatorias recidivantes inguinales, axilares o anogenitales, de cualquier edad o sexo, que hayan sido valorados en consultas de Atención primaria, Cirugía, Dermatología o Urgencias. El objetivo que se desea obtener es poder diagnosticar, estadificar, y monitorizar a los pacientes, tanto si precisan tratamiento médico convencional, tratamiento biológico o cirugía.

MÉTODO

Para el desarrollo de dicha actividad se cuenta con una consulta mensual en las consultas de dermatología, donde se valoraran los pacientes según la demanda de dicha patología. En dicha consulta se cuenta con un ecógrafo, el cual será utilizado para la valoración de dichas lesiones al inicio del tratamiento así como la respuesta a los fármacos.

INDICADORES

Se considerara como indicador el número de pacientes valorados en la consulta de hidradenitis supurativa, así como el nº de pacientes que precisen de la utilización del ecógrafo para el seguimiento.

DURACIÓN

Desde Junio a Diciembre de 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 - 2019/0433

1. TÍTULO

MAPEO CORPORAL DIGITAL DE LESIONES PIGMENTADAS EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MARCIAL ALVAREZ SALAFRANCA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LITE CENZANO CRISTINA DEL PILAR
MORALES MOYA ANA LUISA
CONCELLON DOÑATE MARIA ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En relación al proyecto planteado, se ha instaurado una consulta de autogestión en el Servicio Dermatología a cargo de Marcial Álvarez Salafranca, con carácter bimensual y con atención a 4 pacientes en cada día de consulta. El tiempo aproximado requerido por paciente es de entre 30 y 45 minutos en función del fenotipo y características de las lesiones.

El personal de enfermería de Dermatología ha sido formado para la toma de imágenes (mapas corporales) basales y de seguimiento, así como para el adecuado manejo del equipamiento.

Con la finalidad de ajustar adecuadamente las derivaciones dentro del Servicio, se ha llevado a cabo una sesión clínica informativa, en la cual se han explicado los criterios de inclusión en el programa de seguimiento digital. Así mismo se ha elaborado un procedimiento para la normalización de la técnica, ya remitido al Servicio de Calidad para su valoración y encontrándose pendiente de la misma.

A lo largo de 2019 se han incluido un total de 39 pacientes en el programa de seguimiento digital y a todos ellos se les ha realizado al menos la visita inicial y las imágenes basales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Número de pacientes valorados: 39.
-Número de visitas basales realizadas: 39.
-Número de visitas de seguimiento realizadas: 13
-Número de altas: 1.
-Número de pacientes con síndrome del nevus displásico: 36.
-Resto de indicaciones: 1 Nevus congénito, 1 Síndrome de Leopard, 1 Melanoniquia longitudinal.
-Número de lesiones extirpadas: 6.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración global de las actividades realizadas es positiva. Se han incluido en el programa de seguimiento digital a pacientes con alto riesgo de melanoma cutáneo y gran número de lesiones pigmentadas, con la finalidad de reducir el número de biopsias innecesarias en lesiones biológicamente indolentes pero clínicamente atípicas, a la vez que se logra un diagnóstico precoz de lesiones malignas. Esta técnica está totalmente refrendada por la evidencia científica, incluyendo un metaanálisis. Por ello, consideramos su implantación como un elemento de valor para el Servicio de Dermatología.

Queda pendiente la posibilidad de ampliar la frecuencia de consulta, en función de la demanda que se genere.

El proyecto nos parece sostenible, en tanto que no genera un gasto adicional en el Servicio, el personal se encuentra formado para su desarrollo y el médico responsable de su ejecución compatibiliza el desarrollo de esta técnica con el resto de responsabilidades previamente adjudicadas en el Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/433 ===== ***

Nº de registro: 0433

Título
MAPEO CORPORAL DIGITAL DE LESIONES PIGMENTADAS EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA

Autores:
ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL, LITE CENZANO CRISTINA DEL PILAR, MORALES MOYA ANA LUISA, CONCELLON DOÑATE MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0433

1. TÍTULO

MAPEO CORPORAL DIGITAL DE LESIONES PIGMENTADAS EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El mapeo corporal digital es una tecnología no invasiva, novedosa que ha demostrado su eficacia en el diagnóstico precoz del melanoma cutáneo. Mejora la precisión diagnóstica hasta en un 95%. Está principalmente indicada en pacientes con factores de riesgo de melanoma primario, o en aquellos que han padecido un melanoma primario, en los que es necesario un mayor control. La dermatoscopia digital nos permitirá almacenar los datos de las diferentes consultas gracias a contar con una cámara y un software, además de permitirnos hacer comparaciones precisas entre una exploración y otra.
El pronóstico de supervivencia global del paciente con melanoma, depende del diagnóstico y tratamiento precoz del mismo. Es por ello que las unidades asistenciales responsables del diagnóstico del melanoma cutáneo deben estar dotadas de todos los medios técnicos que han demostrado beneficio en cuanto al diagnóstico precoz del melanoma. En este sentido considerando que nos encontramos en un hospital de referencia en nuestra provincia, en el que ya hemos podido observar una mejora en el diagnóstico de melanoma con la dermatoscopia manual, debemos incorporar la tecnología mas novedosa a nuestro servicio, la dermatoscopia digital, que pueden ayudar a nuestros pacientes a tener un diagnóstico más precoz de sus lesiones.

RESULTADOS ESPERADOS
La población a la que va dirigido este proyecto es a todos aquellos pacientes de cualquier edad, con factores de riesgo de melanoma y cuyo control con los métodos habituales en las consultas de dermatología, no sean suficiente para poder garantizar su diagnóstico más precoz. Pacientes con gran número de nevus, en lugares difícil de controlar o muchos con estructura atípica, pacientes con antecedentes personales o familiares de melanoma y cáncer de páncreas.

MÉTODO
Para el desarrollo de dicha actividad se cuenta con una consulta quincenal en las consultas de dermatología, donde se valoraran los pacientes según la demanda de dicha patología. En dicha consulta se cuenta con un equipo dermatoscópico digital (Foto- Finder), el cual será utilizado para la valoración de dichas lesiones pigmentadas y se hará seguimiento según el riesgo del paciente para desarrollar melanoma. La enfermera de la unidad realizara la toma de imágenes digitales y el dermatólogo realizará la evaluación de las diferentes lesiones.

INDICADORES
Se considerara como indicador el número de pacientes valorados en la consulta con la técnica de mapeo corporal.

DURACIÓN
Desde Mayo a Diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0435

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTAS VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA. TELEDERMATOLOGIA

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE SONIA DE LA FUENTE MEIRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Previamente a la puesta en funcionamiento del programa de teledermatología se realizó una reunión, en agosto de 2019, con los médicos de atención primaria, personal de informática y dirección. Esta reunión tuvo como finalidad el aprendizaje en el manejo de los dispositivos, establecer un consenso respecto al número y tipo de imágenes a remitir, así como el tipo de patología susceptible de ser vista en este programa en un inicio.

El personal del Servicio de Dermatología adscrito a este programa piloto ha sido Marcial Álvarez Salafranca, médico adjunto de este Servicio. El programa se puso plenamente en funcionamiento en Septiembre de 2019 y ha continuado de manera ininterrumpida hasta hoy. Tal y como se acordó en la reunión inicial, se ha considerado válido el envío de imágenes tumorales (benignas o malignas, pigmentadas o no) susceptibles de su análisis dermatoscópico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Del mes de septiembre al mes de diciembre de 2019 se han valorado un total de 95 teleconsultas, de las cuales 19 no pudieron responderse de manera satisfactoria por errores en el envío de la imagen/ mala calidad de la misma, o por no cumplirse los criterios de derivación establecidos. Por lo tanto 76 teleconsultas fueron respondidas de manera satisfactoria.

Se presentan de forma resumida los resultados absolutos y porcentuales obtenidos durante estos primeros 4 meses de implantación del proyecto:

- Nº de teleconsultas valoradas: 95.
- Nº de teleconsultas valoradas satisfactoriamente: 76.
- Media de teleconsultas/ mes: 23,75.
- Se indicó citar con prioridad preferente: 16.
- Se indicó citar con prioridad normal: 44.
- Se indicó no citar en el momento de la teleconsulta: 16.
- Se estableció sospecha de malignidad como 1ª opción: 19
- Porcentaje de lesiones sospechosas de malignidad: 25%.
- Porcentaje de consultas presenciales evitadas (teniendo en cuenta solo aquellas consultas valoradas satisfactoriamente): 21%.

La satisfacción con la plataforma informática en general es buena. La calidad de las imágenes remitidas en general es la adecuada. Se han detectado errores en el envío de las imágenes, que sin embargo se han reducido notablemente en el último mes de funcionamiento del programa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El programa de teledermatología con teledermatoscopia se encuentra en funcionamiento, con un grado de satisfacción alto.
- La interacción con los médicos de atención primaria es buena, y la capacitación en el envío de las imágenes ha mejorado de forma notable.
- Durante estos 4 meses de funcionamiento, el programa ha permitido detectar lesiones sospechosas de malignidad y poner en marcha citas preferentes en los casos en los que así se ha considerado, reduciendo de este modo el tiempo de espera hasta su tratamiento.
- El programa de teledermatología ha permitido la detección de lesiones benignas que no precisan de valoración especializada en el momento de la teleconsulta, siempre explicando que ante cambios se debe volver a consultar.
- Consideramos el proyecto como sostenible, puesto que el personal responsable del desarrollo del mismo lo ha asumido adaptando este a sus responsabilidades previas, sin perjuicio para estas. Además, la implantación del programa no ha generado un gasto adicional al Servicio.
- Queda pendiente la posible ampliación a otros Centros de Atención Primaria, así como una posible ampliación patologías no previstas en el proyecto inicial. También quedaría pendiente la posible realización de talleres formativos presenciales.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0435

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTAS VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA. TELEDERMATOLOGIA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/435 ===== ***

Nº de registro: 0435

Título
PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTAS VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA. TELEDERMATOLOGIA

Autores:
DE LA FUENTE MEIRA SONIA, ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La teledermatología (TD) consiste en la evaluación clínica de lesiones cutáneas y la revisión de datos de laboratorio por dermatólogos con técnicas de TM, permitiendo el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes a distancia. El objetivo fundamental es conseguir acceso a la medicina cutánea especializada desde lugares remotos o agilizar la llegada de los pacientes a las consultas para su tratamiento. Un objetivo secundario sería aumentar la eficiencia diagnóstica disminuyendo el número de visitas al hospital.

El objetivo principal de esta técnica es cribar pacientes con lesiones benignas para priorizar patologías más urgentes y severas para que de forma rápida puedan ser atendidas. Con la Tele-Dermatología un dermatólogo on line puede orientar el cuadro clínico en pocos días (incluso en horas). La priorización, la accesibilidad o el cribado de patologías banales son algunos de los pilares en los que se sustenta la relación entre la teledermatología y las especialidades.

Vamos a comenzar a trabajar con 11 centros de primaria del Área III de Aragón. Un adjunto del servicio de dermatología, el Dr. Marcial Álvarez Salafranca, se hará cargo de interpretar y valorar los casos de remitidos desde los centros de salud. La Dra. Sonia de la Fuente Meira será la coordinadora del proyecto.

Es muy importante que las imágenes que se remitan para diagnóstico, sean obtenidas en las mejores condiciones. Tras la valoración de las muestras puede existir diferentes supuestos: a) No necesita valoración dermatológica, se puede indicar un diagnóstico, sugerir un tratamiento si precisa o indicar si es competencia de otro especialista. b) Puede necesitar valoración dermatológica pero no es preferente. c) Puede tratarse de una lesión tumoral que requiera tratamiento quirúrgico, y que deba citarse en los Quirófanos de Dermatología. d) Puede tratarse de un paciente que necesite una valoración presencial, porque no se tiene claro el diagnóstico. En este caso se le facilitará al paciente una cita en las Consultas Externas de Dermatología.

Los casos remitidos con Teledermatología nos comprometemos a que sean valorados entre 7-10 días.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto se va a comenzar con 11 centros de salud del área III de Zaragoza. Las lesiones serán valoradas por el Médico de atención Primaria, quien realizará una foto de la lesión lo más nítida posible y con referencia métrica para valorar el tamaño de la misma. Dicha imagen se remitirá a nuestro servicio donde a la mayor brevedad y siempre antes de 7 días se remitirá una impresión diagnóstica o la necesidad de que el paciente sea remitido a nuestras consultas.

MÉTODO

Para el desarrollo de dicha actividad se intentará resolver todos los casos a la mayor brevedad posible y siempre antes de 7 días se remitirá una impresión diagnóstica a cada caso. En caso de ser necesario que el paciente sea valorado en las consultas de dermatología, se hará la recomendación de cuando debe ser citado el paciente en las consultas

INDICADORES

Se considerará como indicador el número de pacientes valorados mediante el proyecto piloto de teledermatología al final del año

DURACIÓN

Desde Mayo a Diciembre de 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0435

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTAS VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA. TELEDERMATOLOGIA

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 - 2016/0568

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 (gastrosocopia 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 más 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 - 2018/0146

1. TÍTULO

DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE LA ESCUELA DE CELIACOS EN EL HCU LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR ALONSO ESTEBAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REMACHA TOMEY BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los pacientes adultos se captan a través de la consulta de EC del HCU y los niños a través de la consulta de digestivo infantil.

La comunicación se realiza vía telefónica o por mail, se han enviado 463 correos y recibidos 258.

La educación consta de dos sesiones, de dos horas de duración cada una

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número de celíacos asistentes ha sido 78, y el de familiares 35, el objetivo era 25.

Se han realizado 7 talleres desde septiembre de 2017, hasta mayo de 2018, Desde el mes de mayo del 2018 se ha instaurado la "escuela de celíacos", con una periodicidad semanal, el objetivo era 4 talleres.

El test de valoración de conocimientos previos muestra un 21 % de fallos sobre el total de preguntas, reduciéndose estos tras la formación a un 2%, el objetivo era un 30%.

La encuesta de grado de satisfacción (valoración de 1 a 10) muestra que el 90% de los pacientes lo valoran con 10 y el 10% con 9., el objetivo era un 7.5 sobre 10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de los asistentes ha sido muy positiva.

Los pacientes han mejorado los conocimientos y habilidades necesarias para manejar su enfermedad, potenciando su motivación y recursos.

Los padres reclaman la realización de talleres específicos para niños y con mayor amplitud de horarios.

La dinámica del taller mejoraría si se pudieran realizar por grupos de edad

Sería necesario, en determinados casos realizar una revisión de la dieta personalizada

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/146 ===== ***

Nº de registro: 0146

Título
DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE LA ESCUELA DE CELIACOS EN HCU LOZANO BLESA

Autores:
ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR, REMACHA TOMEY BEGOÑA

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 .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora calidad de vida

Enfoque:
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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0146

1. TÍTULO

DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE LA ESCUELA DE CELIACOS EN EL HCU LOZANO BLESA

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 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). Medido mediante cuestionario de conocimientos. Valor a alcanzar 70% de aciertos en cuestionario final
- Grado de satisfacción de los pacientes/familiares, valorado mediante encuesta de satisfacción. Valor a alcanzar 7.5 sobre 10.
- Número de talleres realizados de educación terapéutica. El objetivo es realizar 4
- Número de pacientes/familiares que han realizado los talleres de educación terapéutica, el objetivo es 25

DURACIÓN

Octubre 2017: inicio de los talleres
Junio 2018: finalización de los talleres

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 - 2018/1163

1. TÍTULO

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL E IMPLANTACIÓN DE LA TELEMEDICINA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HCU LOZANO BLESÀ

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE CARLA JERUSALEN GARGALLO PUYUELO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMOLLON GARCIA FERNANDO
ARROYO VILLARINO MARIA TERESA
MONTERO MARCO JESICA
ALFAMBRA CABREJAS ERIKA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se ha realizado un protocolo de seguimiento de pacientes en tratamiento con inmunomoduladores para facilitar la labor de seguimiento de pacientes con este tratamiento en la Consulta de Enfermería. De esta forma los pacientes en tratamiento con azatioprina, mercaptopurina o metrotexate y que están en remisión clínica y biológica de su enfermedad inflamatoria intestinal han sido valorados de forma alternante por su especialista en enfermedad inflamatoria intestinal y por la enfermera especializada en enfermedad inflamatoria intestinal con el periodo establecido de 6 meses. Es decir 1 visita anual con el médico y 1 visita anual con la enfermera.
2. Se ha implantado la telemedicina (teléfono y correo electrónico) en la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal de Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Se ha administrado la información de contacto correspondiente de forma verbal en la consulta médica y además se ha entregado hoja informativa con dichos datos a todos los pacientes atendidos. El teléfono utilizado ha sido la extensión telefónica de la consulta de Enfermería de la Unidad de Enfermedad inflamatoria intestinal y ha estado activo de 8:30 a 15:00 de lunes a viernes. El correo electrónico ha estado activo las 24 horas/día y los 365 días/año. Por ambos medios se han contestado dudas planteadas por los pacientes y se ha procedido a la citación de forma preferente (3-5 días) en la consulta de su especialista en enfermedad inflamatoria intestinal correspondiente de aquellos pacientes que precisaban atención médica presencial por presentar síntomas sugerentes de brote de actividad inflamatoria o efectos adversos a la medicación. La actividad de telemedicina (correos electrónicos y llamadas recibidas) ha sido registrada en una base de datos Excel por la enfermera responsable (Jessica Montero).
3. Realización de encuesta de satisfacción sobre el servicio de telemedicina a 200 pacientes que han utilizado la misma a lo largo del periodo de estudio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos que se aportan son los correspondientes al periodo: Febrero de 2018 a Febrero de 2019.

- El número de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en tratamiento con inmunomoduladores atendidos anualmente por la Enfermera especializada en Enfermedad Inflamatoria Intestinal ha sido de 140 pacientes. De estos pacientes algunos han sido atendidos por la enfermera 2 o más veces durante este periodo si ha sido preciso por alteraciones analíticas o introducción reciente de fármacos siendo por tanto el número de visitas superior.
- Número de llamadas atendidas. La media de llamadas semanales atendidas ha sido de 10-12 llamadas. En total se han recibido 460 llamadas en un año. Existen pacientes que no han contactado telefónicamente con la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en todo el año. El paciente que más llamadas ha realizado en el periodo estudiado ha realizado 15 llamadas.
- El tiempo de solución del problema que motiva la llamada desde la recepción de la misma ha oscilado entre 0 días (siendo solucionada la duda o el problema el mismo día de la llamada) hasta un máximo de 3 días.
- Número de correos electrónicos recibidos. En el periodo evaluado se han recibido un total de 1229 correos electrónicos enviados por los pacientes atendidos en la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. El paciente que más ha contactado a través de este medio ha enviado 30 correos en el año evaluado.
- Tiempo medio de respuesta al correo electrónico por el equipo de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal ha oscilado entre 0 días (siendo solucionada la duda o el problema el mismo día de la recepción del email) hasta un máximo de 3 días.
- Consultas resueltas mediante telemedicina sin precisar consulta médica presencial. El 82% de las consultas realizadas por los pacientes vía teléfono o email han podido ser resueltas por esta misma vía, sin necesidad de visita médica presencial. El 18% restante han precisado ser valorados por su médico especialista con visita presencial.
- La Satisfacción de los pacientes con el sistema de telemedicina. La satisfacción con la comunicación vía telefónica o vía correo electrónico se midió mediante un cuestionario basado en la escala Likert (puntuación que oscila entre 0= muy mal y 5=excelente). La puntuación media dada por los pacientes encuestados para el teléfono fue de 4,6 puntos y para el correo electrónico de 4,9 puntos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La valoración alternante por parte de enfermería y médico especialista de los pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal en tratamiento con inmunomoduladores en remisión clínica tras la formación correspondiente de la enfermera y con el protocolo disponible es posible y cumple con los criterios de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1163

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL E IMPLANTACION DE LA TELEMEDICINA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HCU LOZANO BLES A

calidad exigidos por las guías actuales de práctica clínica. Esto permite aumentar el número de consultas disponibles del médico especialista en Enfermedad inflamatoria intestinal para atender a pacientes con actividad inflamatoria aguda que precisan valoración preferente/urgente por su Médico especialista o a pacientes con diagnóstico nuevo de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

- Un porcentaje importante de pacientes atendidos en nuestra Unidad de Enfermedad Inflamatoria intestinal han utilizado los sistemas de telemedicina (teléfono y correo electrónico) que se han puesto a su disposición
- Los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal valoran de forma muy positiva la oportunidad de poder comunicarse con su equipo de médico-enfermera de forma rápida, tanto por vía email como por vía telefónica
- Aunque no ha sido evaluado, creemos que la disponibilidad de contacto directo y rápido con su médico especialista probablemente disminuya las visitas a Urgencias y hospitalizaciones innecesarias de nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1163 ===== ***

Nº de registro: 1163

Título
ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL E IMPLANTACION DE LA TELEMEDICINA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HCU LOZANO BLES A

Autores:
GARGALLO PUYUELO CARLA JERUSALEN, GOMOLLON GARCIA FERNANDO, ARROYO VILLARINO MARIA TERESA, MONTERO MARCO JESICA, ALFAMBRA CABREJAS ERIKA

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Hospital Clínico Universitario existe la Unidad de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) integrada por 3 médicos especialistas en Digestivo y 2 enfermeras. En dicha Unidad se atiende a 1550 pacientes. El tiempo total dedicado a la consulta de EII por los 3 médicos es de 28 horas/semana. El hecho de que la enfermedad curse a brotes conlleva que en muchas ocasiones los pacientes deban ser atendidos fuera de sus citas previstas de forma muy preferente (< 3 días). Además, muchos pacientes precisan tratamiento de mantenimiento con inmunomoduladores o biológicos, que precisan controles periódicos. En nuestra Unidad, 700 pacientes llevan tratamiento con inmunomoduladores, y 291 con biológicos. Por tanto, el carácter impredecible de la evolución y la necesidad de realizar controles periódicos máximo cada 4-6 meses aún en los periodos de remisión clínica junto con el número limitado de horas que puede dedicar el personal médico conlleva que en ocasiones la lista de espera sea mayor de la deseable y no se puedan cumplir los plazos de seguimiento que estipulan las guías clínicas actuales. Por otra parte, la posible aparición de brotes requiere que los pacientes tengan acceso a la atención por parte de su especialista de forma precoz. Nuestro proyecto consiste en la implantación de forma progresiva de una atención multidisciplinar del paciente con EII, que incluya atención médica y atención de enfermería especializada.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Realización de un protocolo de seguimiento de pacientes en tratamiento con inmunomoduladores en una Consulta de Enfermería. Los pacientes que estén en periodo de remisión podrán ser visitados de forma alternante por la enfermera y el médico. Esto permitirá que dichos pacientes, si se están en remisión y sin efectos secundarios, sean vistos 1 vez al año por el médico. Se pretende disminuir la lista de espera, ajustando al máximo los periodos de seguimiento recomendados por las Guías, así como la posible liberación de huecos de la consulta para la atención de pacientes con brote o efectos adversos que precisen atención muy preferente
2. Implantación de la telemedicina (teléfono y correo electrónico) en la Unidad de EII. Esto permitirá un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1163

1. TÍTULO

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL E IMPLANTACIÓN DE LA TELEMEDICINA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HCU LOZANO BLESÀ

acceso a la atención por parte del especialista en EII de forma precoz. El teléfono móvil y el correo estarán activos las 24 horas/día y 365 días/año. El teléfono se contestará de 8:00 a 15:00 horas. En el resto de horarios el paciente podrá dejar 1 mensaje y se le contactará en < 24 horas de lunes a viernes y en <72 horas el fin de semana. Por ambos medios se contestaran dudas y se procederá a la citación de forma preferente (3-5 días) en la consulta a aquellos que precisen atención presencial. Se pretende lograr una atención más personalizada al paciente, una disminución en las visitas a Urgencias en periodos de brote y una disminución del número de ingresos en Hospitalización.

MÉTODO

1. Para la implantación de un protocolo de seguimiento de inmunomoduladores se realizará: a) revisión exhaustiva de la última evidencia disponible, b) redacción de protocolo escrito de actuación y c) varias sesiones docentes por parte del personal médico a la enfermera responsable para la solución de dudas del protocolo y simulación de situaciones posibles
2. Para la implantación de la telemedicina se habilitará una línea telefónica directa y una cuenta de correo institucional. Inicialmente la enfermera especialista en EII atenderá a ambos medios y transmitirá a los médicos responsables de cada paciente las dudas o cuestiones planteadas por el paciente.

INDICADORES

Se monitorizarán los siguientes aspectos:

- Número de pacientes con EII en tratamiento con inmunomoduladores atendidos anualmente por la Enfermera especializada en EII
- Número de llamadas atendidas y Ratio de llamadas/paciente
- Tiempo medio de respuesta desde recepción de mensaje telefónico
- Número de emails recibidos y Ratio de emails / paciente
- Tiempo medio de respuesta al email
- Ratio de consultas resueltas mediante telemedicina sin precisar consulta presencial
- Encuesta de satisfacción a los pacientes sobre el servicio de telemedicina

DURACIÓN

Elaboración de protocolo para seguimiento de pacientes en tratamiento con inmunomoduladores: 3 meses. Derivación anual desde la consulta médica a la consulta de enfermería a los pacientes candidatos. Si los resultados son positivos se mantendrá esta actividad indefinidamente.
Repartición de hoja informativa con número de teléfono, dirección de correo electrónico y profesionales responsables a todos los pacientes que acudan a la consulta de EII en nuestra Unidad. La monitorización de la actividad generada se evaluará al año y se realizará posteriormente encuesta de satisfacción a los usuarios.

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 - 2018/1200

1. TÍTULO

HOSPITAL DE DIA PARA LA ATENCION DEL ENFERMO CON CIRROSIS HEPATICA DESCOMPENSADA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE SARA LORENTE PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO AULLO MARIA TRINIDAD
CORTES GARCIA LUIS
GARCIA RAYADO GUILLERMO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Identificación de los pacientes atendidos en nuestro sector que pueden ser potenciales candidatos a ser derivados al Hospital de Día.

-Valoración de la ubicación más idónea del Hospital de Día de Hepatología

-Comunicación del proyecto a profesionales y pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Durante estos meses hemos llevado a cabo la identificación de los pacientes atendidos en nuestro sector que pueden ser potenciales candidatos a ser derivados al Hospital de Día. Estos incluyen básicamente pacientes con diagnóstico de ascitis refractaria, bien por ausencia de respuesta a dosis máximas de diuréticos; o bien por ascitis intratable (pacientes que no pueden ser tratados con las dosis necesarias de diuréticos por aparición de efectos secundarios a éstos - alteraciones hidroelectrolíticas o encefalopatía hepática-. Estos pacientes precisan paracentesis evacuadoras periódicas frecuentes (en ocasiones cada 2-4 semanas) con reposición de albúmina que motivan múltiples atenciones en el Servicio de Urgencias o incluso hospitalización (paracentesis ecodirigidas por dificultad técnica).

Para esta actividad hemos analizado los datos de la Unidad de Codificación e Información Clínica y hemos identificado a un total de 20-30 pacientes.

Además de estos enfermos, los pacientes dados de alta de hospitalización/Servicio de Urgencias tras un episodio de descompensación edemato-ascítica que precisan control analítico temprano para ajuste de tratamiento diurético serían también subsidiarios de ser atendidos en la Unidad Ambulatoria.

-Valoración de la ubicación más idónea del Hospital de Día de Hepatología teniendo en cuenta la infraestructura y el personal sanitario necesarios para los procedimientos a realizar (básicamente paracentesis evacuadora y/o extracción de analítica sanguínea e infusión endovenosa de seroalbúmina).

En la actualidad se está consensuando con la Dirección de nuestro hospital el lugar más adecuado para la ubicación del Hospital de Día de Hepatología en nuestro centro, así como la dotación de personal.

-Comunicación del proyecto a profesionales y pacientes

Se está elaborando un documento para la difusión del proyecto entre los profesionales del centro. Asimismo se está confeccionando una encuesta de satisfacción del paciente en la que se incluirá un apartado de sugerencias para analizar periódicamente las inquietudes y necesidades percibidas por nuestros pacientes de cara a poder realizar mejoras que repercutan en una mejor calidad de la atención percibida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora es positiva, ya que durante este tiempo se han identificado a los pacientes que podrían beneficiarse de la puesta en marcha del Hospital de Día. Queda pendiente decidir la situación física más idónea de la Unidad y definir el equipo asistencial que atenderá la misma (enfermera, auxiliar de enfermería y médico).

En cualquier caso, creemos que se trata de un proyecto sostenible, que requiere escaso equipamiento material y que tendría un impacto muy positivo en la mejora de la atención de los pacientes con enfermedad hepática crónica descompensada.

El envejecimiento de la población y el incremento de la supervivencia de los pacientes con cirrosis hepática debido a la mejora en el manejo de estos pacientes en los últimos años, ha motivado un aumento progresivo en el número de ingresos hospitalarios y reingresos de estos pacientes, lo que provoca una sobrecarga importante en nuestro sistema sanitario a todos los niveles. Por otra parte, la hospitalización es una intervención médica de alto coste, no exenta de complicaciones y agresiva para el paciente desde el punto de vista personal y familiar. Todo ello ha motivado el desarrollo de estrategias y dispositivos asistenciales dirigidos a evitar el ingreso hospitalario y a mejorar la continuidad y la calidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1200

1. TÍTULO

HOSPITAL DE DIA PARA LA ATENCION DEL ENFERMO CON CIRROSIS HEPATICA DESCOMPENSADA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES A

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1200 ===== ***

Nº de registro: 1200

Título
HOSPITAL DE DIA PARA LA ATENCION DEL ENFERMO CON CIRROSIS HEPATICA DESCOMPENSADA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES A

Autores:
LORENTE PEREZ SARA, SERRANO AULLO MARIA TRINIDAD, CORTES GARCIA LUIS, LUE ALBERTO, GARCIA RAYADO GUILLERMO

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cirrosis hepática (CH) descompensada es la causa más frecuente de reingreso en el Servicio de Digestivo. En el año 2014 y según datos de la Unidad de Codificación e Información Clínica, los reingresos por enfermedad hepática supusieron al menos 165 episodios en 61 pacientes y se asociaron a una mortalidad del 25%. Por lo que uno de los aspectos más importantes en ese proceso, es incluir en el mismo una atención en Hospital de Día. Está ampliamente demostrado con experiencias nacionales e internacionales, que el control periódico de los pacientes cirróticos descompensados en una unidad ambulatoria en la que se pueda ajustar la medicación según las alteraciones analíticas, realizar paracentesis evacuadoras, etc. evita ingresos y aumenta la supervivencia.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la Supervivencia de los pacientes con CH descompensada
2. Disminuir la necesidad de ingresos hospitalarios en pacientes con CH descompensada
3. Mejorar la calidad de vida de los pacientes con CH descompensada

MÉTODO
DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA
PROCEDIMIENTO:
Los pacientes son derivados desde la consulta de Digestivo, desde el S. Urgencias o una vez dados de alta desde la planta de hospitalización.

INDICACIONES
-Cualquier cirrótico con ascitis que no se controla adecuadamente con diuréticos.
-Ascitis refractarias
-Pacientes con intolerancia a los diuréticos.
-Control analítico en pacientes recién dados de alta hospitalaria (para acortar estancia hospitalaria)
SISTEMÁTICA EN EL HOSPITAL DE DÍA
-Al paciente lo recibe una auxiliar y una enfermera.
-Se le ofrece una cama o un sillón.
-La enfermera le extrae la analítica de sangre y cursa dicha analítica más la orina que aporta el paciente.
-Se deja un vía venosa para infusión de albúmina.
-Selección a los pacientes a los que hay que realizar una paracentesis evacuadora.
-El médico procede a la paracentesis evacuadora y se recoge una muestra para bioquímica del líquido ascítico.
-Se infunde albúmina en función de los litros de líquido ascítico drenado.
-El médico revisa el resultado de la analítica urgente y ajusta el tratamiento del paciente y emite un informe y decide cuando tiene que volver dicho paciente al hospital de día (variable: de 1-3 semanas)
-Una vez que haya dejado de drenar la enfermera le retira el catéter y la vía venosa y se procede al alta con el informe del médico
Se realizarán periódicamente encuestas de satisfacción y además, se dispondrá de un BUZON DE SUGERENCIAS para analizar periódicamente las inquietudes y necesidades de nuestros pacientes y poder realizar mejoras que repercutan en una mejor atención percibida.
DOTACIÓN DE PERSONAL
-Médico
-Enfermera (ya disponible en la Unidad de Endoscopias en turno de tarde)
-Auxiliar de clínica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1200

1. TÍTULO

HOSPITAL DE DIA PARA LA ATENCION DEL ENFERMO CON CIRROSIS HEPATICA DESCOMPENSADA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

INDICADORES

- Supervivencia de los pacientes con CH atendidos en el Hospital de Día de Hepatología
- Tasa de infecciones nosocomiales y de infecciones por gérmenes multiresistentes en estos pacientes
- Tasa de reingresos de los pacientes con CH descompensada atendidos en el Hospital de Día de Hepatología
- Satisfacción del paciente

Los indicadores se evaluarán semestralmente.

DURACIÓN

La implantación del Hospital de Día de Hepatología se puede realizar de forma rápida ya que se dispone de la infraestructura y del personal necesarios a excepción de un/a auxiliar de enfermería dos tardes a la semana. En un futuro y solo si fuese necesario por incremento importante de la demanda, se podría ampliar el horario a más tardes de la semana.

Se considera un proyecto que tras su implantación se mantendrá de forma permanente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0775

1. TÍTULO

REVISIÓN DIETÉTICA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CELIACOS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR ALONSO ESTEBAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REMACHA TOMEY BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Revisión dietética: encuesta dietética semanal (incluye ingesta de una semana completa)
- 2.- Detección de péptidos de gliadina en heces.
- 3.- Control serológico de AC AntiTGT previo y posterior a la revisión dietética

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 100% de las muestras de heces analizadas presentan detección de gluten negativa.
En el control serológico: 67% pacientes ha disminuido el título de AC tras la revisión dietética, 22% pacientes pendientes de control analítico posterior y el 11% pacientes han aumentado ligeramente el título de Ac.
La realización de la dieta era incorrecta en un 78% pacientes y correcta en un 22%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es necesaria una revisión individualizada de la dieta, ya que es elevado el número de pacientes que no la realizan correctamente, debido a la falta de conocimientos sobre la misma
La revisión dietética es un complemento indispensable en pacientes que no evolucionan correctamente.
La monitorización de la dieta a todos los pacientes a los 4-6 meses de su inicio, sería necesaria para comprobar el adecuado seguimiento de la misma

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/775 ===== ***

Nº de registro: 0775

Título
REVISION DIETETICA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CELIACOS

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 .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El único tratamiento para controlar la enfermedad celiaca (EC) es la instauración y cumplimiento exhaustivo (estricto y de por vida) de una dieta exenta de gluten (DEG). En algunos pacientes se produce una falta de respuesta a la misma, siendo la causa más común, una adherencia inadecuada a la DEG.
Para evaluar el adecuado cumplimiento dietario en esos casos, será necesario realizar una revisión dietética.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivar que la DEG que realiza cada paciente es la adecuada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0775

1. TÍTULO

REVISIÓN DIETÉTICA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CELIACOS

Promover, los cambios dietéticos necesarios para su adecuada realización.

MÉTODO

Revisión dietética: encuesta dietética semanal (incluye la ingesta de una semana completa)

INDICADORES

Realización de test de detección de péptidos de gliadina en heces, y control serológico de Ac antiTGT, tras la revisión dietética.

El estándar a alcanzar es una detección de gluten negativa en heces y una disminución del título de Ac

DURACIÓN

Duración anual, revisión dietética por parte de la enfermera y control analítico y de heces por parte de la médico digestivo

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 - 2016/1757

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 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

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

Subproceso 1: 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

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 - 2016/1758

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 Vasculat, 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 - 2018/0110

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA

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.

ALBAREDA ALBAREDA JORGE
 GUILLEN ANTON JULIA
 VILLARREAL SALCEDO ISABEL
 BLANCO RUBIO NIEVES
 MOZOTA DUARTE JULIAN
 BURILLO FUERTES PILAR
 PASTOR TOMAS EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Reuniones del Grupo de Trabajo:

- 4 abril:
 - Presentación Proyecto
 - Se han priorizado para realizar las siguientes acciones:
 1. Registro prospectivo de fracturas de cadera.
 2. Trabajar en una Vía Clínica de Fractura de Cadera.

-10 abril:

1. Se debatió el borrador de Hoja de Recogida de Datos. Se acordó traer para la próxima reunión propuestas de modificaciones concretas a la misma, así como el responsable de la cumplimentación de cada uno de los datos.
 2. Se presentó guión de Vía Clínica. Se concluyó que en la próxima reunión se repartiría a las partes involucradas el desarrollo de cada una de las partes.

- 27 abril.

1. Se consensúa la hoja de recogida de datos, y el método de recogida y análisis.

-21 mayo:

1. Se analizan los datos hasta la fecha.
 2. Se realizan propuestas para mejorar el % de cirugía fractura cadera temprana: modificación cirugía en la guardia e incremento quirófanos para fractura cadera de urgencia diferida.

- 16 julio y 27 agosto: análisis de la evolución de los resultados, propuestas de mejora de los mismos.

- 23 noviembre.

. Se analizan los resultados. Se propone realizar el análisis excluyendo los pacientes que tienen contraindicación médica para la cirugía en las primeras 48 horas.
 . Se debate la vía clínica, se proponen modificaciones tras consensuar algunos puntos.

- 12 diciembre.

. Se presentan los resultados de las fracturas del último mes.
 . Se revisa la vía clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha constituido un grupo de trabajo multidisciplinar para abordar las fracturas de cadera. Se ha diseñado una hoja de recogida de datos prospectiva, que la abre el traumatólogo de guardia con los casos que acuden, pasándola al jefe de traumatología para finalizar su cumplimentación. El análisis de datos se realiza en la Unidad de Calidad. Presentándolos posteriormente en el grupo de trabajo para proponer acciones.

Del análisis de las fracturas de cadera en el periodo mayo- diciembre 2018 hemos hallado los siguientes datos:

1. Nº fracturas:

mayo	33,	junio	43,	julio	38,	agosto	32,	septiembre	36,	octubre	35
noviembre	41,	diciembre	50,	Total	308						

2. Fracturas extracapsulares:

mayo	26	(79%),	junio	27	(63%),	julio	24	(65%),	agosto	22	(63%),	septiembre	186	(60,4%)
noviembre	26	(63%),	diciembre	27	(54%),	Total	186	(60,4%)						

3. Porcentaje de Fracturas de cadera con Intervención Quirúrgica urgente (%):

mayo	18,	junio	44,	julio	42,	agosto	20,	septiembre	50,	octubre	36,
noviembre	23,	diciembre	30,	Total	32,9						

4. Plazo demora intervención quirúrgica (media días):

mayo	2,6,	junio	2,3,	julio	2,6,	agosto	3,3,	septiembre	2,2,	octubre	2,9,
noviembre	3,5,	diciembre	3,1,	Total	2,8						

5. % intervenciones quirúrgicas en las primeras 48 horas:

mayo	57,	junio	47,	julio	62,	agosto	39,	septiembre	65,	octubre	55,
noviembre	50,	diciembre	53,	Total	53,5						

La vía clínica está elaborada por el grupo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0110

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ante una patología tan frecuente como la fractura de cadera es un proceso muy frecuente en nuestro hospital (1,3 fracturas/día en el periodo que estamos analizando en el proyecto) era una necesidad el constituir un grupo para impulsar medidas que permitan mejorar la atención a los pacientes con dicha patología, su constitución consideramos que es un primer escalón para conseguir mejorar y disminuir la variabilidad en el momento de realizar la intervención quirúrgica.

Hemos conseguido incrementar la cirugía urgente de la fractura de cadera del 25% al 33%.

Nos queda implantar la vía clínica y considerar otras medidas para minimizar la demora de la intervención quirúrgica.

Las reuniones periódicas del grupo de trabajo son un punto clave para evaluar los resultados, las tareas desarrolladas y trabajar conjuntamente en la consecución de los objetivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/110 ===== ***

Nº de registro: 0110

Título
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA

Autores:
JASA ARDANAZ VICENTE, ALBAREDA ALBAREDA JORGE, GUILLEN ANTON JULIA, VILLARREAL SALCEDO ISABEL, BLANCO RUBIO NIEVES, MOZOTA DUARTE JULIAN, BURILLO FUERTES PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La fractura de cadera es un proceso muy frecuente en nuestro hospital (1,4 fracturas/día).
La variabilidad en el momento de la intervención quirúrgica condiciona inequidad en la atención a este tipo de pacientes.
No ha sido posible implementar una vía de práctica clínica.
Pacientes ancianos que consumen recursos de hospitalización, enfermería, rehabilitación, nutrición.
La cirugía urgente de cadera es claramente insuficiente (25%).
La demora en el momento quirúrgico genera hospitalizaciones innecesarias, puede incrementar las complicaciones y la mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar la cirugía precoz de la fractura de cadera (90% en menos de 2 días)
Disminuir la mortalidad respecto al año 2017
Disminuir morbilidad añadida: IRAS, TEP, respecto a 2017
Realizar una Atención integral al paciente
Disminuir las estancias innecesarias
Iniciar de forma precoz la RHB
Fomentar el empoderamiento del paciente afecto de Fractura de Cadera
Llevar a cabo educación al paciente y cuidadores

MÉTODO
Establecimiento del proceso de cadera COT-RHB
Quirófano específico de urgencias diferidas
Incremento de la actividad quirúrgica urgente en turno de tarde

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0110

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA

Sería deseable incrementar la plantilla orgánica de fisioterapeutas
Sesión Clínica Hospitalaria informativa
Información a pacientes y cuidadores en talleres

INDICADORES

Días hasta cirugía de fractura de cadera < 2: (Estándar: 80%)
Análisis comparativo de mortalidad en pacientes con fx de cadera en 2016 y 2017 frente a datos postimplantación de "Proceso de Cadera" 2018
Análisis comparativo de complicaciones (morbilidad) en pacientes con fx de cadera en 2016 y 2017 frente a datos postimplantación de "Proceso de Cadera" 2018
Coordinación entre servicios implicados: elaboración e implantación vía clínica (Estándar: SÍ)
Análisis comparativo de estancias medias postimplantación de Proceso de Cadera 2018 versus estancias en 2016-2017
% Inicio de RHB a las 48h postcirugía (Estándar: 80%)
Nº de talleres realizados con cuidadores (Estándar: 3)

DURACIÓN

Establecimiento del proceso de cadera COT-RHB: primer semestre 2018
Quirófano específico de urgencias diferidas: primer semestre 2018
Incremento de la actividad quirúrgica urgente en turno de tarde: primer semestre 2018
Incrementar la plantilla orgánica de fisioterapeutas: 2018
Sesión Clínica Hospitalaria informativa: segundo semestre 2018
Información a pacientes y cuidadores en talleres: segundo semestre 2018

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 - 2016/0722

1. TÍTULO

PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS DE DUE EN DIAGNOSTICO Y ASISTENCIA AL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN HOSPITAL CLINICO LOZANO Blesa

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 Blesa"

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 - 2018/0673

1. TÍTULO

GUIA PRACTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GENERO

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ISABEL ILUNDAIN GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO ORNA JOSE ANTONIO
GARCIA GARCIA BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Se ha iniciado la oferta de consulta en Centro de especialidades Inocencio Jimenez con código ENDJDG. La responsable de la consulta es la Dra Ilundain. Se han atendido un total de 8 pacientes y a fecha de corte de 31 de enero de 2019 el número de días hasta el primer hueco libre encontrado es de 7
- 2.- Se ha consensuado con pediatría la transición de cuidado entre pediatría y endocrinología
- 3.- Se han desarrollado los procedimientos de consentimiento informado
- 4.- Se han establecido los protocolos de actuación y circuitos de derivación de los pacientes entre las distintas especialidades implicadas, principalmente pediatría, psicología, urología y ginecología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha difundido la oferta asistencial de esta nueva prestación entre los profesionales del Servicio. La adherencia al protocolo es del 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La consulta ha quedado implantada y es plenamente operativa

7. OBSERVACIONES.

Ninguna

*** ===== Resumen del proyecto 2018/673 ===== ***

Nº de registro: 0673

Título
GUIA PRACTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GENERO

Autores:
ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL, GIMENO ORNA JOSE ANTONIO, GARCIA GARCIA BLANCA

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según Instrucción de 16 de mayo de 2016 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, la atención a personas transexuales debe ser coordinada en el sector III por el Servicio de Endocrinología y Nutrición. Debido a la complejidad de la asistencia y a la necesidad de involucrar a varios Servicios, puede ser conveniente la constitución de un equipo multidisciplinar que garantice la atención satisfactoria a estas personas. En particular es necesaria una cuidadosa selección del momento de inicio y monitorización del tratamiento hormonal sustitutivo así como del tratamiento quirúrgico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0673

1. TÍTULO

GUIA PRACTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GENERO

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Mejorar la calidad de la asistencia a personas con incongruencia de género mediante el diseño de un proceso asistencial adecuado a sus necesidades
- 2.- Facilitar el acceso a atención especializada multidisciplinar
- 3.- Reducir la variabilidad en el tratamiento hormonal de los sujetos para garantizar los mejores resultados fenotípicos, reduciendo los potenciales efectos secundarios
- 4.- Lograr una adecuada satisfacción de las personas con incongruencia de género con los resultados del tratamiento

MÉTODO

Actividades y oferta de Servicios

Población diana: Personas con una identidad de género percibida diferente de la que tienen asignada desde el nacimiento con una duración superior a los 6 meses. Puede o no ir acompañada de disforia y problemas de adaptación social. En el Servicio de Endocrinología se atenderían personas con edad igual o superior a los 14 años (antes de esa edad deberían haber sido evaluados en pediatría, con transferencia al Servicio de Endocrinología cuando cumplan los 14 años).

Actividades:

1.- Evaluación de jóvenes y adultos

1.1 El diagnóstico de incongruencia / disforia de género debería realizarse por profesionales de salud mental cualificados y con experiencia. Debe excluirse patología psiquiátrica acompañante

1.2 No debe realizarse tratamiento farmacológico antes del inicio de la pubertad, pero el niño puede haber adoptado un rol adecuado al sexo deseado para comprobar que mejora su calidad de vida

2.- Adolescentes

2.1 Se debe suprimir la pubertad tras su inicio, con análogos de GnRH

2.2 Se puede iniciar el tratamiento con hormonas sexuales a partir de los 16 años si persiste la indicación

2.3 Se debe realizar monitorización clínica y analítica periódica

3.- Adultos

3.1 Se debe dar tratamiento con hormonas sexuales si se confirman los criterios diagnósticos

3.2 Hay que descartar contraindicaciones al tratamiento con hormonas sexuales

3.3 Se debe realizar monitorización clínica y analítica a largo plazo, con cribado adecuado de cáncer genital

4.- Cirugía de reasignación sexual

4.1 Solo debe realizarse si un equipo multidisciplinar consensúa que es médicamente necesaria y que beneficiará al paciente

4.2 En general sólo debe hacerse a partir de los 18 años y tras información sobre opciones de fertilidad. Debe de haber habido tratamiento adecuado y satisfactorio durante más de 1 año con hormonas sexuales.

Oferta de Servicios: consulta monográfica en Servicio de E y N con evaluación y monitorización periódica de la supleencia hormonal. Derivación a otros especialistas necesarios.

INDICADORES

Adherencia al protocolo: personas que consultan por incongruencia de género atendidas según protocolo/total de personas derivadas por este motivo.

Estándar: >50%

Se realizará evaluación anual de la actividad.

DURACIÓN

Se prevé la consolidación del proceso asistencial 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 - 2018/0704

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE YOLANDA BLASCO LAMARCA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIMENO ORNA JOSE ANTONIO
BENITO ORMEÑO ANA MARIA
GARCIA GARCIA BLANCA
ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Cribado de DM durante el primer y tercer trimestre gestación si la paciente cumple criterios y universal en el segundo trimestre.
Derivación con diagnóstico confirmado a consulta monográfica, evaluación inicial; seguimiento hasta el parto y revisión postparto.
Educación diabetológica en la primera visita y control periódico en pacientes con glucemia dentro de objetivos
Revisión tras parto y lactancia con SOG 75 grs e informe a atención primaria con resultado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado todas las actividades según el standard marcado: se ha realizado cribado de DM del 100% de las gestantes, se han seguido el 100% de las gestantes derivadas en nuestras consultas, se ha evaluado al 12,2% postparto (este ítem precisa más tiempo para completar el 100%), de los recién nacidos han sido macrosomas el 6,6%. y de los recién nacidos el 8,9%(8/90) han tenido un peso <2500 grs (5/8 han sido prematuros).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha tenido un resultado satisfactorio para los objetivos pautados. Como proyectos pendientes serían: mejorar la relación con el servicio de obstetricia para realizar protocolos comunes y unificar criterios en situaciones especiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/704 ===== ***

Nº de registro: 0704

Título
PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

Autores:
BLASCO LAMARCA YOLANDA, GIMENO ORNA JOSE ANTONIO, BENITO ORMEÑO ANA MARIA, GARCIA GARCIA BLANCA, ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La diabetes gestacional (DMG) se define como la intolerancia a la glucosa diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo.
La diabetes mellitus durante el embarazo es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones materno-fetales. Dada la necesidad de una monitorización estrecha de las pacientes, es preferible una coordinación efectiva entre los Servicios de Endocrinología y de Obstetricia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0704

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Reducir la frecuencia de DMG no diagnosticada durante el embarazo, mediante un cribado adecuado de toda gestante. En caso de que no sea posible la realización del test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG), se debe aplicar un tratamiento y control similar al de la paciente con DMG.
- 2.- Considerar la diabetes diagnosticada en el primer trimestre como diabetes previa a la gestación, siguiendo las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes.
- 3.- Consensuar con el servicio de Obstetricia la dieta indicada según el Índice de masa corporal (IMC) previo de la paciente para alcanzar unos resultados materno-fetales lo más favorables posibles.
- 4.- Integrar la actividad de educación diabetológica de la paciente con DMG en las funciones de las matronas, como pieza clave en el tratamiento, seguimiento y control de dichas pacientes. De este modo puede reducirse el número de visitas de la paciente con DMG a la consulta de endocrinología.

MÉTODO

Población diana: Pacientes con gestación confirmada

Actividades

- 1.- Cribado de DM durante el primer trimestre (mismos criterios que fuera de la gestación) cuando existan factores de riesgo. Dado que no hay uniformidad en las guías, durante una fase transitoria se contempla realizar simultáneamente medición de glucemia basal, HbA1c y test de O'Sullivan.
- 2.- Cribado de DMG durante el segundo trimestre. Toda paciente gestante debe ser sometida al cribado de DMG mediante el test de O'Sullivan. En aquellas pacientes con prueba positiva debe realizarse como confirmación el TTOG.
- 3.- Cribado de DMG durante el tercer trimestre:
 - Gestantes no estudiadas previamente.
 - Gestantes con cribado normal en segundo trimestre ante el desarrollo de polihidramnios o aumento de perímetro abdominal fetal. En estos casos se realizará directamente un TTOG.
- 4.- Derivación de pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes durante el embarazo a consulta monográfica de endocrinología. Se realizará evaluación inicial, orientación terapéutica y planificación de control postparto. Se revisarán periódicamente las pacientes que no cumplan los objetivos glucémicos con medidas higiénico-dietéticas y sean tributarias de iniciar tratamiento farmacológico:
El tratamiento de elección es la insulina.
- 5.- Control por educadora o matrona tras la visita inicial. Se realizará educación dietética (dieta y ejercicio) e instrucción en la técnica de autoanálisis de glucemia y cetonuria. Se orientará sobre niveles de alerta por glucemia elevada. Ante niveles anormales se realizará derivación inmediata a consulta de endocrinología si la paciente no lleva tratamiento con insulina. Si la paciente ya está insulinizada el ajuste de dosis podrá realizarse por la educadora o matrona, pero se dispondrá de contacto estrecho con endocrinólogo para resolución de dudas.
La frecuencia de visitas será cada 1 ó 2 semanas según el grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
- 6.- Seguimiento y control obstétrico similar al de la gestante sin DMG salvo complicaciones. Se realizará control glucémico intraparto mediante tratamiento con insulina IV si fuese necesario para mantener cifras idealmente entre 70 y 110 mg/dl.
- 7.- Entre las 4-12 semanas tras parto se debe realizar cribado de DM con TTOG de 75 gramos, evaluándose los resultados en consulta monográfica de endocrinología. Los resultados se informaran al médico de atención primaria.

INDICADORES

1.- Indicadores de proceso

Indicador 1: gestantes cribadas para presencia de DM pregestacional/total gestantes.

Estándar: 100%

Indicador 2: Gestantes cribadas para presencia de DM gestacional/total gestantes

Estándar: 100%

Indicador 3: Gestantes con DM gestacional seguidas en consulta conjunta de endocrinología y enfermería/total gestantes con DM gestacional.

Estándar: >90%

Indicador 4: Pacientes con evaluación de tolerancia a la glucosa posparto/total gestantes con DM gestacional.

Estándar: >50%

2.- Indicadores de resultados

Indicador 5: Porcentaje de recién nacidos grandes para edad gestacional (peso > p90)

Estándar: <10%

Indicador 6: Porcentaje de recién nacidos pequeños para edad gestacional (peso < p10)

Estándar: < 8%

DURACIÓN

El proceso se ha iniciado en el año 2018 y se prevé su mantenimiento de modo indefinido a largo plazo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0704

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0160

1. TÍTULO

DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO CENTRALIZADO EN CONSULTA ESPECÍFICA DE ENDOCRINOLOGÍA DE LOS PACIENTES CON HF EN EL SECTOR III

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE LUIS IRIGOYEN CUCALON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO ORNA JOSE ANTONIO
BLASCO LAMARCA YOLANDA
RUIZ BUIDRAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Revisión y detección por el Servicio de Bioquímica de valores de colesterol LDL > 250 mg/dl
- 2.- Evaluación de los pacientes en consulta monográfica de lípidos del Servicio de Endocrinología por parte del coordinador del proyecto
- 3.- Solicitud de análisis genético en pacientes con sospecha de Hipercolesterolemia Familiar (HF) y cribado de familiares de los pacientes índice.
- 4.- Aplicación de tratamiento hipolipemiante dirigido a la consecución de los objetivos terapéuticos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.- Se ha implantado la consulta monográfica con éxito
- 2.- Se ha conseguido el reconocimiento por parte de la Sociedad Española de Aterosclerosis de la existencia de una Unidad de Lípidos en el HCU Lozano Blesa. Se cubre así una carencia importante en nuestra área sanitaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha constituido una Unidad de Lípidos en el sector III de Aragón dependiente del Servicio de Endocrinología (en el resto de los hospitales están adscritas a Medicina Interna o Cardiología).

7. OBSERVACIONES.

Consulta monográfica a pleno rendimiento, por lo que puede considerarse el proceso concluido con éxito.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/160 ===== ***

Nº de registro: 0160

Título
DETECCION Y SEGUIMIENTO CENTRALIZADO EN CONSULTA ESPECIFICA DE ENDOCRINOLOGIA DE LOS PACIENTES CON HF EN EL SECTOR III

Autores:
IRIGOYEN CUCALON LUIS, GIMENO ORNA JOSE ANTONIO, BLASCO LAMARCA YOLANDA, RUIZ BUISAN JOSE

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 .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hipercolesterolemia familiar (HF) es el trastorno genético más frecuente asociado a cardiopatía isquémica precoz. Se debe a mutaciones autosómico-dominantes que elevan las cifras de colesterol LDL (cLDL). La prevalencia es 1/300 en España, por lo que en nuestra área sanitaria sería previsible que hubiese aproximadamente 1000 personas afectadas.

La HF cumple los requisitos de la OMS para realización de cribado sistemático. Además, han aparecido nuevos fármacos (i-PCSK9) capaces de mejorar el control y el pronóstico de los pacientes afectados con esta enfermedad. Por ello es conveniente facilitar la detección precoz y el correcto tratamiento de los pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0160

1. TÍTULO

DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO CENTRALIZADO EN CONSULTA ESPECÍFICA DE ENDOCRINOLOGÍA DE LOS PACIENTES CON HF EN EL SECTOR III

con HF

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Aumentar la detección de pacientes con HF
- 2.- Centralizar el manejo de estos pacientes en una consulta específica
- 3.- Facilitar la coordinación entre niveles asistenciales

MÉTODO

- 1.- Revisión de analíticas de laboratorio de modo sistemático para identificar cifras de cLDL que sean compatibles con el diagnóstico de HF (cLDL > 250 mg/dl en adultos). El listado correspondiente será facilitado por el servicio de bioquímica.
- 2.- Revisión de las personas detectadas para comprobar si cumplen criterios que los hagan tributarios de análisis genético. Esta labor sería realizada por el servicio de endocrinología.
- 3.- En pacientes índice (con diagnóstico genético de HF confirmado) se planificará el seguimiento programado con un doble objetivo: detección precoz de enfermedad aterosclerótica y tratamiento destinado a la consecución de los objetivos de cLDL recomendados por las guías de práctica clínica.
- 4.- Tras la detección de un paciente índice se planificará un cribado en cascada para detectar familiares afectos.

La detección y seguimiento de los sujetos con HF se realizará en una consulta monográfica con agenda semanal en el servicio de endocrinología

INDICADORES

- 1.- Implantación de la consulta monográfica
- 2.- Número de pacientes atendidos: objetivo > 50 pacientes en el primer año de funcionamiento. Esto será posible tras la revisión inicial de los listados suministrados por el servicio de bioquímica
- 3.- Porcentaje de pacientes con cLDL dentro de objetivos durante el primer año de seguimiento (estándar 80%)

DURACIÓN

Implantación de la agenda ENDLIP con periodicidad semanal en 2019

OBSERVACIONES

Se generará una base de datos con los pacientes con HF para control de calidad y para posibilitar en el futuro la investigación epidemiológica

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 23/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Reunión de los miembros del equipo para consensuar pruebas complementarias y objetivos terapéuticos
- 2.- Búsqueda de espacio físico para la realización de la consulta
- 3.- Evaluación de la posibilidad de crear una agenda compartida con imputación de los pacientes a todos los Servicios implicados
- 4.- Presentación del proyecto en la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.- Se han consensuado la distribución de pruebas complementarias y los objetivos terapéuticos a alcanzar
- 2.- Se ha decidido la población diana sobre la que actuar
- 3.- El proyecto ha sido premiado por la SEEN en 2019 en el apartado de Premio a la Excelencia de un Equipo Multidisciplinar en Diabetes
- 4.- El proyecto fue presentado en sesión hospitalaria el 4 de diciembre de 2019
- 5.- Ha sido imposible encontrar un espacio físico para realizar una consulta compartida. Por ello se ha reconducido el proceso hacia la creación de Equipo que debería constituir un Comité de Riesgo Vascular Extremo. Su constitución se planteará como Proyecto de Gestión del Servicio de Endocrinología para el año 2020

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Proyecto pendiente de la constitución hospitalaria del Equipo como Comité con reuniones periódicas cuya frecuencia dependerá del número de pacientes susceptibles de evaluación.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0162

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La presencia de diabetes (tipos 1 y 2) incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. A

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

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

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

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

Criterios de inclusión:

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

Criterios de exclusión

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

Valoración de otros apartados

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

1. TÍTULO

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

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0445

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE YOLANDA BLASCO LAMARCA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIMENO ORNA JOSE ANTONIO
AGUDO TABUENCA ANA
ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL
BENITO ORMEÑO ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un documento informativo para entregar a los pacientes con insuficiencia suprarrenal en las consultas (dicho documento además de dar información sobre su enfermedad, incluye instrucciones para el manejo de su enfermedad en situaciones de estrés y/o enfermedad concomitante y/o procedimientos invasivos menores). El documento se ha realizado de forma consensuada por todo el servicio. Se ha procedido a "colgar" en la carpeta compartida de todos los miembros del servicio de endocrinología el documento informativo. Dicho documento estaba ya preparado durante el primer trimestre de 2019 por lo que se ha podido entregar a todos los pacientes que han acudido a nuestras consultas durante todo el año. Además de la entrega del documento, se ha entregado una receta con medicación para utilizar en caso de descompensación aguda de la insuficiencia suprarrenal para evitar que el paciente precisé asistencia sanitaria urgente. Las enfermeras educadoras de nuestras consultas han sido las encargadas de explicar como debería el paciente o un familiar administrar la medicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha entregado el documento a más de un 90% de los pacientes afectados de insuficiencia suprarrenal crónica que acuden de forma periódica a nuestras consultas (tanto del hospital clínico como de Inocencio Jimenez).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se trata de una actividad que no precisa de recursos adicionales (ni materiales ni de personal) y que responde a una necesidad de nuestros pacientes para resolver dudas sobretodo en casos de patología intercurrente para reducir el número de visitas a urgencias.

7. OBSERVACIONES.

se trata de un proyecto beneficioso para el paciente y el sistema sanitario que se ha podido realizar gracias al esfuerzo de los facultativos (en preparar el documento y explicarlo a los pacientes en las consultas) y de las enfermeras (en el manejo del tratamiento en fase de reagudización).

*** ===== Resumen del proyecto 2019/445 ===== ***

Nº de registro: 0445

Título
ELABORACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

Autores:
BLASCO LAMARCA YOLANDA, GIMENO ORNA JOSE ANTONIO, AGUDO TABUENCA ANA, ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL, BENITO ORMEÑO ANA MARIA

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0445

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

PROBLEMA

La hidrocortisona es una hormona esteroidea producida por las suprarrenales, esencial para la vida. Su déficit puede ser debido a insuficiencia suprarrenal primaria (Enf Addison) o secundaria. En ambos casos es imprescindible un correcto reemplazo de forma crónica y en caso de enfermedad o situación de estrés se debería ajustar e incluso modificar la vía de administración.

Probablemente con estas pautas se podría reducir el número de ingresos y de asistencia a urgencias de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Elaborar un documento informativo para entregar a los pacientes en las consultas.
2. Transmitir la información al paciente por escrito sobre la importancia de su enfermedad y de como actuar en situaciones de emergencia, así como en situaciones de enfermedad o estrés.
3. Reducir el número de ingresos y visitas a urgencias de estos pacientes por desconocer que actuaciones y en que situaciones deben actuar.

MÉTODO

1. Elaborar un documento informativo consensuado por el equipo .
2. Entregar el documento a todos los pacientes afectos de insuficiencia suprarrenal de las consultas de endocrinología y nutrición.
3. Educar al paciente sobre el manejo de las inyecciones de emergencia (lo realizaría el personal de enfermería) y comprobar en cada consulta que el paciente tiene el fármaco en su domicilio y sabe como utilizarlo.

INDICADORES

1. Elaborar el documento informativo.
2. Contabilizar el número total de pacientes con insuficiencia suprarrenal de las consultas de endocrinología y asegurar que al menos el 90% de los pacientes reciban el documento en la consulta y aprendan el manejo de la inyección.

DURACIÓN

Poner a disposición el documento en todas las consultas de endocrinología a partir del 1 de abril del 2019. Comenzar a entregarlo a los pacientes a partir de esa fecha y realizar la prescripción de la inyección de emergencia y enseñar el manejo.

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 - 2016/1011

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.
CRUSSELLS 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, estrongiloidiasis, 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, CRUSSELLS 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 - 2019/0343

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENDOCARDITIS (ENDOCARDITIS TEAM)

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA MORTE ROMEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARMONA AYNAT AMALIO
LACAMBRA BLASCO ISAAC
REVILLA MARTI PABLO
SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD
PEREZ LAZARO CRISTINA
BURILLO FUERTES PILAR
JIMENEZ BARTOLOME BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1. Se ha consolidado un equipo multidisciplinar para el abordaje integral de pacientes con endocarditis infecciosa (EI) a partir de los miembros referidos en este proyecto, creando un grupo con comunicación inmediata.

5.2. Se ha fomentado una actitud de sospecha clínica de EI ante determinados síntomas que ha supuesto una mejora en los tiempos y en la calidad del abordaje inicial de estos pacientes, principalmente en los Servicios de Urgencias, Medicina Interna, Neurología y Cardiología (extracción de hemocultivos seriados, retraso del tratamiento antibiótico hasta resultados microbiológicos si estabilidad clínica, consulta con los miembros del PROA, solicitud precoz de ecocardiograma...)

5.3. Se ha actualizado la guía PROA del hospital de tratamiento antibiótico empírico de la EI.

5.4. Se ha adoptado un sistema de registro local (ENDOHCU) que recoge las características basales de estos pacientes (factores de riesgo, morbilidad, cardiopatía), de su enfermedad y evolución (tratamiento, etiología microbiológica, mortalidad...) que nos permite hacer una evaluación retrospectiva de la actividad realizada a través de este equipo y tener un mejor conocimiento de esta entidad.

5.5. Como normas generales, y siempre supeditadas a criterios clínicos y organizativos y al consenso común del grupo, se establecen para la atención del paciente con EI las siguientes recomendaciones:

- Pacientes con sospecha o confirmación diagnóstica de EI serán hospitalizados en planta de Cardiología, Enfermedades Infecciosas (preferentemente si EI sobre válvula protésica y nativa respectivamente) o UCI en función de la gravedad.

- La reunión de evaluación del equipo ha de realizarse el mismo día que se considera la posibilidad de EI. Las reuniones posteriores se concretan según evolución del paciente y necesidad de toma de decisiones.

- La indicación de tratamiento quirúrgico es establecida de forma común por el grupo. El centro de referencia es el Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza. La comunicación con ellos será a través de la secretaria del Servicio de Cardiología por parte del facultativo responsable del paciente. Determinadas complicaciones anatómicas, sin ser rechazadas por el HUMS por alto riesgo quirúrgico, se consensuaría la conveniencia de su valoración por otros centros de referencia nacionales como el Hospital Clínic de Barcelona. Los miembros del grupo PROA serán los responsables de la comunicación con este.

5.6. Se ha fomentado el cumplimiento de la pauta antibiótica (6-8 semanas) de forma ambulatoria a través del Hospital De Día (Planta 13, Servicio de Medicina Interna) en aquellos pacientes que no han presentado complicaciones y que reúnan criterios de alta médica.

5.6. Se ha establecido un árbol de manejo de los pacientes con sospecha de EI y hemocultivos negativos:

La EI con hemocultivos negativos se define como aquella con hemocultivos seriados negativos y ausencia de diagnóstico microbiológico. La causa más frecuente es la toma previa de antibióticos, pudiendo llegar a alcanzar una tasa en algunas series de entre el 2,5 y el 70%. No obstante, si el paciente acaba requiriendo tratamiento quirúrgico, en muchos de estos casos la válvula cardíaca ofrece resultado positivo. Otra posibilidad menos frecuente es que la EI sea debida a microorganismos conocidos como fastidiosos y de lento crecimiento, que requieren unas condiciones especiales de incubación o de diagnóstico, y que generalmente se relacionan con ámbitos epidemiológicos definidos. Debido a la repercusión de la enfermedad (mortalidad, tratamiento prolongado, disfunción valvular cardíaca...) es necesario optimizar al máximo las pruebas microbiológicas disponibles ya que resultados positivos pueden cambiar la actitud terapéutica. Ante sospecha de EI con hemocultivos negativos será necesario:

1. Comprobar verdaderamente la extracción seriada de hemocultivos (al menos 3 sets de venopunciones diferentes) y avisar al servicio de microbiología de la sospecha de endocarditis (extensión 164318). En el apartado de observaciones del volante se indicará "lenta incubación".

2. Investigación del ámbito epidemiológico del paciente. En función de la información obtenida se solicitarán

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0343

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENDOCARDITIS (ENDOCARDITIS TEAM)

las siguientes pruebas al servicio de microbiología de nuestro hospital, pudiendo ser necesario la solicitud de todas ellas si la anamnesis es de baja rentabilidad. Si existen dudas, se puede consultar con la sección de serologías del hospital (Microorganismo: contexto epidemiológico/Determinación/Servicio):

- Brucella spp: Ganado, productos animales no higienizados/Serología/Microbiología HCU
- Coxiella burnetii (Fiebre Q): Ganado, productos animales no higienizados/ Serología/ Microbiología HCU
- Chlamydia pneumoniae: No/ Serología de neumonías atípicas/ Microbiología HCU
- Legionella: Aerosoles de agua contaminada/ Serología de neumonías atípicas, Ag urinario/ Microbiología HCU
- Bartonella spp: Indigencia, infestación por piojos, contacto con gatos/ Serología/ Microbiología HUMS
- Tropheryma whipplei: Ganado, agricultura/ Serología/ Microbiología HUMS

3. Dado el retraso que conlleva la obtención de los resultados de las serologías, se recomienda la solicitud al mismo tiempo de determinaciones moleculares sobre muestra de sangre (PCR de DNA bacteriano). Para ello es necesario contactar con los miembros del PROA (extensión 710535 o 710430) quienes a través de la petición a laboratorio externo solicitarán al Hospital Universitario Gregorio Marañón la realización de PCR Universal 16S sARN, PCR T. whipplei, PCR Bartonella sp, PCR Coxiella burnetii (la muestra consistirá en sangre en tubo con EDTA).

5.7. Se ha definido el papel del PET-TC en el abordaje de pacientes con EI.

La introducción del PET-TC en el abordaje de las EI ha supuesto un avance muy favorable en el diagnóstico y seguimiento de esta entidad. Desde 2015, la presencia de actividad anormal detectada por PET-TC sobre el lecho de implantación de una válvula cardíaca más allá de los tres meses de la cirugía es criterio mayor diagnóstico de EI, aumentando la sensibilidad de los criterios de Duke habituales hasta un 97%. Las indicaciones para su solicitud son:

- EI valvular protésica posible o rechazada cuando persiste alta sospecha clínica y/o el ecocardiograma transesofágico (ETE) no es concluyente.
- EI con diagnóstico definitivo, para valorar la extensión perivalvular cuando el ETE no es concluyente y evaluar la afectación sistémica (embolismos sépticos). El PET-TC ha demostrado ofrecer una sensibilidad del 100% en la detección de complicaciones a distancia, mucho mayor que cualquier otra técnica de imagen.
- EI sobre tubo valvulado, con objeto de determinar verdadera extensión de la infección.
- En EI sobre dispositivos cardíacos (marcapasos, DAI), ya que el PET-TC puede ayudar a discernir entre infección local (generador/subcutánea) Vs infección intravascular del electrodo o intracardiaca.
- Seguimiento de EI protésica/sobre dispositivos cuando se opte por manejo conservador (determinar duración del tratamiento antibiótico o detección de complicaciones).

Es necesario tener en cuenta las siguientes limitaciones a la hora de su solicitud:

- El PET-TC ofrece menor sensibilidad en el diagnóstico de EI sobre válvula nativa, por lo que su uso de rutina no está recomendado (limitaciones en la resolución espacial y metabólica).
- La captación metabólica cerebral es de forma fisiológica muy elevada, por lo que el PET-TC no es la prueba recomendada para el cribado de embolismos sépticos cerebrales, pudiendo ofrecer falsos negativos.
- Con objeto de reducir el metabolismo miocárdico glucídico presente de forma basal en los sujetos, es necesario realizar una preparación especial en el paciente (ayuno prolongado y dieta previa rica en grasas y baja en hidratos de carbono).
- La antibioterapia prolongada previa a la realización de la prueba, al disminuir la actividad inflamatoria, también puede disminuir de forma significativa la sensibilidad diagnóstica.
- Los pegamentos quirúrgicos utilizados especialmente para el implante de tubos valvulados (como BioGlue) pueden producir una captación falsamente positiva.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- A través del sistema de comunicación entre los miembros del grupo, se obtiene respuesta inmediata por parte de sus miembros, con convocatoria de reuniones en el mismo día o al día siguiente según prioridad de la decisión y citación precoz de las pruebas.
- Durante el año 2019 se ha realizado la evaluación y el seguimiento de un total de 9 pacientes hospitalizados en nuestro centro por EI (el 21% procedían del Servicio de Medicina Interna, el 31% de Cardiología, 15% de UCI y 26% de Enfermedades Infecciosas). La edad media ha sido de 74.4 años y la estancia media de 44.7 días. La mediana del Euroscore fue de 16. Dos de ellos requirieron traslado urgente a centro de referencia para cirugía cardíaca. La mortalidad global ha ascendido a un 31%.
- En todos ellos se extrajeron al menos dos parejas de hemocultivos al ingreso, ofreciendo diagnóstico microbiológico. No hubo ninguna sospecha de EI con hemocultivos negativos.
- Las cifras ofrecidas son similares a las que podemos encontrar en otros centros, con una previsión en los próximos años de aumento de los casos de EI, en relación con el mayor número de implantes de dispositivos intracardiacos, mayor comorbilidad y envejecimiento de la población y mayores tasas de manipulaciones endovasculares.
- Se han estandarizado los tiempos de realización de la mayoría de las pruebas necesarias para el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes, con acortamiento de estos (ecocardiograma, body TC, PET-TC).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación de este grupo multidisciplinar surge de una necesidad básica de atención a estos pacientes dada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0343

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENDOCARDITIS (ENDOCARDITIS TEAM)

la complejidad y gravedad de la EI. Cada uno de ellos supone un elevado consumo de tiempo y recursos por cada una de las especialidades implicadas, además de la repercusión económica (se ha estimado un coste de 15.000€ por paciente y episodio). La complejidad en la toma de decisiones requiere la presencia de un equipo experto, implicado y dinámico.

Con la creación de este grupo, nos acercamos a la tendencia habitual que existe en otros hospitales terciarios de atención a pacientes con EI, habiéndose demostrado una mejor atención y una mayor supervivencia. Consideramos que el trabajo y la actitud que se ha realizado hasta ahora debe mantenerse indefinidamente, pues ofrece al hospital y al paciente un servicio de calidad.

7. OBSERVACIONES.

Queda pendiente de programar una sesión hospitalaria para presentar la información y los resultados que hemos expuesto previamente.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/343 ===== ***

Nº de registro: 0343

Título
CONSOLIDACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENDOCARDITIS (ENDOCARDITIS TEAM)

Autores:
MORTE ROMEA ELENA, CARMONA AYNAT AMALIO, LACAMBRA BLASCO ISAAC, REVILLA MARTI PABLO, SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD, PEREZ LAZARO CRISTINA, BURILLO FUERTES PILAR, JIMENEZ BARTOLOME BELEN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La endocarditis infecciosa (EI) sigue presentando una elevada morbi-mortalidad. A pesar de los avances en diagnóstico y tratamiento, estos pacientes desarrollan una alta incidencia de complicaciones, principalmente cardiovasculares y neurológicas. La complejidad en su abordaje requiere la atención de un equipo multidisciplinar: especialidades como cardiología, infecciosas, microbiología, medicina interna, radiodiagnóstico, neurología, medicina nuclear, unidad de cuidados intensivos y cirugía cardíaca se ven comprometidas repetidamente en el proceso diagnóstico-terapéutico.

Los motivos por los cuales se requiere una estrategia colaborativa son:

1. Enfoque diagnóstico complejo: la forma de presentación es muy variada, con síntomas y signos de muy diversa índole (fiebre, descompensación de insuficiencia cardíaca, focalidad neurológica, lesiones cutáneas, bacteriemia aislada...) necesitando la visión de varias especialidades y múltiples pruebas diagnósticas (ecocardiograma, TC cerebral, PET-TC...)
2. Tratamiento: Es prioritario un tratamiento antibiótico precoz, muchas veces combinado y complejo por la comorbilidad y situación del paciente, lo que requiere expertos en enfermedades infecciosas. Además, alrededor de la mitad de los pacientes con EI son sometidos a cirugía cardíaca, siendo ésta una decisión difícil que debe ser aprobada juntamente con el equipo quirúrgico.
3. Seguimiento: Muchos pacientes presentan complicaciones durante el tratamiento en forma de insuficiencia valvular o embolismos a distancia siendo necesaria una monitorización conjunta, estrecha y dinámica.

Últimas guías recomiendan la creación de un equipo multidisciplinar para el abordaje integral de EI (endocarditis team). Estrategias similares han demostrado mejor evolución de los pacientes y disminución de la mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Estandarizar el diagnóstico precoz de EI y la estratificación de la gravedad, que posibilite inmediatez en los tiempos de realización de pruebas complementarias (ecocardiograma, TC...), inicio de tratamiento antibiótico y decisión de actitud quirúrgica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0343

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENDOCARDITIS (ENDOCARDITIS TEAM)

2. Fomentar el seguimiento multidisciplinar del paciente con endocarditis durante el ingreso con disponibilidad para evaluar posibles complicaciones (insuficiencia valvular, descompensación cardiaca, embolismos cerebrales, toxicidad...) y tomar decisiones de forma dinámica (cambio de tratamiento antibiótico, necesidad de cirugía cardiaca...).
3. Evaluar la atención prestada a pacientes con EI, en comparación con registros nacionales e internacionales.

MÉTODO

- o Reuniones periódicas del Equipo de Endocarditis:
- ? Programadas mensualmente y a demanda si son necesarias.
- o Registro local de casos de EI:
- ? Base de datos: variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, ecocardiográficas y evolutivas.
- ? Seguimiento del paciente al alta del paciente (1, 3, 6 y 12 meses)
- o Definición de los criterios y circuito de derivación de pacientes al centro de referencia de Cirugía Cardíaca
- o Protocolización del uso de la microbiología molecular en el diagnóstico de EI con hemocultivos negativos: filtrado de pacientes candidatos y optimización en el proceso toma - derivación de las muestras al centro de referencia.
- o Definición del papel del PET-TC en el diagnóstico y seguimiento de EI: protocolización de su uso y optimización de la preparación del paciente.
- o Presentación del grupo de trabajo en sesión clínica hospitalaria.

INDICADORES

- o Incidencia de EI (comunitaria, nosocomial y relacionada con cuidados sanitarios).
- o Estancia hospitalaria.
- o Incidencia de complicaciones antes y tras iniciar tratamiento antibiótico adecuado.
- o Tasa de cirugía cardiaca.
- o Mortalidad hospitalaria y a los 12 meses tras alta. Reingresos a los 6 meses del alta.
- o Indicadores de calidad:
- ? Solicitud de hemocultivos seriados.
- ? Tiempo de inicio de tratamiento antibiótico adecuado.
- ? Tiempo en realización de ecocardiograma.
- ? Tiempo en realización de pruebas complementarias consideradas como necesarias por el equipo.
- ? Tiempo en derivación/aceptación del paciente a cirugía cardiaca en función de la prioridad del paciente (cirugía urgente, emergente o electiva).

DURACIÓN

- o Febrero 2019: contactar con especialistas responsables del proyecto de cada servicio.
- o Marzo 2019:
- ? Creación de base de datos para el registro de EI.
- ? Desarrollo del protocolo de uso de la microbiología molecular para el diagnóstico de EI con hemocultivos negativos (Enfermedades Infecciosas y Microbiología)
- ? Desarrollo del protocolo de uso del PET-TC (Medicina Nuclear).
- o Abril 2019 - enero 2020:
- ? Reuniones periódicas.
- ? Registro de los casos.
- o Febrero 2020:
- ? Evaluación de los datos obtenidos.
- ? Comparación con registros nacionales.

OBSERVACIONES

- o El Equipo de Endocarditis nace de una necesidad básica de atención a estos pacientes, por lo que se mantendrá su continuidad tras la finalización del proyecto.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha procedido a la revisión clínica de los pacientes ingresados de enero a junio de 2019 con diagnóstico de NAC. En estos pacientes se ha evaluado la solicitud de pruebas diagnósticas microbiológicas y la adecuación de los tratamientos administrados con respecto a las recomendaciones locales de la guía PROA. En octubre de 2019 la American Thoracic Society y la Infectious Diseases Society of America publicaron nuevas guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la NAC. Teniendo en cuenta estas recomendaciones así como otra literatura científica de actualidad, se han actualizado y publicado en la web del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa las recomendaciones PROA locales de manejo de la NAC. Hasta la fecha, se han impartido 3 sesiones informativas con estas nuevas recomendaciones: una de ellas en el Servicio de Neumología, otra en el Servicio de Urgencias y la tercera en el Servicio de Enfermedades Infecciosas. El objetivo de las sesiones impartidas es optimizar la solicitud de pruebas diagnósticas microbiológicas y la adecuación a las recomendaciones locales de tratamiento de la NAC. Finalmente se ha consensuado que de julio a diciembre de 2020 se evaluará si estas nuevas recomendaciones y su divulgación han permitido obtener mejores resultados en cuanto a solicitud de pruebas diagnósticas y tratamiento de la NAC. Para ello la población a estudio serán los pacientes ingresados con diagnóstico de NAC en el periodo de enero a junio de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De la revisión clínica realizada, se ha obtenido que solamente en el 25% de los casos ingresados con diagnóstico de NAC se habían realizado las pruebas microbiológicas recomendadas y que solo en el 55% de los pacientes el tratamiento se adecuaba a las recomendaciones terapéuticas vigentes.

SITUACIÓN OBJETIVA INDICADORES A FECHA ACTUAL (diciembre de 2019) Nombre del Indicador Valor (resultado cuantitativo) del Indicador

Informe con los estándares de calidad diagnostico-terapéuticos consensuados para el manejo de la NAC (Sí/No)

Sí

Informe con los resultados de la verificación de los estándares de calidad de manejo de pacientes con NAC (Sí/No)

Sí

Propuesta de actividad de mejora que incluya actividades y cronograma

Sí

Número de sesiones informativas presentadas (favorable si =3/4)

3

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta la fecha se ha desarrollado gran parte del proyecto planteado inicialmente. Nos gustaría completar las sesiones informativas de los resultados obtenidos en la revisión realizada de los ingresos por NAC y con las nuevas recomendaciones PROA de obtención de test microbiológicos y de tratamiento en los dos servicios implicados en este proyecto (UCI y Medicina Interna) en los que aún no se ha llevado a cabo. Finalmente, esperamos que con las sesiones informativas el porcentaje de pacientes en los que se realicen los test diagnósticos microbiológicos recomendados y en los que se adecuen a las recomendaciones terapéuticas sea superior. Para ello el próximo año se llevará a cabo la revisión de los pacientes ingresados con diagnóstico de NAC en el periodo de enero a junio de 2020.

7. OBSERVACIONES.

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

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

1. TÍTULO

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

Nº de registro: 1316

Título
IDENTIFICACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO 2019

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

1. Revisión de literatura y selección consensuada por todos los servicios implicados de los estándares de calidad del manejo diagnóstico y terapéutico de la NAC
2. Diseño de la hoja de recogida de datos (CDR) y revisión de historias clínicas
3. Informe sobre la calidad del manejo diagnóstico-terapéutico de la NAC en el HCUZ e identificación de las principales barreras
4. Diseño de la intervención de mejora

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

1. TÍTULO

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

5. Presentación de los resultados de la actividad y de la intervención de mejora en los cuatro servicios clínicos implicados (Urgencias, Medicina Interna, Neumología y Enfermedades Infecciosas)

6. Implementación de la intervención de mejora en los servicios implicados

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1456

1. TÍTULO

CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARAGON

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL SANJOAQUIN CONDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRUSELLS CANALES MARIA JOSE
AMIGUET GARCIA JUAN ANTONIO
LETONA CARBAJO SANTIAGO
BENITO RUESCA RAFAEL
GIL TOMAS JOAQUINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con la colaboración del Instituto de salud Global (ISGlobal) se ha elaborado un proyecto con el objetivo de detectar y tratar los casos de Enfermedad de Chagas en nuestra ciudad. Al inicio del proyecto se focalizó la atención en la población procedente de Bolivia, país con la incidencia más alta de Latinoamérica. El objetivo del año 2019 ha sido ampliar el diagnóstico a las personas procedentes de cualquier país de América Latina. Para mejorar la difusión en el Sector Sanitario III de la existencia desde abril de 2018 de una Consulta de Enfermedad de Chagas en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. se ha incorporado un teléfono móvil para facilitar la derivación a la consulta, por parte de los Médicos de Atención Primaria y de los propios pacientes. Hemos contado con el apoyo de ISGlobal y la Asociación Raíces Andinas de Zaragoza que han informado a sus integrantes y familiares de la existencia de esta consulta. La Facultad de Farmacia de la Universidad San Jorge de Huesca también ha colaborado con la realización de carteles y trípticos informativos destinados a las Asociaciones de inmigrantes. Se ha realizado cribaje de 795 pacientes. Realización de Historia clínica y epidemiológica y cribaje serológico en los sueros de los niños se realizó PCR. En los resultados positivos se ha realizado tratamiento y seguimiento en Consultas externas.

7.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha obtenido un resultado serológico positivo en 36 muestras (4,5%) de 16 pacientes, 5 varones y 11 mujeres. Los países de origen fueron Bolivia (9), El Salvador (2), Nicaragua (2) y España (3) estos últimos hijos de madre nicaragüense y boliviana. En el caso de los recién nacidos negativizaron los anticuerpos antes de los diez meses de vida, descartándose infección. En los 13 pacientes adultos, se instauró tratamiento y se realizó seguimiento en la Consulta de Enfermedades Infecciosas. Los pacientes bolivianos pertenecían a la Asociación Raíces Andinas de Zaragoza, grupo muy sensibilizado con esta patología y que contribuyen muy activamente con campañas informativas entre sus miembros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El cribado de la Enfermedad de Chagas en la población Sudamericana, resulta eficaz y sencillo. Su diagnóstico precoz y consiguiente tratamiento puede evitar complicaciones importantes a largo plazo, por lo que consideramos se debería implementar como screening a nivel de Atención Primaria y/o especializada en la población procedente de América Latina.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1456 ===== ***

Nº de registro: 1456

Título
CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARAGON. (II)

Autores:
SANJOAQUIN CONDE ISABEL, CRUSELLS CANALES MARIA JOSE, AMIGUET GARCIA JUAN ANTONIO, LETONA CARBAJO SANTIAGO, BENITO RUESCA RAFAEL, GIL TOMAS JOAQUINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1456

1. TÍTULO

CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARAGON

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad de Chagas es endémica en 21 países de América Latina sin embargo en el último siglo, los movimientos migratorios y la tendencia creciente a viajar a países tropicales ha permitido su presencia en otros continentes como Europa.

Se estima que hay 8 millones de personas infectadas en todo el mundo, la mayor parte residentes en América Latina. Más de 10.000 individuos mueren cada año a causa de las manifestaciones clínicas de la enfermedad y más de 25 millones de personas corren el riesgo de infectarse.

La enfermedad de Chagas es clínicamente curable si el tratamiento se inicia en una etapa temprana, por lo tanto es esencial el acceso universal a un diagnóstico y a un tratamiento rápidos. Los test serológicos son las medidas de control más importantes

Según un informe del Instituto de Salud Global (ISGlobal) España está situada a la cabeza de la lucha contra la enfermedad de Chagas con estrategias que incluyen sensibilización pública, clínica, investigación y cooperación. Las campañas de sensibilización y educación sanitaria, han facilitado el acceso y la atención médica de la población con antecedentes epidemiológicos.

Según los datos publicados en el censo, Aragón tiene una población de 1.308.750 habitantes, 133.237 personas (10%) son inmigrantes, y de ellos 23.846 individuos proceden de América Latina. En Zaragoza residen 19.698 latinoamericanos, 322 vinieron de Bolivia, 1217 de Brasil, 664 de Argentina, 992 de Honduras, 232 de Paraguay, 362 de El Salvador, 317 de Chile, 2987 de Colombia, 3597 de Ecuador y 757 de Venezuela. Por datos de prevalencia en sus países de origen, en Zaragoza podrían padecer la enfermedad unas 300 personas.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la colaboración de ISGlobal elaboramos un proyecto con el objetivo de detectar y tratar los casos de Enfermedad de Chagas en nuestra ciudad. Comenzamos focalizando la atención en la población procedente de Bolivia, país con la incidencia más alta de Latinoamérica. El objetivo de este año, es ampliar el diagnóstico a las personas procedentes de cualquier país de América Latina.

MÉTODO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Difundir en el Sector Sanitario III la existencia desde abril de 2018 de una Consulta de Enfermedad de Chagas en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Este año se incorporará un teléfono móvil para facilitar la derivación a la consulta, por parte de los Médicos de Atención Primaria y de los propios pacientes.

Contamos con el apoyo de ISGlobal y la Asociación Raíces Andinas de Zaragoza que informará a sus integrantes y familiares de la existencia de esta consulta. La Facultad de Farmacia de la Universidad San Jorge de Huesca también ofrece su colaboración para realizar carteles sensibilizadores y trípticos informativos destinados a las Asociaciones de inmigrantes.

INDICADORES

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Volumen de pacientes derivados /mes.
- Procedencia de la derivación.
- Número de diagnósticos positivos (con test de confirmación).
- Número de pacientes que empiezan tratamiento.
- Recogida y análisis de posibles efectos adversos del tratamiento
- Pacientes con complicaciones cardíacas, digestivas o neurológicas detectadas

DURACIÓN

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se continuara durante todo el año 2019, la Consulta iniciada en el 2018, con las ampliaciones ya comentadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1456

1. TÍTULO

CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARAGON

en cuanto a país de origen.
Análisis de resultados Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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 numero de principios activos simplificados se completara 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: unidaddecadidadh03@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 DISPENSACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS PARENTERALES DE ACCIÓN PROLONGADA EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN 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 ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE ARAGÓN 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 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 - 2018/0980

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE MERCEDES ARENERE MENDOZA
 · Profesión FARMACEUTICO/A
 · Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
 · Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HORNA OREJA OIHANA
 PASCUAL MARTIN OIHANA
 COMET BERNAD MACARENA
 FRUTOS PEREZ-SURIO ALBERTO
 ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU
 ALVAREZ MANCENIDO FELIPE
 JULIAN ANSON MARIA ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una reunión con el Servicio de Bioquímica (SB) para realizar una consulta predeterminada con el programa de MODULAB, que permita conocer qué pacientes hospitalizados, en las plantas con prescripción electrónica, tienen los valores de creatinina con valores superiores al rango normal. (Mes de junio)
 Se han realizado dos reuniones en el Servicio de Farmacia (SF). La primera en el mes de junio en la que se ha llevado a cabo el reparto de las siguientes tareas entre los integrantes del grupo:

1. Revisión bibliográfica de qué antimicrobianos (AM) son susceptibles de ajuste posológico (AP) en base a la función renal.
 2. Revisión para la parametrización y estandarización de pesos en hombres y mujeres en el programa de prescripción electrónica utilizando la fórmula de Cockcroft-Gault.
 3. Revisión del procedimiento de registro de Recomendaciones Farmacéuticas (RF).
 Segunda reunión que se ha realizado en el mes de octubre:
 1. Se ha parametrizado el programa de prescripción electrónica, en donde se han señalado los AM susceptibles de AP, se ha adaptado la fórmula de Cockcroft-Gault con los pesos estandarizados, se han creado unos textos asociados predefinidos para realizar las RF y se ha estandarizado la forma de registro de las RF.
 2. Se ha elaborado un procedimiento por escrito de todo el circuito que ha servido como hoja de trabajo.
 3. Se ha realizado por escrito el procedimiento de cálculo de los indicadores.
- Se ha comenzado a trabajar en la práctica asistencial diaria en el mes de noviembre en las unidades de: Medicina interna A, Medicina interna B, Oncología, Aislamiento, Neurocirugía y Digestivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Realización de la consulta en MODULAB por el SB, en la que se filtren los pacientes con creatinina alterada y que estén hospitalizados en unidades con prescripción electrónica (SI)
2. Determinación de los AM susceptibles de AP en caso de insuficiencia renal crónica y parametrización del programa de prescripción electrónica (SI).
 Durante los meses de noviembre, diciembre (2018) y enero (2019) se ha realizado el trabajo de revisión de tratamientos. Se han revisado 81 tratamientos correspondientes a 72 pacientes. Se han realizado un total de 76 RF de las que 46 se han aceptado, 14 no se han aceptado y 16 no se han podido valorar (altas, finalizaciones-cambios de tratamiento).
3. % Tratamientos revisados de pacientes con IRC que llevan AM susceptible de AP= tratamientos de pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido que estén en tratamiento con AM susceptible de AP / Pacientes con creatinina alta *100
 $10,5\% = (81/772)*100$
4. % RF aceptadas = nº RF aceptadas / nº RF totales x 100
 $76,6\% = (46/60)*100$
5. % tratamientos con RF de los pacientes candidatos susceptibles de AP= nº de RF / pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido que estén en tratamiento con AM x 100
 $93,8\% = (76/81)*100$

Los AM que más frecuentemente se ha recomendado un AP ha sido:

PRINCIPIO ACTIVO	RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS	%
PIPERACILINA/TAZOBACTAM	24	31,58%
AMOXICILINA/CLAVULANICO	15	19,74%
MEROPENEM	8	10,53%
LEVOFLOXACINO	5	6,58%
AMIKACINA	3	3,95%
FLUCONAZOL	3	3,95%
SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIM	3	3,95%
CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM	2	2,63%
TEICOPLANINA	2	2,63%
CEFTAROLINA	1	1,32%
AMPICILINA	1	1,32%
AZITROMICINA	1	1,32%
CASPOFUNGINA	1	1,32%
CEFTAZIDIMA	1	1,32%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0980

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

CEFTRIAXONA	1		1,32%
CEFUROXIMA AXETILO		1	1,32%
CIPROFLOXACINO	1		1,32%
GENTAMICINA	1		1,32%
IMIPENEM/CILASTATINA		1	1,32%
VANCOMICINA	1		1,32%
Total general	76		100,00%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La intervención incluida en el proyecto de mejora sobre las recomendaciones de AP por parte del SF, la valoramos como una actividad positiva que mejora la calidad de las prescripciones aumentando principalmente la seguridad de los tratamientos de los pacientes. Se puede observar que se trata de una intervención muy bien aceptada por los médicos prescriptores que en un 76,6% han modificado la posología de acuerdo a lo recomendado por el SF. También se observa que se trata de una recomendación útil, ya que el 93.8% de los pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido no tenían un ajuste posológico realizado por el facultativo.

Sería conveniente extender el proyecto al resto de unidades que tienen prescripción electrónica (Infecciosas, Medicina interna C y R, Hematología, Neumología, Cirugía)

Además, dichas recomendaciones se podrían parametrizar en el programa de prescripción electrónica para que salieran de una forma automática. Habría que consensuar con el PROA y el Servicio de Nefrología las recomendaciones de ajuste realizadas.

7. OBSERVACIONES.

Macarena Comet Bernad no figuraba en el equipo inicial, ya que ha sustituido a Isabel Puértolas Tena por su permiso de maternidad. Pedimos por favor, se cambie una persona por otra a la hora de emitir los correspondientes certificados.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/980 ===== ***

Nº de registro: 0980

Título
IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Autores:
ARENERE MENDOZA MERCEDES, PUERTOLAS TENA ISABEL, HORNA OREJA OIHANA, PASCUAL MARTIN OIHANA, FRUTOS PEREZ-SURIO ALBERTO, ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU, ALVAREZ MANCENIDO FELIPE, JULIAN ANSON MARIA ANGEL

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 .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El manejo adecuado de los antimicrobianos (AM) en los centros hospitalarios es una actividad prioritaria impulsada por diferentes organizaciones a nivel Europeo, Nacional y Autonómico.

Una oportunidad de mejora detectada, es la individualización posológica de AM en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). La IRC se caracteriza por una pérdida progresiva de la tasa de filtrado glomerular (FG), que lleva a una incapacidad renal para realizar la función depurativa. Por esta razón, los pacientes con IRC, presentan cambios en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos que se eliminan por esta vía, observándose una serie de modificaciones tanto en la intensidad y duración del efecto terapéutico, como un aumento de los efectos adversos. La estimación del FG es el mejor índice para evaluar la función renal, el cual puede medirse a través del aclaramiento de creatinina con la fórmula de Cockcroft-Gault, que es la recomendada para ajuste posológico (AP).

El Servicio de Farmacia (SF) tiene una posición estratégica y de responsabilidad a la hora de validar los tratamientos. De esta forma, las recomendaciones farmacéuticas (RF) en pacientes con tratamiento AM y función renal alterada, pueden ser de utilidad en el AP con una importante repercusión en la seguridad del manejo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0980

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

estos tratamientos.

RESULTADOS ESPERADOS

Implantar un sistema de RF de AP para los AM, en pacientes IRC, que estén ingresados en las plantas con prescripción electrónica del HCULB, con el objetivo final de mejorar la seguridad del manejo de estos medicamentos.

Las unidades con prescripción electrónica susceptibles de este tipo de intervención serían: medicina interna, A, B, C y R, infecciosas, oncología, hematología, digestivo, neurocirugía, cirugía A y aislamiento.

Pacientes con IRC. Se tratará de pacientes con valores de creatinina por encima del rango establecido por el Servicio de Bioquímica (SB).

Hombres: 0.7-1.2 mg/dl

Mujeres: 0.5-0.9 mg/dl

MÉTODO

Se realizará una reunión con el SB para estudiar la posibilidad de establecer una consulta predeterminada con el programa de MODULAB que permita conocer qué pacientes hospitalizados en las plantas con prescripción electrónica tienen los valores de creatinina con valores superiores al rango normal.

Dentro del SF se realizarán dos reuniones en las que se llevarán propuestas, y una vez estudiadas y consensuadas se implantarán. En estas reuniones se tratarán los siguientes temas, en los que también se especifica el trabajo de campo:

1. Se analizará y determinará qué AM son susceptibles de AP en base a la función renal, y se parametrizarán en el programa de prescripción electrónica. Se revisará qué fuente se utilizará para realizar las RF.
2. Se analizará, determinará y parametrizará el peso estándar a incluir para hombres y mujeres en la fórmula de Cockcroft-Gault, debido a que con cierta frecuencia no es posible saber el peso del paciente.
3. Se crearán unos textos asociados predeterminados en el programa de prescripción electrónica, para estandarizar la forma de recomendar el AP.
4. Se desarrollará el procedimiento a seguir desde el Servicio de Farmacia para realizar las RF de AP en estos casos, así como el procedimiento para registrarlas.

INDICADORES

1. Realización de la consulta en MODULAB por el SB, en la que se filtren los pacientes con creatinina alterada y que estén hospitalizados en unidades con prescripción electrónica (SI/NO)
2. Determinación de los AM susceptibles de AP en caso de IRC y parametrización del programa de prescripción electrónica (SI/NO).
3. % Pacientes con IRC que llevan AM susceptible de AP= pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido que estén en tratamiento con AM susceptible de AP / Pacientes con creatinina alta *100
4. % RF aceptadas = n° RF aceptadas / n° RF totales x 100
5. % Pacientes con RF = n° de RF / pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido que estén en tratamiento con AM x 100

DURACIÓN

Realización de la consulta en MODULAB. María Angel Julián Ansón. Mes de junio

Primera reunión en el SF. Mes de junio. Resto de integrantes del equipo.

Revisión bibliográfica de los AM susceptibles de AP y propuesta al grupo y elaboración de unas tablas de AP.

1. Revisión para parametrización, estandarización de pesos en hombres y mujeres en la fórmula de Cockcroft-Gault.
2. Revisión del procedimiento de registro de RF.

Segunda reunión del SF. Mes de septiembre. Mismos participantes que en la primera reunión

Parametrización de Farmatools, en donde se señalarán qué AM son susceptibles de AP cargando las RF de AP en base a los aclaramientos de creatinina, se adaptará la fórmula de Cockcroft-Gault, se crearán los textos asociados predefinidos, y de registro de las RF.

Se elaborará por escrito un procedimiento de todo el circuito.

Comienzo del funcionamiento del proyecto en octubre.

En el mes de diciembre se analizarán los resultados obtenidos y se estudiará la viabilidad del proyecto de cara a la incorporación en la Cartera de Servicios del SF.

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 - 2018/1020

1. TÍTULO

COORDINACION H. CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEJA PARA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MERCEDES GIMENO GRACIA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO
APESTEGUIA EL BUSTO ALBERTO
SALVADOR GOMEZ TRANSITO
VINUESA HERNANDO JOSE MANUEL
FELIX MARTIN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Definición de pacientes candidatos a la dispensación: se hizo en primer lugar una revisión de los pacientes que en el 2017 se les había dispensado medicación desde HCULB y cuyo domicilio estuviera en el área de influencia de Ejeja de los Caballeros (CS Ejeja, Tauste, Luna y Sádaba) 293 pacientes. Se acordó iniciar por los pacientes con psoriasis que reciben medicación desde HCULB y con domicilio en Ejeja (14 pacientes).
Reunión con el Servicio de Dermatología para la puesta en común del proyecto.
Se realizó el procedimiento del circuito para la prescripción-distribución-dispensación y Atención farmacéutica a los pacientes seleccionados (introducción- normativa- objetivo- alcance-criterios de inclusión-criterios de exclusión, pasos del procedimiento- coordinación con personal del CASAR de Ejeja), así como documentos para información al paciente y firma de inclusión en el proyecto y condiciones.
Reunión con la Dirección del hospital HCULB y de Ejeja para aprobación de propuesta.
Reunión con empresa de transporte, fundamental en el proyecto, ya que mucha medicación de la incluida requiere condiciones de conservación de 2-8°C. Boyaca, actualmente contratada por HCULB, no dispone de este tipo de contrato con HCULB, por lo que habría que tener uno nuevo, que asegurase la correcta conservación de la medicación hasta su entrega.
Asimismo, se tuvo otra reunión con una empresa que dispone de todo este servicio integrado (transporte, seguimiento, plataforma online,...).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado una pre-selección de pacientes candidatos
Se ha realizado el procedimiento del circuito para la prescripción-distribución-dispensación y atención farmacéutica
Se ha realizado documentos de información al paciente para su conocimiento del proyecto y su inclusión.
Se han mantenido reuniones con la Dirección Médica y empresa de transporte.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha diseñado el circuito para la puesta en marcha del proyecto, a espera de que la empresa de transporte asegure el correcto transporte con su conservación de la medicación. El actual contrato que se mantiene con la misma no lo incluye, y sería un servicio extra con su coste.
Así mismo, en el mercado existen unas plataformas que facilitarían todo el circuito a implantar, y se está valorando también esta opción.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1020 ===== ***

Nº de registro: 1020

Título
COORDINACION ENTRE H CLINICO UNIVERSITARIO L.BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEJA PARA LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Autores:
GIMENO GRACIA MERCEDES, PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO, APESTEGUIA EL BUSTO ALBERTO, SALVADOR GOMEZ TRANSITO, VINUESA HERNANDO JOSE MANUEL, FELIX MARTIN PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1020

1. TÍTULO

COORDINACION H. CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEJA PARA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La unidad de pacientes externos del Servicio de Farmacia dispensa medicamentos de uso hospitalario a pacientes no hospitalizados.

El arsenal terapéutico que habitualmente se suministra desde estas unidades se ha visto incrementado en los últimos años con la aparición de nuevos fármacos para tratar VIH, hepatitis B, hepatitis C, esclerosis múltiple, hormona de crecimiento, tratamientos onco-hematológicos y enfermedades inmunomediadas entre otros.

El incremento de nuevos fármacos junto con la cronicidad de determinadas enfermedades ha provocado un incremento de actividad en esta área. El número medio de pacientes atendidos al día, se ha incrementado de 57 pacientes en el año 2009 a 100 pacientes en el 2017. En global, se ha pasado de atender 2927 pacientes al año 2009 a 4252 en el 2017.

En la atención farmacéutica desarrollada en la Unidad de Pacientes Externos, el farmacéutico asume la responsabilidad de las necesidades farmacoterapéuticas del paciente y responde de este compromiso ante el propio paciente, su familia, el equipo multidisciplinar y la sociedad. El farmacéutico debe garantizar que el paciente use los medicamentos de forma correcta, racional y responsable, con el fin de alcanzar los resultados terapéuticos planeados con el mínimo riesgo de reacciones adversas.

La atención farmacéutica a los pacientes externos se ha convertido en una actividad muy importante en los servicios de farmacia hospitalarios debido tanto a la repercusión asistencial (asegurar el buen uso de los medicamentos), como al gran impacto económico que representa; además de cumplir el derecho del paciente a la atención farmacéutica personalizada e información sobre medicamentos. Esta actividad permite una mejor integración del farmacéutico en el equipo asistencial, ofreciendo una atención multidisciplinar al paciente y finalmente, hace posible una mayor implicación en el tratamiento y participación de los resultados clínicos, desarrollando técnicas de educación sanitaria.

El sector III tiene una gran población de ámbito rural, en concreto en el año 2017, 163 pacientes pertenecían al Centro de Salud (CS) de Ejeja, 83 al CS de Tauste y 44 al CS de Sádaba, que se tienen que desplazar a Zaragoza para determinadas consultas con facultativos especialistas, porque no disponen de ellas en el Hospital de Ejeja, por lo que en pacientes crónicos, con enfermedad estable, adherentes al tratamiento, con consultas médicas distanciadas se podrían beneficiar de alternar la dispensación y la atención farmacéutica recibida en HCU con la dispensación en el Centro Médico de Especialidades de Ejeja y atención farmacéutica a distancia.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto tiene como objetivo evitar desplazamientos de los pacientes con determinados tratamientos crónicos, entre las consultas con el especialista, sin disminuir la atención farmacéutica recibida.

MÉTODO

Definir qué tipo de pacientes se pueden incluir en el proyecto y realizar la selección de pacientes candidatos a participar

Realización de documento de compromiso del paciente al proyecto, el cual tras su explicación y firmará para adherirse al mismo.

Información del tipo de transporte para asegurar condiciones de conservación de la medicación durante su transporte.

Reunión con el Hospital de Ejeja para planificar circuito, días de transporte, dispensación por la auxiliar, firma de paciente de recogida, notificación al HCU de la recogida.

Definición del procedimiento de coordinación entre el Servicio de Farmacia de HCU y el Hospital de Ejeja

INDICADORES

Disponer del procedimiento de actuación para la dispensación de medicamentos de uso hospitalario y atención farmacéutica a determinados pacientes al Hospital de Ejeja.

DURACIÓN

Pre-Selección de pacientes- Mercedes Gimeno Gracia

Definición del transporte de medicamentos y aseguramiento de control de temperaturas- Tránsito Salvador Gómez

Desarrollo del procedimiento a llevar a cabo - circuito: Alberto Apesteguía y Puerto Pardo

Diseño de documento de compromiso del paciente con el proyecto. Jose Manuel Vinuesa

Preparación de paquetes a enviar a Ejeja y recepción/control de recogidas del paciente en Ejeja.- Pilar Félix

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1020

1. TÍTULO

COORDINACION H. CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS-CENTRO SANITARIO DE EJEAS PARA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0042

1. TÍTULO

OPTIMIZACION LA ADMINISTRACION PARENTERAL DE ANTIBIOTICOS EN UCI

Fecha de entrada: 20/12/2019

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.
OBON AZUARA BLANCA
DIAZ MELE MARIA CARMEN
MILLAN TARATIEL PAULA
VELILLA SORIANO CARMEN
FUERTES SCHOTT CAROLINA
PASCUAL BIELSA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han seleccionado los antibióticos (AB) (principios activos) empleados en nuestro entorno.

Se han revisado todos los datos de los principios activos referentes a volúmenes mínimos de dilución, vías de administración, reconstitución, diluyentes compatibles y tiempos de infusión según la ficha técnica de la AEMPS.

Han tenido lugar distintas reuniones con Enfermería para valorar la comprensión de las instrucciones necesarias para una correcta administración de los AB.

Gracias a estas reuniones se han detectado y subsanado las posibles fuentes de error.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

nº de AB prescritos conforme a las instrucciones descritas en el programa informático/ Número total de AB prescritos= 97% (estándar propuesto 95%)

Número de instrucciones comprendidas/ número total de instrucciones= 100% (estándar propuesto 99%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.-CONCLUSIONES Y ACTIVIDADES PENDIENTES:

Se ha logrado estandarizar el volumen de dilución, la reconstitución, los diluyentes compatibles y los tiempos de infusión de los AB.

Se cuenta la implicación de Enfermería, fundamental para la implementación del programa, así como para la detección de probables errores de comprensión.

Se ha mejorado la eficacia y seguridad de la administración de los medicamentos intravenosos.

Se han Incorporado las instrucciones en el programa informático propio de la UCI

7. OBSERVACIONES.

En la actualidad queda pendiente la impresión de un cartel informativo con las instrucciones de los antibióticos clasificados por orden alfabético (principio activo y en paréntesis, nombre comercial en el hospital) en los cuatro controles de enfermería. Cartel ya realizado. Pendiente de trámites para su impresión en el hospital.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/42 ===== ***

Nº de registro: 0042

Título
OPTIMIZACION LA ADMINISTRACION PARENTERAL DE ANTIBIOTICOS EN UCI

Autores:
OBON AZUARA BLANCA, BONAGA SERRANO BEATRIZ, DIAZ MELE MARIA CARMEN, MILLAN TARATIEL PAULA, VELILLA SORIANO CARMEN, FUERTES SCHOTT CAROLINA, PASCUAL BIELSA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0042

1. TÍTULO

OPTIMIZACION LA ADMINISTRACION PARENTERAL DE ANTIBIOTICOS EN UCI

Otro Tipo Patología: Todas las enfermedades infecciosas
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico resulta esencial para el buen funcionamiento del organismo, especialmente en el ámbito de los pacientes críticos, donde la restricción de fluidos es una medida terapéutica muy extendida.

Los pacientes ingresados en UCI pueden beneficiarse de la administración de fármacos parenterales en el menor volumen posible, sobre todo teniendo en cuenta que a menudo requieren un gran número de fármacos por vía intravenosa, y a altas dosis.

Por todo ello, y dado que la antibioterapia es uno de los tratamientos de empleo frecuente en la UCI, y que cuando se prescribe es por indicación indiscutible, parece útil buscar una estrategia de optimización de la administración de los antibióticos parenterales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Optimizar la administración de los antibióticos (AB) administrados vía parenteral.
- Estandarizar el volumen de dilución, la reconstitución, los diluyentes compatibles y los tiempos de infusión.
- Evitar errores en la administración de AB.
- Facilitar la dinámica de trabajo .
- Mejorar la calidad asistencial.
- Incrementar la eficacia y seguridad de la administración de los medicamentos intravenosos.

MÉTODO

- Selección de los antibióticos (principios activos) empleados en nuestro entorno.
- Revisión de los datos referentes a volúmenes mínimos de dilución, vías de administración, reconstitución, diluyentes compatibles y tiempos de infusión según la ficha técnica de la AEMPS.
- Establecimiento de varias reuniones con Enfermería para valorar la comprensión de las instrucciones necesarias para una correcta administración de los AB
- Corrección de las posibles fuentes de error.
- Incorporar las instrucciones en el programa informático propio de la UCI, para lograr la administración adecuada

INDICADORES

INDICADORES

1) Número de AB prescritos conforme a las instrucciones descritas en el programa informático/ Número total de AB prescritos=95%
Excepcionalmente es posible que existan situaciones que no sigan las instrucciones.

2) Número de instrucciones comprendidas/ número total de instrucciones=99%
Medición realizada en las reuniones que tengan lugar con Enfermería. En la última reunión se comprobará que la totalidad de las instrucciones resulta comprensible y fácil de llevar a cabo.

EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Monitorización: la incorporación en el programa informático propio de la UCI como "ayuda" a la administración a la hora de prescribir los fármacos, garantizará la descripción de la administración adecuada del mismo.

El programa culmina con la inclusión de las instrucciones en el programa mencionado. Esto será de utilidad para garantizar una prescripción y preparación óptimas.

DURACIÓN

Fecha de inicio: 1 febrero 2019
Fecha de finalización: 30 junio 2019

Febrero- Marzo: Selección de los AB y revisión de la ficha técnica.
Abril: Reuniones periódicas con Enfermería
Mayo: Corrección de las posibles fuentes de error.
Junio: Incorporación de las instrucciones al programa informático.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0042

1. TÍTULO

OPTIMIZACION LA ADMINISTRACION PARENTERAL DE ANTIBIOTICOS EN UCI

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0807

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LA UTILIZACION DE LOS ANTIMICROBIANOS DE ALTO VALOR ESTRATEGICO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MERCEDES ARENERE MENDOZA
 · Profesión FARMACEUTICO/A
 · Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
 · Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GALINDO ALLUE MARIA
 CAMPOS MONTELLANO FRANCISCO JAVIER
 GRACIA PIQUER RAQUEL
 SALVADOR GOMEZ TRANSITO
 SERAL GARCIA CRISTINA
 PAÑO PARDO JOSE RAMON
 DIAZ MELE MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los antimicrobianos de alto valor estratégico determinados por el grupo del Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA) del hospital han sido los siguientes:

- Ceftarolina
- Ceftazidima-avibactam
- Ceftolozano-tazobactam
- Dalbavancina
- Isavuconazol

Se ha realizado una reunión dentro del Servicio de Farmacia con los integrantes del equipo para informar de las condiciones de dispensación y registro de los antibióticos de alto valor estratégico conforme a las resoluciones del grupo asesor del Comité de Evaluación de Medicamentos de Aragón en atención Especializada (CEMAE).

Se han colgado en la intranet del hospital, en el apartado de farmacia los formularios que desde la CEMAE se han ido elaborando para su solicitud.

Se han registrado las condiciones de dispensación: servicios peticionarios, y las características clínicas de los pacientes y de los microorganismos tratados.

Se han calculado los consumos de estos tratamientos en ddd/100 estancias comparándolos con el grupo de antibióticos y antifúngicos en cada caso.

Actividades pendientes: no se ha realizado el seguimiento final de las solicitudes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se muestra la evolución del consumo de los antimicrobianos de alto valor estratégico desde el comienzo de su uso en el hospital Clínico Lozano Blesa. Durante el 2019 el consumo del total de antibióticos de alto valor estratégico ha supuesto 0.82 ddd/100 estancias, 1.21% del total del consumo de antibióticos (en la tabla se desglosa el consumo por principio activo), por lo que el consumo de este grupo de antibióticos ha sido mínimo. En el caso del isavuconazol, se han consumido 0.55 ddd/100 estancias que ha supuesto un 10.57 % del total de antifúngicos. Este antifúngico se ha prescrito en 5 de las 6 ocasiones (83.3%) en condiciones diferentes a las autorizadas en la ficha técnica, previa autorización por la subcomisión de fuera de indicación. La dalbavancina en todos los casos se ha utilizado en condiciones diferentes autorizadas en ficha técnica previa autorización de la subcomisión de fuera de indicación.

	2015	2016	2017	2018	2019					
est	ddd/100	est	%*	ddd/100	est	%*	ddd/100	est	%*	ddd/100
CEFTAROLINA	0,16	0,07	0,11%	0,29	0,46%	0,13	0,19%	0,23	0,33%	
CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM	0,06	0,08%	0,21	0,31%						
CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM	0,36%	0,44	0,65%	0,05	0,07%	0,14	0,22%	0,23	0,34%	0,25
DALBAVANCINA	0,00	0,01%	0,01	0,02%	0,01	0,01%	0,01%	68,60	0,55	67,80
J01	68,40		63,50		67,30		68,60		0,55	67,80
ISAVUCONAZOL									5,20	10,57%
J02									5,20	

* %porcentaje con respecto al total de ddd%100 estancias del grupo de antibióticos o antifúngicos

ANTIMICROBIANO DE ALTO VALOR ESTRATÉGICO	RESPONSABLES	DIRIGIDO	ASESORAMIENTO PROA	MICROORGANISMO	Nº PACIENTES	LOCALIZACIÓN INFECCIÓN	DDD/100 ESTANCIAS 2019	SERVICIOS
CEFTAROLINA	6	0,16	2 UCI MÉDICA	2 UCI QUIRÚRGICA	1 INFECCIOSAS	1 CARDIOLOGÍA	1 MEDICINA	
INTERNA	5/6 (83,3%)	3	BACTERIEMIAS	3 ENDOCARDITIS	SI	5 SARM	1	
S.EPIDERMIDIS	IMPRESO ANTIBIÓTICO	PROTEGIDO						
CEFTOLOZANO-TAZOBACTAM	11	0,44	6 UCI QUIRÚRGICA	1 UCI MÉDICA	1 TRAUMATOLOGÍA	1 NEUROCIRUGÍA	1	
NEUMOLOGÍA	1 MEDICINA INTERNA	9/11 (81,8%)	5 NEUMONÍA	2 OTROS	1 OSTEOARTICULAR	2 ABDOMINAL	1 NO FOCO	
SI	9 Ps. Aeruginosa	2 Empíricos	IMPRESO ANTIBIÓTICO	PROTEGIDO				

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0807

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LA UTILIZACION DE LOS ANTIMICROBIANOS DE ALTO VALOR ESTRATEGICO

CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM	4	0,21	1 DIGESTIVO	1 NEUROCIROLOGÍA	1 TRAUMATOLOGÍA	1 CIR. VASCULAR
3/4 (75%)	2 NEUMONIA	1 ABDOMINAL	1 OSTEOARTICULAR	si	3 Ps. Aeruginosa	1 K.
pneumoniae	IMPRESO ANTIBIÓTICO PROTEGIDO					
DALBAVANCINA	4	0,01	2 TRAUMATOLOGÍA	1 INFECCIOSAS	1 MED. INTERNA	4/4 (100%)
BACTERIEMIA	2 OSTEOARTICULAR	si	1 S.. Warneri	1 SASM	1 SARM	1 Clostridium difficile
ANTIBIÓTICO PROTEGIDO	4/4 (100%)	IMPRESO				
ISAVUCONAZOL	6	0,55	5 HEMATOLOGÍA	1 UCI Q	1/6 (16,7%)	
PROFILAXIS	IMPRESO ANTIBIÓTICO PROTEGIDO		5/6 (83,3%)			
TOTAL	31	1,37				

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La monitorización de los antimicrobianos de alto valor estratégico permite conocer el grado de utilización de los mismos, así como la adecuación de la prescripción a las recomendaciones del PROA y CEMAE. El grupo de antibióticos de alto valor estratégico se ha empleado en un porcentaje muy pequeño en el hospital Clínico Lozano Blesa y casi siempre con el asesoramiento del equipo PROA. En el caso de los antifúngicos, el isavuconazol ha irrumpido en 2019 en el arsenal terapéutico consumiéndose un 10.57% del total de antifúngicos, en este caso el asesoramiento del tratamiento por el PROA del hospital no se ha realizado, sin embargo, como se ha realizado un uso en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, ha habido un control por Dirección Médica del hospital a través de la subcomisión de fuera de indicación. El seguimiento final de estos tratamientos sería el punto que queda por tener dentro del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

Ha habido un par de cambios en los componentes del equipo con respecto al proyecto inicial enviado. Los cambios han sido los siguientes: Oihana Pascual Martínez dejó de trabajar en el Servicio de Farmacia en abril y en su lugar entró María Galindo Allúe que es la persona que ha participado activamente en el proyecto. El otro cambio realizado ha sido Juan José Martínez Resino que se encargaba de la parte de seguimiento que no se ha realizado y ha participado Francisco Javier Campos Montellano que ha participado en la recogida de casos. El apartado de resultados se insertan dos tablas para facilitar la comprensión de los datos, pero la herramienta no permite añadirlo de otra forma, se ha añadido un texto explicativo, pero no sé si se entienden bien los datos. En tal caso, contactar con el responsable del proyecto para facilitar en otro formato los resultados.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/807 ===== ***

Nº de registro: 0807

Título
MONITORIZACION DE LA UTILIZACION DE LOS ANTIMICROBIANOS DE ALTO VALOR ESTRATEGICO

Autores:
ARENERE MENDOZA MERCEDES, PASCUAL MARTINEZ OIHANA, GRACIA PIQUER RAQUEL, SALVADOR GOMEZ TRANSITO, SERAL GARCIA CRISTINA, PAÑO PARDO JOSE RAMON, MARTINEZ RESINO JUAN JOSE, DIAZ MELE MARIA CARMEN

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 .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En 2018 se forma un grupo asesor de expertos para la Comisión de Evaluación de Medicamentos y Productos Sanitarios de Atención Especializada de Aragón (CEMAE) en el campo de los antimicrobianos, regulado por el artículo 11, punto 6 de la ORDEN SAN/1112/2017 del 20 de julio. Este grupo de expertos forma parte del programa IRASPROA y cuenta con la participación de microbiólogos, farmacéuticos y expertos en enfermedades infecciosas. Entre los objetivos de este grupo están realizar la evaluación y posicionamiento de los antimicrobianos (AM) teniendo en cuenta los aspectos clásicos de: eficacia, seguridad, conveniencia y coste, pero a diferencia del resto de fármacos, también se tendrán en cuenta aspectos de epidemiología de la resistencia a los antibióticos, que pueden variar entre centros. Hasta la fecha se han evaluado los siguientes AM: ceftarolina, ceftazidima-avibactam, ceftolozano-tazobactam, dalbavancina e isavuconazol. Todos ellos se han incluido en la guía farmacoterapéutica de los hospitales de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0807

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LA UTILIZACION DE LOS ANTIMICROBIANOS DE ALTO VALOR ESTRATEGICO

Aragón, pero con condiciones restringidas de uso que cada centro deberá adaptar a su ecología particular. La restricción de uso va encaminada a proteger el valor estratégico de estos AM evitando un uso indiscriminado que pueda generar resistencias y de esta forma agotar las opciones de tratamiento en infecciones complicadas con microorganismos multirresistentes que tengan limitadas las opciones terapéuticas. La prescripción de estos AM de alto valor estratégico se hace a través de unos impresos específicos donde figuran los datos administrativos y clínicos del paciente, de la infección y de la evolución. Además, el facultativo firma una hoja de compromiso para la optimización del uso del AM protegido y también de información de evolución del paciente. Debido a las múltiples combinaciones posibles de resistencia a los antibióticos y foco infeccioso, puede ocurrir que un antibiótico sea la mejor opción posible para una indicación para la que no está aprobado, suponiendo el retraso en su administración un factor pronóstico negativo. En estos casos está habilitada la vía de solicitud en indicaciones diferentes a las autorizadas y que el centro gestiona a través de la Subcomisión de Fuera de Indicación dependiente de la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Según establece el RD 1015/2009, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. La monitorización y control de uso de los AM es una actividad de importancia para saber el uso que se está realizando de los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del presente proyecto es monitorizar la utilización de los AM de alto valor estratégico. La población diana serán los pacientes hospitalizados candidatos al tratamiento con estos AM, que bien por fracaso del tratamiento previo o por el perfil de eficacia más favorable que las anteriores alternativas o toxicidad-interacciones, sean susceptibles de la utilización de éstos, previa comprobación por el servicio de microbiología de su sensibilidad. Se suele tratar de pacientes hospitalizados en la UCI y de pacientes ingresados en las plantas de hospitalización con infecciones de difícil manejo en las que suele colaborar el Servicio de Infecciosas bien por interconsulta, bien porque detecten que son pacientes candidatos en la revisión de tratamientos diario de bacteriemias.

MÉTODO

Se realizará una reunión dentro del Servicio de Farmacia con los integrantes del equipo para informar de las condiciones de dispensación y registro de los antibióticos de alto valor estratégico conforme a las resoluciones que emite el grupo asesor CEMAE. Se realizará una base de datos de registro de los tratamientos AM en donde constarán los campos que contempla la prescripción y el uso en indicación o diferente. Datos administrativos del paciente, clínicos (comorbilidades y datos de la infección), duración del tratamiento y de evolución. Se realizará una reunión coordinación-personal administrativo de farmacia para diseñar el envío de solicitud de seguimiento de los tratamientos.

INDICADORES

Disponibilidad de los informes CEMAE-IRASPROA e impreso de prescripción en la intranet del hospital (SI/NO)
Elaboración de la base de datos de registro de los AM de alto valor estratégico (SI/NO).
Elaboración de un informe anual de los AM de alto valor estratégico prescritos. (SI/NO).
% de respuesta en los informes de seguimiento = informes de seguimiento respondidos/ informes de seguimiento solicitados*100. Estándar 100%

DURACIÓN

En marzo se realizará una reunión interna de los farmacéuticos explicando el proyecto, se revisará que en la intranet estén colgados todos los impresos de prescripción y condiciones de dispensación y se cerrará el circuito de seguimiento con el personal administrativo. En abril se comenzará la recogida de datos correspondientes a las prescripciones de AM de alto valor estratégico y en diciembre se realizará el informe anual de se finalizará el proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0837

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DISPENSACION MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS DEL H CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa AL C.SANITARIO EJEa MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE MERCEDES GIMENO GRACIA
 · Profesión FARMACEUTICO/A
 · Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
 · Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO
 FRUTOS PEREZ-SURIO ABERTO
 APESTEGUIA EL BUSTO ALBERTO
 GRACIA PIQUER RAQUEL
 VINUESA HERNANDO JOSE MANUEL
 CASTELLANOS SASTRE JORGE
 LONGAS GASPAS ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
 Firma de contrato con Alcura, empresa que dispone del software desde donde se gestiona este servicio a Ejea (pacientes, medicación, programación de envíos, firma de recibís del paciente, seguimiento de transporte con registros de temperaturas durante el envío de medicación, etc...)
 Reuniones previas a la puesta en marcha con el personal de Ejea para organizar los circuitos.
 Entre marzo y abril 2019 se inició el reclutamiento de pacientes candidatos al proyecto.
 Su puesta en marcha se hizo en el mes de mayo con 4 pacientes, a partir de entonces se ha ido aumentando el número de pacientes incluidos, en diciembre había 64 pacientes incluidos, de los cuales se realizó teleconsulta a 60 pacientes y envío de medicación a 41 pacientes.
 Una semana antes del envío el farmacéutico se pone en contacto con el paciente (telefónicamente o por correo electrónico), se anula envío o se confirma en la plataforma de Alcura (unidades, lote y caducidad), trazabilidad del transporte con temperaturas, entrega en el C.Sanitario Ejea (martes) y los pacientes acuden a los dos días (jueves) a recoger su tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
 -TOTAL PACIENTES en el programa
 -Pacientes en TELECONSULTA
 -Pacientes a los que se les ENVÍA medicación
 -% errores de envío
 -% pacs que no responden a teleconsulta y no se programa envío
 -% pacs no recoge medicación el día acordado
 En el mismo orden del arriba indicado, están los datos mensuales

MAYO	4	4	4	0	0	1Tª	0	0
JUNIO	11	11	9	0	0		1(11,11%)	
JULIO	23	23	18	0	0		1(5,55%)	
AGOSTO	31	31	24	0	0		2(8,33%)	3(12,5%)
SEPTIEMBR	48	43	30	0	0		0	3(10%)
OCTUBRE	51	47	41	0	1		5(12,2%)	
NOVIEMBRE	57	54	41	3	0		3(7,32%)	0
DICIEMBRE	64	60	45	1	0		2(2,22%)	0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
 El proyecto se ha convertido en una actividad más del servicio, está siendo una mejora en la disponibilidad del medicamento para los pacientes, sin pérdida de su seguimiento farmacéutico. Esto supone un incremento de trabajo para el Servicio de Farmacia de HCULB así como para el C.Sanitario de Ejea. Quedaría pendiente una encuesta de satisfacción a los pacientes.
 Para continuar con esta actividad y la sostenibilidad del proyecto, hay que seguir contratando el servicio de la plataforma de gestión de la actividad .
 La plataforma utilizada ha hecho mejoras desde su puesta en marcha, aunque hay aspectos mejorables en los que seguiremos trabajando, a pesar de no poder integrarse con los programas utilizados en la actualidad por el Servicio de Farmacia (Farmatools)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/837 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0837

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DISPENSACION MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS DEL H CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA AL C.SANITARIO EJEJA MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Nº de registro: 0837

Título

PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DISPENSACION MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS DEL H.CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA AL C.SANITARIO EJEJA MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Autores:

GIMENO GRACIA MERCEDES, PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO, FRUTOS PEREZ-SURIO ALBERTO, APESTEGUIA EL BUSTO ALBERTO, GRACIA PIQUER RAQUEL, VINUESA HERNANDO JOSE MANUEL, CASTELLANOS SASTRE JORGE, LONGAS GASPAR ANA 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: Tratamientos crónicos estables
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto es continuación del proyecto del año 2018. El año pasado se revisó qué tipo de pacientes se podían incluir en este circuito del área de influencia de Ejeja de los Caballeros. Se realizó el procedimiento del circuito para la prescripción- dispensación -distribución y Atención farmacéutica a los pacientes seleccionados (introducción- normativa- objetivo- alcance-criterios de inclusión / exclusión, pasos del procedimiento- coordinación con personal del Centro Sanitario Cinco Villas de Ejeja), así como documentos para información al paciente y firma de inclusión en el proyecto y condiciones.

Se mantuvieron reuniones con la Dirección de los centros implicados (HCULB y Centro Sanitario Cinco Villas) para aprobación de propuesta.

La empresa contratada actualmente por el Sector Sanitario Zaragoza III o Servicio Aragonés de Salud, no cumplía los requisitos de transporte para esta nueva actividad.

Se diseñó el proyecto, y la implementación y puesta en funcionamiento se realizará en el presente año 2019.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto es el envío de medicación y teleconsulta farmacéutica a pacientes seleccionados del entorno de Ejeja en el periodo que discorra entre las consultas médicas.

Los pacientes a los que va dirigido serán aquellos adherentes y con tratamiento estable.

MÉTODO

Inclusión de pacientes en el proyecto, con su acuerdo para dispensación programada mensual al Centro Sanitario de Ejeja.

Una semana antes del envío, el farmacéutico se pondrá en contacto con el paciente para realizar la teleconsulta y proceder al envío.

Se programarán los envíos una vez al mes, que se entregan el mismo día que se dispensen desde HCULB, los dos días siguientes a la entrega de medicación al Centro Sanitario de Ejeja el paciente (o persona autorizada) procederá a su recogida

Toda la actividad de programación de pacientes, aviso semana anterior, confirmación de envío (medicamentos, unidades, lote y caducidad), trazabilidad del transporte, entrega en Centro Sanitario de Ejeja y dispensación a paciente, se llevará a cabo con software de Alcura.

INDICADORES

% errores de envío (transporte y/o programación) <20%

% pacientes no responden a teleconsulta y no se programa envío <20%

% pacientes (o persona autorizada) no recogen la medicación en los días acordados <20%

DURACIÓN

Inclusión primeros pacientes: abril-junio 2019

Programación primeros envíos: mayo- octubre 2019

Primeros resultados: diciembre 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0837

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DISPENSACION MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS DEL H CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa AL C.SANITARIO EJEa MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0411

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL FLUJO DE TRABAJO DE DOSIMETRIA CLINICA SIN FICHA EN PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE FISICA

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ALEJANDRO GARCIA ROMERO
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CANELLAS ANOZ MIGUEL
ORTEGA PARDINA PABLO
DIEZ CHAMARRO JAVIER
FERRER GONZALEZ LUISA
ALONSO ECHARRI MADDALEN
CASTEJON ANDRES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A partir del verano de 2018 se ha introducido un nuevo sistema de planificación, registro, verificación y gestión de pacientes en radioterapia dentro de la unidad de radioterapia de Aragón en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Dicho sistema se denomina ARIA y permite la gestión del flujo de trabajo de pacientes de manera digital y sin papeles, a través de lo que denominan "Vías clínicas" dentro del sistema. Dichas vías clínicas están compuestas por una serie de actividades cuya finalización queda registrada, habilitándose secuencialmente las actividades posteriores. En particular, dentro del servicio de Física del Hospital Clínico de Zaragoza y para los dos sistemas de planificación existentes (Eclipse (integrado en ARIA) y PCRT), se ha diseñado un flujo de trabajo que permite la gestión digital de todo el proceso de dosimetría clínica. Igualmente, el estado de cada ficha o plan puede ser consultado digitalmente por los miembros del servicio con lo que no es necesario mantener la rotación habitual de la ficha en papel para que todo el mundo sepa en qué estado se encuentra cada dosimetría. La realización inicial de las dosimetrías está a cargo de los técnicos y residentes del servicio, siendo los físicos adjuntos quienes realizan la revisión inicial y final del plan. En medio el control es devuelto al oncólogo radioterápico quien debe aceptar o rechazar el plan propuesto. Por último, la dosimetría es revisada y verificada en máquina si procede (casos complejos de intensidad modulada). Una vez completados todos los pasos la ficha se la lleva físicamente el médico, la aprueba y la entrega al gestor de las unidades de tratamiento para su citación en máquina. Todos estos procesos a la luz de lo expuesto ya no requieren el transporte físico de la ficha y poco a poco pueden ser automatizados a través de las vías clínicas de ARIA.

Se establecieron para su seguimiento a partir de Enero de 2019 las vías clínicas para cada tipo de planificación:

Vía Clínica TRUE BEAM (aceleradores lineales TB1 y TB2)

Vía Clínica ONCOR (acelerador Oncor de Siemens)

Una vía clínica es una sucesión de tareas concatenadas en serie y/o en paralelo que se van ejecutando de manera secuencial. A través de la lista de tareas (para Física en el ejemplo) se puede saber cuáles están pendientes, disponibles, en curso, o finalizadas. Hay que focalizarse en aquellas disponibles o en curso que son las que están o deben estar en ese momento en manos de alguien del servicio dentro del proceso, a modo de baldas virtuales de trabajo en marcha. Existen filtros para acotar fecha, tipo de tarea y prioridad.

De un vistazo es fácil comprobar cuántas y cuáles son las tareas disponibles, además de cuánto tiempo ha pasado o falta desde o hasta que estaban previstas. En cuanto alguien ejecuta una tarea desde el UserHome pasa a ser el propietario de la misma y se establece "en curso". Es posible además incorporar listas de comprobación de obligado cumplimiento que no dejan concluir la actividad si no se completan. Se pueden además adjuntar notas a cada tarea que pueden ver los siguientes usuarios.

Todas las actividades quedan registradas y se pueden elaborar informes que recojan la actividad del servicio, y que permiten elaborar indicadores como la demora en el proceso de planificación de tratamientos para la cual ya existe un cuadro de mandos elaborado como compromiso de los acuerdos de gestión 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las ventajas de pasar a flujo sin papeles son:

- Visualización clara de la situación en la que se encuentra un paciente.
- Estandarización de las notas y modificaciones de un plan a través de la utilidad de notas
- Paso a lista de comprobación digital para aquellas actividades que lo requieran. Las listas de comprobación son muy útiles para no olvidar acciones o verificaciones importantes sobre los planes, y establecen barreras que pueden ser útiles en la detección de errores.
- Organización de las tareas del servicio en lo referente a dosimetría clínica en radioterapia mediante un vistazo rápido y sencillo al "user home", donde se visualiza qué está pendiente, cuando vence y a qué pacientes afecta.

Para que el sistema funcione es imprescindible que los usuarios completen las actividades cuando las realizan e indiquen en las notas las particularidades de cada plan.

El paso a flujo sin papeles en dosimetría clínica en radioterapia se ha realizado en un periodo de seis meses, primer semestre de 2019, correspondiendo el segundo semestre de 2019 a la consolidación del sistema. Actualmente en papel solo sale del servicio de física la hoja de posicionamiento de Oncor, imprescindible en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0411

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL FLUJO DE TRABAJO DE DOSIMETRIA CLINICA SIN FICHA EN PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE FISICA

máquina. La ficha en papel se mantiene fuera de nuestro servicio hasta su desaparición sincronizada con la digitalización del flujo para el resto de actividades de radioterapia, proceso que ya está en marcha. Durante el proceso, en el año 2019, se perdieron (equivalente a que alguien externo al servicio de física tuvo que recordar que había pendiente un plan), cinco planes de un total de 1073 preparados lo que supone un muy buen resultado teniendo en cuenta que todo el sistema es de nueva implantación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El flujo de trabajo se simplifica y se hace mucho más automático. Cada empleado en la estación de trabajo controla en cada momento la situación de cada plan y puede adjuntar notas e indicar finalización o curso de determinada tarea. La vía clínica está enlazada y no se puede completar la actividad siguiente hasta que el responsable de la anterior no la ha concluido. Se pueden ver actividades que estarán disponibles en el futuro lo que permite una mejor planificación del trabajo. Conjuntamente con la parte de vía clínica que corresponde a radioterapia, a efectos de estadística y control de flujo todo el proceso supone una mejora efectiva de la eficiencia del proceso radioterápico. Es importante una recopilación exhaustiva de las incidencias del proceso para poder reforzar los errores que se encuentren con barreras eficientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/411 ===== ***

Nº de registro: 0411

Título
IMPLEMENTACION DEL FLUJO DE TRABAJO DE DOSIMETRIA CLINICA SIN FICHA EN PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE FISICA

Autores:
GARCIA ROMERO ALEJANDRO, CANELLAS ANOZ MIGUEL, ORTEGA PARDINA PABLO, DIEZ CHAMARRO JAVIER, FERRER GONZALEZ LUISA, ALONSO ECHARRI MADDALEN, CASTEJON ANDRES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: Actividad del servicio

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A partir del verano de 2018 se ha introducido un nuevo sistema de planificación, registro, verificación y gestión de pacientes en radioterapia dentro de la unidad de radioterapia de Aragón en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Dicho sistema se denomina ARIA y permite la gestión del flujo de trabajo de pacientes de manera digital y sin papeles, a través de lo que denominan "Vías clínicas" dentro del sistema. Dichas vías clínicas están compuestas por una serie de actividades cuya finalización queda registrada, habilitándose secuencialmente las actividades posteriores. En particular, dentro del servicio de Física del Hospital Clínico de Zaragoza y para los dos sistemas de planificación existentes (Eclipse (integrado en ARIA) y PCRT), se ha diseñado un flujo de trabajo que permite la gestión digital de todo el proceso de dosimetría clínica. Igualmente, el estado de cada ficha o plan puede ser consultado digitalmente por los miembros del servicio con lo que no es necesario mantener la rotación habitual de la ficha en papel para que todo el mundo sepa en qué estado se encuentra cada dosimetría. La realización inicial de las dosimetrías está a cargo de los técnicos y residentes del servicio, siendo los físicos adjuntos quienes realizan la revisión inicial y final del plan. En medio el control es devuelto al oncólogo radioterápico quien debe aceptar o rechazar el plan propuesto. Por último, la dosimetría es revisada y verificada en máquina si procede (casos complejos de intensidad modulada). Una vez completados todos los pasos la ficha se la lleva físicamente el médico, la aprueba y la entrega al gestor de las unidades de tratamiento para su citación en máquina. Todos estos procesos a la luz de lo expuesto ya no requieren el transporte físico de la ficha y poco a poco pueden ser automatizados a través de las vías clínicas de ARIA.

Las ventajas de pasar a flujo sin papeles son:

- Visualización clara de la situación en la que se encuentra un paciente.
- Estandarización de las notas y modificaciones de un plan a través de la utilidad de notas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0411

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL FLUJO DE TRABAJO DE DOSIMETRIA CLINICA SIN FICHA EN PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE FISICA

- Paso a lista de comprobación digital para aquellas actividades que lo requieran. Las listas de comprobación son muy útiles para no olvidar acciones o verificaciones importantes sobre los planes.
 - Organización de las tareas del servicio en lo referente a dosimetría clínica en radioterapia mediante un vistazo rápido y sencillo al "user home", donde se visualiza qué está pendiente, cuando vence y a qué pacientes afecta.
- Para que el sistema funcione es imprescindible que los usuarios completen las actividades cuando las realizan.

RESULTADOS ESPERADOS

Paso a flujo sin papeles en dosimetría clínica en radioterapia, proceso con codificación interna, en un periodo de seis meses. Las fichas físicas sólo entrarán en Física y pasarán de una balda de entrada a una balda de salida, hasta su desaparición sincronizada con la digitalización del flujo para el resto de actividades de radioterapia.

MÉTODO

El flujo de trabajo se simplifica y se hace mucho más automático. Cada empleado en la estación de trabajo controla en cada momento la situación de cada plan y puede adjuntar notas e indicar finalización o curso de determinada tarea. La vía clínica está enlazada y no se puede completar la actividad siguiente hasta que el responsable de la anterior no la ha concluido. Se pueden ver actividades que estarán disponibles en el futuro lo que permite una mejor planificación del trabajo. Conjuntamente con la parte de vía clínica que corresponde a radioterapia, a efectos de estadística y control de flujo todo el proceso supone una mejora efectiva de la eficiencia del proceso radioterápico.

El seguimiento del proyecto se realizará a través de reuniones trimestrales conjuntas del equipo de mejora, si bien el contacto diario en la planificación es tan directo que día a día se actualiza el estado real. Las reuniones se llevarán a cabo en la sala de reuniones del servicio de física del hospital clínico.

INDICADORES

Posible indicador: porcentaje de fichas perdidas en el flujo, idealmente ninguna, pero se sabe que pueden existir posibles fallas en el sistema.

DURACIÓN

Fecha inicio: Enero/19 Fecha final: Diciembre/19

Cronograma:

Enero: Implementación de los flujos para fichas de TrueBeam y ONCOR, ambos son distintos, con sus correspondientes listas de comprobación.

Febrero-Junio: Convivencia del nuevo sistema con la ficha en papel, para permitir la adaptación del personal al nuevo sistema. Se estima que estamos hablando de unas 400 planificaciones.

Junio-Diciembre: Funcionamiento del sistema a pleno rendimiento, elaboración de estadísticas y resultados y recogida de indicadores.

OBSERVACIONES

Importante distribuir a todo el personal que trabaja en la dosimetría clínica de pacientes de radioterapia.

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 - 2016/0210

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 Via Rapida 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 Electronica
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 mas 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 consensado 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 - 2018/0907

1. TÍTULO

INSTAURACION CONSULTA ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE OLGA GAVIN SEBASTIAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA RODRIGUEZ ANGELES
FERRANDO QUINTIN MARIBEL
ANADON SANZ ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicio de la consulta de enfermería en Noviembre 2017. Acciones realizadas inicio tratamiento anticoagulante con AVK (educación sanitaria), control ACOD (revisión analítica, educación sanitaria y adherencia)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A lo largo del 2018 han sido revisados en Consulta de Hemostasia de ENFERMERIA 590 pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Objetivo alcanzado de instauración de la consulta. Objetivos próximos analizar los datos de derivación a AP

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/907 ===== ***

Nº de registro: 0907

Título
INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

Autores:
GAVIN SEBASTIAN OLGA, DOBON REBOLLO MANUELA, PALOMERA BERNAL LUIS, GRACIA RODRIGUEZ MARIA ANGELES, FERRANDO QUINTIN MARIA ISABEL, ANADON SANZ ANTONIA

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: ANTICOAGULACION
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia crónica más frecuente y se calcula que afecta a un 1-2% de la población^{1,2}. Su prevalencia se incrementa con la edad, de modo que se estima que la padece un 8,5% de la población mayor de 60 años³.
La FA confiere a los pacientes que la padecen un riesgo de ictus y embolia sistémica superior a 5 veces al de la población general. Se estima que 1 de cada 5 ictus isquémicos están asociados a la presencia de FA.
Dado que la complicación más importante de la FA por su frecuencia e impacto en la mortalidad prematura y en la discapacidad es el ictus, el tratamiento antitrombótico debe acompañar a las estrategias de control del ritmo y de la frecuencia cardíaca.
A pesar de las recomendaciones de las Guías Europeas 2012-2016 del manejo de la Fibrilación Auricular, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha elaborado un Informe de Posicionamiento Terapéutico (UT/V4/23122013), que especifica los criterios y recomendaciones generales para el uso de los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con Fibrilación Auricular no valvular.

El mantenimiento de un buen control de la anticoagulación es habitualmente complejo. De hecho, se ha estimado que el tiempo en rango terapéutico puede llegar a oscilar entre el 29% y el 75%^{4, 5, 6}, con un porcentaje de INRs en rango de entre el 34% y el 68%⁶. En España, los datos disponibles de estudios observacionales han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0907

1. TÍTULO

INSTAURACION CONSULTA ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

mostrado un tiempo en rango terapéutico de en torno al 64% y porcentajes de INRs en rango de entre el 44% y el 59%. El estudio PAULA, realizado en España el 2014, concluye que aproximadamente el 40% de los pacientes (el 43,1% por el método directo y el 39,4% por el método de Rosendaal) con fibrilación auricular no valvular anticoagulados con antagonistas de la vitamina K en atención primaria presentan un control de la anticoagulación inadecuado durante los 12 meses previos⁸. En el caso de los ACODs, no se establece una monitorización del tratamiento pero si un seguimiento para garantizar la adherencia al tratamiento

RESULTADOS ESPERADOS

1. Información al paciente anticoagulado
2. Flujo ordenado de pacientes anticoagulados
3. Check-list cumplimiento terapéutico
4. Fomentar la adherencia
5. Educación sanitaria
6. Manejo perioperatorio

MÉTODO

1. Revisión de los pacientes anticoagulados (AVK, ACODs), según las características del paciente y del anticoagulado
2. Chequear en cada visita la adherencia y cumplimiento terapéutico
3. Reforzar la educación sanitaria

INDICADORES

- Número de pacientes evaluados en la consulta de enfermería
- Número de pacientes reevaluados en la consulta de enfermería
- Número de pacientes derivados a atención primaria

DURACIÓN

Anual

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 - 2018/0907

1. TÍTULO

INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE OLGA GAVIN SEBASTIAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRANDO QUINTIN MARIBEL
GRACIA RODRIGUEZ ANGELES
ANADON SANZ ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Instauración y desarrollo a lo largo del 2018 de la consulta de Hemostasia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han controlado en la consulta de Hemostasia 550 pacientes, en la que se han incluido inicios de tratamiento anticoagulante con AVK y ACOD, formación de los pacientes en anticoagulación, seguimiento de los ACOD y autocontrol

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena acogida de la consulta de enfermería por parte de los pacientes
Accesibilidad a la misma por parte de los pacientes
Imprescindible para fomentar la educación de los pacientes así como la adherencia al tratamiento anticoagulante

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/907 ===== ***

Nº de registro: 0907

Título
INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

Autores:
GAVIN SEBASTIAN OLGA, DOBON REBOLLO MANUELA, PALOMERA BERNAL LUIS, GRACIA RODRIGUEZ MARIA ANGELES, FERRANDO QUINTIN MARIA ISABEL, ANADON SANZ ANTONIA

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: ANTICOAGULACION
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: ..

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia crónica más frecuente y se calcula que afecta a un 1-2% de la población^{1,2}. Su prevalencia se incrementa con la edad, de modo que se estima que la padece un 8,5% de la población mayor de 60 años³.
La FA confiere a los pacientes que la padecen un riesgo de ictus y embolia sistémica superior a 5 veces al de la población general. Se estima que 1 de cada 5 ictus isquémicos están asociados a la presencia de FA.
Dado que la complicación más importante de la FA por su frecuencia e impacto en la mortalidad prematura y en la discapacidad es el ictus, el tratamiento antitrombótico debe acompañar a las estrategias de control del ritmo y de la frecuencia cardíaca.
A pesar de las recomendaciones de las Guías Europeas 2012-2016 del manejo de la Fibrilación Auricular, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha elaborado un Informe de Posicionamiento Terapéutico (UT/V4/23122013), que especifica los criterios y recomendaciones generales para el uso de los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con Fibrilación Auricular no valvular.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0907

1. TÍTULO

INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

El mantenimiento de un buen control de la anticoagulación es habitualmente complejo. De hecho, se ha estimado que el tiempo en rango terapéutico puede llegar a oscilar entre el 29% y el 75%^{4, 5, 6}, con un porcentaje de INRs en rango de entre el 34% y el 68%⁶. En España, los datos disponibles de estudios observacionales han mostrado un tiempo en rango terapéutico de en torno al 64%⁷ y porcentajes de INRs en rango de entre el 44%⁶ y el 59%⁷. El estudio PAULA, realizado en España el 2014, concluye que aproximadamente el 40% de los pacientes (el 43,1% por el método directo y el 39,4% por el método de Rosendaal) con fibrilación auricular no valvular anticoagulados con antagonistas de la vitamina K en atención primaria presentan un control de la anticoagulación inadecuado durante los 12 meses previos⁸. En el caso de los ACODs, no se establece una monitorización del tratamiento pero si un seguimiento para garantizar la adherencia al tratamiento

RESULTADOS ESPERADOS

1. Información al paciente anticoagulado
2. Flujo ordenado de pacientes anticoagulados
3. Check-list cumplimiento terapéutico
4. Fomentar la adherencia
5. Educación sanitaria
6. Manejo perioperatorio

MÉTODO

1. Revisión de los pacientes anticoagulados (AVK, ACODs), según las características del paciente y del anticoagulado
2. Chequear en cada visita la adherencia y cumplimiento terapéutico
3. Reforzar la educación sanitaria

INDICADORES

- Número de pacientes evaluados en la consulta de enfermería
- Número de pacientes reevaluados en la consulta de enfermería
- Número de pacientes derivados a atención primaria

DURACIÓN

Anual

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0223

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 25/12/2019

2. RESPONSABLE OLGA GAVIN SEBASTIAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DOBON REBOLLO MANUELA
TORRES RAMON IRENE
PIMENTEL FELICIANO ANA
PALOMERA BERNAL LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El paciente oncológico que requiere tratamiento anticoagulante es un paciente complejo con alto riesgo trombótico y alto riesgo hemorrágico. A su situación oncológica (enfermedad compleja), se añade el tratamiento de la misma (quimioterapia y/o radioterapia y/o cirugía) así como su situación anticoagulante por sus antecedentes personales como por la aparición del evento trombótico tan relacionada con su enfermedad oncológica. Esta situación altamente compleja y difícil en ocasiones de llevar a cabo hace que este tipo de paciente tenga que ser valorado de forma multidisciplinar para optar por la mejor terapia anticoagulante y/o antitrombótica. Con la implantación del proyecto de mejora se han derivado desde marzo 2019 a diciembre 2019 ; 20 pacientes desde el servicio de oncología para valoración y tratamiento anticoagulante; se han derivado 16 pacientes que tomaban previamente anticoagulantes para optimizar su tratamiento de cara a la quimioterapia realizando en el 100 % de los pacientes paso a ACOD. Se han valorado 18 pacientes ambulatorios para profilaxis de ETEV en pacientes de alto riesgo trombótico instaurando en 6 de ellos profilaxis ambulatoria. Se han reevaluado a 32 pacientes en cuanto a la duración del tratamiento anticoagulante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

86 pacientes han sido valorados, estudiados y reevaluados en la consulta de Hemostasia, optimizando su tratamiento anticoagulante en ocasiones con ACOD y en otras con HBPM;
1. Un total de 86 pacientes derivados desde el servicio de oncología
2. Pacientes cambiados de AVK a ACOD, 16 PACIENTES
3. Pacientes cambiados de AVK a HBPM, 66 pacientes
4. Pacientes que no se ha realizado cambio de AVK 8 pacientes
5. Pacientes que se ha realizado intervención sobre el tratamiento antiagregante, 6 pacientes
6. Dos pacientes han presentado hemorragia que ha requerido ingreso hospitalario (hemorragia digestiva), y que ha precisado cese de la profilaxis antitrombótica
7. No eventos trombóticos recogidos hasta la actualidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La experiencia de una consulta dirigida al paciente oncológico ha supuesto una mejora en parte de su tratamiento evitando eventos trombóticos, minimizando los riesgos hemorrágicos y limitando el tratamiento antitrombótico para evitar más comorbilidad asociada a este paciente de elevada complejidad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/223 ===== ***

Nº de registro: 0223

Título
OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Autores:
GAVIN SEBASTIAN OLGA, DOBON REBOLLO MANUELA, TORRES RAMON IRENE, PIMENTEL FELICIANO ANA, PALOMERA BERNAL LUIS

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: Tratamientos antitrombóticos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0223

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El paciente oncológico que requiere tratamiento anticoagulante es un paciente complejo con alto riesgo trombotico y alto riesgo hemorrágico. A su situación oncológica (enfermedad compleja), se añade el tratamiento de la misma (quimioterapia y/o radioterapia y/o cirugía) así como su situación anticoagulante por sus antecedentes personales como por la aparición del evento trombotico tan relacionada con su enfermedad oncológica. Esta situación altamente compleja y difícil en ocasiones de llevar a cabo hace que este tipo de paciente tenga que ser valorado de forma multidisciplinar para optar por la mejor terapia anticoagulante y/o antitrombótica

RESULTADOS ESPERADOS

1. Valoración del paciente oncológico que requiera tratamiento anticoagulante
2. Valoración de la indicación del tratamiento anticoagulante
3. Valoración de profilaxis ambulatoria del paciente oncológico
4. Valoración del tiempo y duración del tratamiento anticoagulante

MÉTODO

1. Derivar desde el Servicio de Oncología a los paciente oncológicos que requieran tratamiento anticoagulante para su valoración y optimización del tratamiento en relación a su patología de base

INDICADORES

1. Número de pacientes derivados desde el servicio de oncología para valoración tratamiento anticoagulante
2. Numero de pacientes que se han cambiado de AVK a ACOD
3. Número de pacientes que se han cambiado de AVK a HBPM
4. Número de pacientes que no se ha realizado cambio de AVK
5. Número de pacientes que se ha realizado intervención sobre el tratamiento antiagregante
6. Seguridad del tratamiento antitrombótico prescrito (hemorragias)
7. Eficacia del tratamiento antitrombótico prescrito (ictus, embolia sistémica, ETEV)

DURACIÓN

Marzo 2019-Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0360

1. TÍTULO

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DEL SECTOR III

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MANUELA DOBON REBOLLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAVIN SEBASTIAN OLGA
GRACIA RODRIGUEZ MARIA ANGELES
FERRANDO QUINTIN MARIA ISABEL
PALOMERA BERNAL LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Puesta en marcha en Junio de 2016 de los cursos de Formación en Autocontrol en la Sección de Hemostasia del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa destinados a pacientes en tratamiento anticoagulante con AVK (antivitamina K) a largo plazo pertenecientes al Sector III.
- Valoración de la indicación para ser incluidos en el programa de Autocontrol de las solicitudes procedentes del Médico de Atención Primaria/FEA del Sector III siguiendo los criterios consensuados por el Grupo de Trabajo en Autocontrol del Salud.
- Desde junio-2016 a diciembre-2019 se han impartido 23 Cursos de Formación en Autocontrol a cargo del FEA Hematología y Hemoterapia y de personal de Enfermería de la Sección de Hemostasia (docencia teórico-práctica).
- Se ha realizado el seguimiento periódico del paciente en Consulta de Enfermería/FEA de la Sección de Hemostasia de nuestro centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- De las 110 solicitudes recibidas cumplían criterio para ser incluidos en el Programa de Autocontrol 105 (95.5%). En las 5 solicitudes restantes (4.5%) los pacientes estaban diagnosticados de ACXFA pudiéndose suspender el tratamiento con AVK e iniciar anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) no siendo necesaria su inclusión en el Programa de Autocontrol.
- De las 105 solicitudes aceptadas, 6 pacientes (5.7%) rechazaron realizar curso de Autocontrol y 99 pacientes (94.3%) aceptaron.
- Tras la realización del curso de Formación finalmente entraron en Programa de Autocontrol 87 pacientes (87.9% de los que realizaron el curso de formación) con una edad media de 52.7 años (mínimo 13, máximo 83 años)
- Los diagnósticos de los pacientes incluidos en Programa de Autocontrol han sido: 39 (44.8%) portadores de prótesis valvular mecánica, 26 (29.9%) enfermedad tromboembólica venosa, 5 (5.7%) SAF (Síndrome antifosfolípido), 9 (10.3%) ACXFA sin criterios para paso a ACODS y 8 pacientes (9.1%) miscelánea.
- Se ha realizado seguimiento de los pacientes en Consulta para resolución de dudas e incidencias, disponiendo a su vez de contacto telefónico directo con nuestra Unidad para resolución de cuestiones que puedan surgir. Periódicamente se realiza: comparativa INR capilar y venoso, revisión cartilla autocontrol así como valoración clínica del paciente.
- No se han descrito complicaciones trombóticas ni hemorrágicas mayores en los pacientes incluidos.
- El grado de satisfacción personal/familiar de los pacientes en Programa de Autocontrol es elevado, existiendo una mejora en la calidad de vida con un control estrecho del tratamiento anticoagulante.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos y la dinámica de trabajo llevada a cabo en la Sección de Hemostasia de nuestro centro avalan el buen funcionamiento del Programa de Autocontrol, no existiendo demora en la inclusión del paciente en los cursos de formación.

Dada la complejidad clínica de la mayoría de los pacientes candidatos a ser controlados mediante Autocontrol consideramos necesario realizar su formación y seguimiento en nuestro centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/360 ===== ***

Nº de registro: 0360

Título
EVALUACION DEL PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DEL SECTOR III

Autores:
DOBON REBOLLO MANUELA, GAVIN SEBASTIAN OLGA, GRACIA RODRIGUEZ MARIA ANGELES, FERRANDO QUINTIN MARIA ISABEL,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0360

1. TÍTULO

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DEL SECTOR III

PALOMERA BERNAL LUIS

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 en tratamiento crónico con AVK
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una herramienta potencial y de eficacia comprobada para mejorar el manejo de la anticoagulación en pacientes anticoagulados a largo plazo con fármacos antivitaminas K (AVK) es la posibilidad de autocontrol mediante el uso de un coagulómetro portátil en domicilio por parte de pacientes o sus familiares. La Sección de Coagulación del Servicio de Hematología y Hemoterapia del HCU Lozano Blesa en colaboración con el Grupo de Trabajo en Autocontrol del Salud comenzó a impartir formación en Autocontrol en Junio-2016 siguiendo los criterios consensuados por dicho grupo de trabajo. Pretendemos analizar los resultados obtenidos y establecer el protocolo de seguimiento de dichos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Analizar los resultados del Programa de Autocontrol desde su inicio hasta diciembre 2019:
- Valorar en las solicitudes recibidas si el paciente cumple criterios de inclusión en Programa de Autocontrol
- Valorar la posibilidad de cambio del tratamiento anticoagulante con AVK a anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) en pacientes en los que estos últimos estén indicados.
- Incluir en el Programa de Autocontrol a todo paciente del Sector III que requiera anticoagulación a largo plazo con AVK y cumpla los criterios establecidos por el Grupo de Trabajo de Autocontrol del Salud.
- Realizar seguimiento periódico del cumplimiento terapéutico en Consulta de Enfermería de la Unidad de Hemostasia de HCU y/o hematólogo.
- Valorar nº de episodios tromboticos y hemorrágicos en los pacientes en Programa de Autocontrol.
- Valorar nº incidencias en el aprendizaje punción capilar/manejo de dosis
- Valorar el grado de satisfacción personal/familiar
- Valorar la posibilidad de seguimiento ambulatorio del paciente estable

MÉTODO

- Remitir desde el Médico de Atención Primaria/FEA del Sector III la solicitud de inclusión en Programa de Autocontrol del paciente en tratamiento anticoagulante con AVK a largo plazo
- Incluir en Programa de Autocontrol a los pacientes seleccionados, realizando Curso de Formación 1-2 veces/mes a cargo del FEA Hematología y Hemoterapia y de personal de Enfermería de la Sección de Hemostasia.
- Realizar seguimiento periódico del paciente en Consulta de Enfermería de Atención Especializada/Atención Primaria

INDICADORES

- Número de pacientes en tratamiento anticoagulante oral con AVK incluidos en Programa de Autocontrol
- Número de pacientes incluidos portadores de prótesis valvular mecánica y tromboembolismo venoso en tratamiento anticoagulante a largo plazo
- Número de pacientes no candidatos a ser incluidos en Programa de Autocontrol y susceptibles de cambiar su tratamiento anticoagulante a ACODS
- Número de complicaciones tromboticas y hemorrágicas en pacientes incluidos.
- Número de pacientes estables derivables para su seguimiento a Atención Primaria

DURACIÓN

Marzo-2019-Diciembre-2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0360

1. TÍTULO

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DEL SECTOR III

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1337

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO MORENO CHULLILLA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VICENTE LOPEZ MARTA
BONAFONTE ARRUGA ELENA
LANAU ARILLA MARIA PILAR
SERAL GARCIA BEGOÑA BELEN
GONZALVO LIARTE MARIA CARMEN
BURILLO FUERTES PILAR
VALLE GUILLEN SOFIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas durante este periodo se detallan a continuación.

1. Se realizó una Auditoria Interna del servicio donde se detectaron desviaciones de la Norma, y se procedió a corregir dichas desviaciones:
 - La desviación más importante detectada se refirió a la mala identificación del paciente a transfundir en la unidad de cuidados intensivos, al guardar la pulsera en la historia clínica del paciente en vez de estar colocada en la muñeca.Se procedió a realizar una modificación del protocolo estableciendo la obligatoriedad de colocar la pulsera en todos los pacientes excepto aquellos con imposibilidad absoluta, a los que se les adheriría en una zona adecuada.
1. Formación y puesta en marcha de la comprobación de grupo en cabecera en aquellos servicios de alto consumo de hemoderivados y que todavía no lo realizaban (Hematología, Oncología, Digestivo, Urología y Traumatología). Con esto queda implantada la comprobación en cabecera en prácticamente todo el HCU Lozano Blesa (más del 90% de los pacientes transfundidos en nuestro hospital quedan controlados por la comprobación de grupo en cabecera).
2. Se ha realizado una Sesión Hospitalaria para todo el personal médico del HCU sobre Seguridad Transfusional.
3. Se han realizado sesiones formativas continuadas para el personal técnico del Servicio de Transfusiones, así como para el personal de enfermería de las unidades clínicas dirigidas tanto a la actualización de protocolos como a formación en seguridad transfusional.
4. Durante el primer semestre de 2019 se realizó la Revisión por la Dirección del Sistema de Calidad del Servicio de Transfusiones, estableciéndose los Objetivos del año, además de realizar una revisión y aceptación de toda la documentación.
5. En el mes de julio se llevo a cabo la Auditoria Externa por la Entidad de Certificación CAT y se establecieron un total de 2 "No Conformidades" y 2 Recomendaciones, resueltas y puestas en práctica en breve espacio de tiempo y concediendo el Certificado de Calidad CAT con fecha de septiembre de 2019.

Toda la actividad ha sido realizada por la Comisión de Transfusiones y el Servicio de Transfusiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El numero de hemocomponentes desechados totales por Caducidad + Desecho, ha sido de 232 hemocomponentes de los 10064 recibidos desde el BSTA, suponiendo un 2,3%. Los hemoderivados caducados han supuesto un 1,76% y los desechados un 0,53%. Dichos datos confirman una adecuada gestión de los recursos hematerápicos y conseguir que el desecho total anual se situó por debajo del 2% se considera óptimo para nuestro centro. Estos resultados son debidos a la implicación de todo el Servicio de Transfusiones y de las unidades clínicas en la política de gestión de hemoderivados.
 2. Durante el presente año se han obtenido un 100% de resultados correctos en el Control de Calidad de Inmunoematología Avanzado de la SETS (Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular).
 3. Durante el año 2019 se han realizado un 63,67% de Escrutinios frente a un 36,33% de Pruebas cruzadas completas. Importante parámetro que condiciona un mejor manejo de los stocks de hemoderivados y contribuye a una minimización de caducidades.
 4. Se ha conseguido durante los últimos años una mejora importante de la cumplimentación de los documentos relacionados con solicitud y trazabilidad de la transfusión y en este último año se han cumplimentado correctamente mas del 98% de las solicitudes.
 5. A pesar del incremento de notificaciones al sistema de hemovigilancia, no se ha llegado a 34/10000. Quizás este sea uno de los puntos a tener en cuenta para la mejora de calidad de la transfusión en nuestro hospital y plantear una acción de mejora.
 6. Obtención de la Certificación CAT por parte del HCU Lozano Blesa en Septiembre de 2019 como objetivo fundamental
- En el momento actual prácticamente el 100% de las Unidades Clínicas de más consumo de hemoderivados han implantado la comprobación de grupo en cabecera, haciendo mucho mas improbable la transfusión de componentes ABO incompatibles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la consecución de la Certificación de calidad de mas alta exigencia den lo referente a la Medicina

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1337

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA

Transfusional, podemos sentirnos orgullosos en el HCU Lozano Blesa y nos sirve de plataforma para continuar incrementando la Calidad de dicho tratamiento en nuestro centro. Este incremento de la Calidad contribuye a una mayor seguridad en la atención a nuestros pacientes y a conseguir una atención médica del máximo nivel. Esto no es mas que el punto inicial de un OBJETIVO superior para alcanzar la posibilidad de que en nuestro centro se puedan desarrollar terapias del mas alto nivel de complejidad en lo referente a Trasplante Hematopoyético, Terapia Celular y Terapia con CART-T, para lo cual deberíamos poder obtener una Certificación de Calidad de la Unidad de Aféresis terapéutica. Este será el próximo objetivo de nuestro Servicio de Transfusiones (Obtención Certificación CAT de la Unidad de Aféresis Terapéuticas). Como punto a mejorar queda la comunicación de los efectos adversos graves de la transfusión, para lo cual se plantea una acción formativa a llevar a cabo en todos los servicios por parte de los miembros de la Comisión de Transfusiones

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1337 ===== ***

Nº de registro: 1337

Título
CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA

Autores:
MORENO CHULLILLA JOSE ANTONIO, VICENTE LOPEZ MARTA, BONAFONTE ARRUGA ELENA, LANAU ARILLA MARIA PILAR, SERAL GARCIA BEGOÑA BELEN, GONZALVO LIARTE MARIA CARMEN, BURILLO FUERTES PILAR, VALLE GUILLEN SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
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 .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proceso de transfusión clínica es La transfusión de la unidad de sangre adecuada al paciente correcto en el momento oportuno, en las condiciones idóneas y de acuerdo con guías apropiadas.

Una cadena de acontecimientos integrados que comienza con la decisión de que un paciente realmente necesita sangre y finaliza con una evaluación del resultado clínico de la transfusión. Su objetivo es conseguir un uso adecuado de la sangre: el uso seguro, clínicamente eficaz y eficiente de la sangre humana donada.
Seguro: sin reacciones adversas ni infecciones.
Clínicamente eficaz: beneficia al paciente.
Eficiente: sin transfusiones innecesarias, la transfusión se realiza cuando el paciente la necesita.

El proceso transfusional implica a una cadena de profesionales que comienza con la indicación de la transfusión, continúa con la comunicación al paciente y la obtención del consentimiento informado, la realización de las pruebas cruzadas (transporte de muestras y de las unidades preparadas) y la administración en la unidad clínica correspondiente, así como la valoración de la eficacia y de los posibles efectos adversos.

Aún tratándose una terapia utilizada frecuentemente no está exenta de riesgos, así que la adecuada indicación y la correcta gestión en cada una de las fases permitirá minimizar los riesgos inherentes a la terapia transfusional.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar mejoras en la calidad del proceso de transfusión clínica, que se define del modo siguiente: La transfusión de la unidad de sangre adecuada al paciente correcto en el momento oportuno, en las condiciones idóneas y de acuerdo con guías apropiadas.
• Reducir el número de hemocomponentes desechados a < 2%.
• Reducir la desviación de los resultados obtenidos en el control de calidad externo con el fin de mejorar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1337

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA

la precisión de los parámetros procesados y alcanzar más del 98% de corrección.

- Incrementar a más del 50% de escrutinios para reducir el número de hemocomponentes con prueba cruzada mayor para reducir stocks de hemocomponentes reservados.
- Mejorar la cumplimentación de la solicitud de hemocomponentes para alcanzar una corrección de solicitud transfusional a > 90%.
- Alcanzar la media nacional de notificaciones de incidentes transfusionales (34/10000 transfusiones) realizando formación en hemovigilancia durante el próximo periodo.
- Optimizar el uso de plasma y conseguir un índice de transfusión de plasma superior al 91% para no tener acumulación de hemoderivado y minimizar caducidades.
- Minimizar el número de concentrados de hematíes caducados a menos del 2%.

Para la consecución de los objetivos se trabajará en todas las transfusiones, implicando a servicios médicos y quirúrgicos en las diferentes partes del proceso que les afecten, siendo el Servicio de Transfusiones y la Comisión de Transfusiones los responsables del impulso de las acciones previstas.

MÉTODO

- 1.- Llevar a cabo las actividades conducentes a la Certificación CAT del Servicio de Transfusiones del Hospital.
 - Corregir las desviaciones detectadas en la Auditoría Interna.
 - Revisión por la Dirección del Sistema de Calidad del Servicio de Transfusiones.
 - Solicitar la Auditoría Externa por CAT para la consecución de la Certificación.
 - Medir los indicadores con la periodicidad acordada y valorar su adecuación, o implantar medidas correctoras.
- 2.- Realizar la comprobación del grupo sanguíneo en cabecera de paciente en los servicios de Urgencias, UCI, anestesia, hematología, oncología y neonatología. Requerirá la formación del personal de enfermería de las unidades para su realización.
- 3.- Consensuar con los servicios quirúrgicos y anestesia la reserva prequirúrgica por procedimiento quirúrgicos programados. A través de la Comisión de Transfusiones, miembros de los servicios quirúrgicos, se elaborará el listado de procedimientos y las unidades que requieren
- 4.- Medidas conducentes a la evitación de la hemorragia en la cirugía ortopédica: ácido tranexámico. La Comisión de Transfusiones, con los miembros del Servicio de Traumatología, llevarán a cabo las acciones para su implantación.

INDICADORES

Nº DE CH DESECHADOS	<1%	
UNIDADES DE PFC DESECHADAS	<3%	
UNIDADES DE PLAQUETAS DESECHADAS	<1%	
Nº CH CADUCADOS	<2%	
Nº PLAQUETAS CADUCADAS	<6%	
Nº PEDIDOS URGENTES BSTA	< 20%	
Nº DE COMPONENTES TRANSFUNDIDOS		Disminución 5% anual
ÍNDICE TRANSFUSIONAL	< 2	
Nº CONTROLES DE CALIDAD EXTERNOS CORRECTOS	> 95%	
UNIDADES CON CIERRE TRANSFUSIONAL CORRECTO	>90%	
Nº DE INCIDENTES NOTIFICADOS	> 35	

DURACIÓN

Las actividades se desarrollarán a lo largo del año 2019, iniciándose en el mes de enero.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0657

1. TÍTULO

CREACION DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS Y COMPLICACIONES EN LOS ACCESOS VASCULARES DE LOS ENFERMOS RENALES CRONICOS EN TTº CON HEMODIALISIS EN LA UNIDAD DEL HCU LOZANO Blesa Y CME I. JIMENEZ

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE LAURA CALLIZO PEQUERUL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMODIALISIS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ENTONADO MORENO SARA BELEN
BENITO ORMEÑO ADOLFO
PEREZ VALLE RAQUEL
ALVAREZ SANTAFE BEATRIZ
ARROYO ESPALLARGAS VIRGINIA
AZNAR BUIL BLANCA
PALACIO GAVIN GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la primera reunión del grupo de trabajo, mantenida para mediados de Mayo, acordamos crear dos registros en papel para los accesos vasculares, uno para los catéteres venosos centrales y otro para las fistulas arterio-venosas. En ellos incluimos unas tablas que muestran los parámetros más importantes para la monitorización de los accesos vasculares, las incidencias más frecuentes y un apartado de observaciones.

En el registro del CATÉTER incluimos: el tipo de catéter (tunelizado/no tunelizado) posición de las líneas (posicional, invertidas o bajo flujo), si hay signos de infección (orificio, túnel, bacteriemia), si hay signos de infección del orificio (enrojecido/secreción), el tratamiento para dicha infección, complicaciones (aumento/disminución de recirculación, KT/Ktv, presión arterial y/o venosa), el tipo de sellado del CVC, si hemos usado Uroquinasa (durante la sesión o en el sellado).

En el registro la fistula arterio-venosa (FAVI), incluimos: tipo de Favi (radial/codo/ingerto), el tipo de aguja que usamos (15G, 16G, unipunción), la dirección de canalización de la aguja (a favor, en contra del flujo), complicaciones (aumento/disminución de la presión arterial/venosa, aumento de la recirculación, disminución del KT/Ktv), tiempo de coagulación tras la retirada de las agujas, tipo de hemostasia (mecánica, manual o mixta).

También creamos un registro en imagen, con dos brazos, derecho/izquierdo, para marcar la dirección y zonas de punción de los pacientes portadores de FAVIs.

Comenzamos a presentar el proyecto a todo el personal de la unidad para iniciar en el mes de septiembre. Decidimos llevarlo a cabo en papel ya que nos parecía más cómodo y visual para el personal tanto de la unidad del HCU como del Inocencio Jiménez.

Desde la empresa encargada en el programa informático, activó el acceso a los apartados propios de los accesos vasculares. Esto es lo que más está costando que el personal registre, pero como seguimos manteniendo el registro en papel podemos comparar datos y guardarlos posteriormente en una tabla de Excel, que estamos usando ya, para ver evolución, paciente por paciente, de su acceso vascular y las incidencias/modificaciones que hay en él, los datos los revisamos y actualizamos cada dos meses.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realizamos una encuesta a todo el personal de enfermería de la unidad de diálisis del HCU para valorar el grado de satisfacción con respecto a los registros creados, la encuesta consta de 5 preguntas:

En cuanto a las hojas de registro de accesos vasculares, ¿le parece intuitivo y fácil de responder?

¿Considera que es un registro útil para consultar en el trabajo diario?

¿Usas las hojas de registro vascular y las rellenas a diario?

¿Cree que tras la incorporación de las hojas de registro de AV hay mejor seguimiento de dichos accesos?

¿Piensas que al introducir las hojas de los accesos mejoraremos el control y prevención de posibles complicaciones?

La encuesta fue respondida por un total de 28 personas. Los resultados han sido muy positivos, ya que al 100% de los encuestados les parecía el registro fácil e intuitivo. El 96,43% lo considera un registro útil para consultar en su trabajo a diario. Es usado a diario por el 85,71% de los encuestados, el 92,86% cree que hay un mejor seguimiento de los accesos tras la incorporación de los registros. Y el 96,43% piensa que al introducir las hojas de registro mejoraremos el control y prevención de posibles complicaciones. Con estos datos podemos decir que el personal de enfermería colabora tanto al rellenarlo a diario, como para su uso terapéutico en sesiones posteriores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0657

1. TÍTULO

CREACION DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS Y COMPLICACIONES EN LOS ACCESOS VASCULARES DE LOS ENFERMOS RENALES CRONICOS EN TTº CON HEMODIALISIS EN LA UNIDAD DEL HCU LOZANO Blesa Y CME I. JIMENEZ

Desde el grupo de mejora trabajamos en una tabla de Excel, en la que recogemos los datos y vigilamos la evolución de los accesos de los pacientes de la unidad de diálisis del Inocencio Jiménez y los del HCU, registrando: nombre del paciente, tipo de acceso vascular, posición de las líneas/dirección punción, si signos de infección, incidencias, media de QB, media recirculación, media kt/ktv, media presión venosa y arterial y sellado del CVC. Estos parámetros los vamos actualizando cada dos meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos formado un buen equipo muy fluido y con muy buena comunicación, en el que cada uno iba aportando sus conocimientos y propuestas, hemos obtenido buenos resultados con la creación de un registro imprescindible para la monitorización de los accesos vasculares en los pacientes en hemodiálisis y muy útil para futuros estudios relacionados con dichos accesos. Nos queda pendiente la total informatización de dicho registro. Creemos que una vez que ya esté instaurado y controlado por completo el manejo de dicho programa informático por parte del personal de enfermería y médico, podremos hacer mejor uso de él sobre todo en los apartados destinados a los accesos vasculares.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/657 ===== ***

Nº de registro: 0657

Título
CREACION DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS Y COMPLICACIONES EN LOS ACCESOS VASCULARES DE LOS ENFERMOS RENALES CRONICOS EN TTº CON HEMODIALISIS EN LA UNIDAD DEL HCU LOZANO Blesa Y CME I. JIMENEZ

Autores:
CALLIZO PEQUERUL LAURA, ENTONADO MORENO SARA BELEN, BENITO ORMEÑO ADOLFO, PEREZ VALLE RAQUEL, ALVAREZ SANTAFE BEATRIZ, ARROYO ESPALLARGAS VIRGINIA, AZNAR BUIL BLANCA, PALACIO GAVIN GEMA

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: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El acceso vascular es imprescindible en hemodiálisis ya que es el único medio para acceder al torrente sanguíneo y conseguir unos flujos adecuados impulsando la sangre a través del circuito extracorpóreo, realizando un correcto tratamiento de hemodiálisis.

Hay varios tipos de accesos vasculares:

- * Catéteres venosos centrales tunelizados o no tunelizados.
- * Fístulas arteriovenosas (FAVi) autólogas o protésicas.

Ante la importancia del correcto manejo del acceso vascular y prevención o tratamiento precoz de las complicaciones que pueden aparecer en los mismos, surge la necesidad de crear en la unidad de Hemodiálisis un registro/evolución exclusiva para los accesos vasculares.

Actualmente en el servicio contamos con dos unidades de hemodiálisis: una localizada en la planta -1 del Hospital Clínico Lozano Blesa, en la contamos con historia clínica en papel y otra unidad en la planta calle del Centro de especialidades Inocencio Jiménez en la que contamos con un programa informático, "Nefrolink".

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0657

1. TÍTULO

CREACION DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS Y COMPLICACIONES EN LOS ACCESOS VASCULARES DE LOS ENFERMOS RENALES CRONICOS EN TTº CON HEMODIALISIS EN LA UNIDAD DEL HCU LOZANO BLESA Y CME I. JIMENEZ

- Crear un registro de los cuidados y complicaciones del acceso vascular para una mejor calidad asistencial.
- Mejorar la comunicación entre el personal del equipo multidisciplinar en el seguimiento de los accesos vasculares.
- Aumentar la supervivencia de los accesos vasculares gracias a un correcto manejo en los cuidados unificados por parte del personal de enfermería.

MÉTODO

En la Unidad de Hemodiálisis del CME Inocencio Jiménez realizaremos un seguimiento del acceso vascular, rendimiento/efectividad de acceso, cambios en los flujos sanguíneos, complicaciones y tratamiento de las mismas, a través de un registro informatizado en "Nefrolink" con el que crearemos:

* Un apartado de notas de evolución en el "Diario de enfermería", registrando:

o Cambios en Flujos sanguíneos (Qb)

o Cambios en el índice de recirculación.

o Cambios en parámetros de Ktv.

o Realización de medición bimensual del flujo de Favi (Qa) y posterior seguimiento de cambios importantes que nos indicarán sospecha de complicación.

* Un dibujo de brazo Favi para marcar zonas de punción y cambios en la canalización en la pestaña de "Accesos Vasculares".

* Registro en una "Lista de complicaciones de accesos vasculares" que pueden aparecer, tratamiento y eficacia, en el apartado habilitado a ello.

En la Unidad del Hospital Clínico Lozano Blesa: hasta informatización de la historia clínica, crearemos un registro en papel para seguimiento de evolución y complicaciones de los accesos, y un documento con dibujo del brazo Favi para marcar las zonas habituales de punción.

INDICADORES

* Incidencia de las complicaciones registradas de los accesos vasculares y consiguiente tratamiento precoz de dichas complicaciones

* Conseguir una correcta cumplimentación del registro por parte del personal de enfermería.

* Obtener el mayor rendimiento posible de los accesos vasculares mejorando así los parámetros de la calidad de las sesiones de diálisis

DURACIÓN

Inicio del proyecto en marzo del 2019 y puesta en marcha en junio de 2019.

Hasta mayo del 2019 nos pondremos en contacto con el personal informático responsable del "Nefrolink" para la adaptación del programa informático a las necesidades del proyecto y creación del registro en papel para HCU.

Durante el mes de mayo realizaremos formación del personal de enfermería para correcto manejo del programa informático y presentación de los registros de papel del HCU.

Una vez puesto en marcha el proyecto, a partir de junio, mediremos los indicadores propuestos anteriormente hasta fin del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1062

1. TÍTULO

PROYECTO ARCO IRIS: HUMANIZACIÓN EN HOSPITAL DE DÍA Y AISLAMIENTO ONCOHEMATOLÓGICO

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ALICIA TORRES SAIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

IBÁÑEZ VICENTE ANGELA
BELLO ALBENDEA GEMA
GARCIA IBÁÑEZ CAROLINA
PUEYO EZQUERRA NIEVES
LORENTE HERNANDEZ NURIA
FERNANDEZ GONZALEZ ANA ISABEL
RUBIO ORTEGA JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de encuestas de pacientes de Hospital de Día
Elaboración de encuestas de pacientes de Aislamiento
Colocación de pizarras magnéticas en habitaciones de Aislamiento con la finalidad de personalizarlas
Concierto de Violín y viola para pacientes de Hospital de Día
Concierto de Violín y viola para pacientes de Aislamiento
Entrega de detalles navideños a pacientes de ambos servicios
Decoración navideña de los espacios involucrando a pacientes, profesionales y voluntarios de la AECC
Decoración estacional "árbol de los deseos" donde pacientes, familiares, profesionales y voluntarios dejan escritas frases de ánimo, deseos, agradecimientos, etc.
Elaboración de tríptico de información para pacientes de Hospital de Día
Reuniones del equipo y elaboración de las actas correspondientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Impacto del proyecto

El impacto ha sido positivo, no se han detectado problemas en el desarrollo de las actividades y los comentarios de pacientes, familiares y profesionales han sido favorables a las intervenciones.

Indicadores de evaluación

- N° de habitaciones decoradas. Se han incluido pizarras magnéticas como elemento que permite la personalización.
6 pizarras magnéticas/6 habitaciones
- N° de actividades realizadas con pacientes: 1 concierto en cada unidad de violín y viola y 80 pasatiempos entregados a pacientes (sopas de letras, lectura, etc).
- N° de acompañamientos de voluntariado: un promedio de 25 acompañamientos diarios en Hospital de Día (pacientes recién diagnosticados y en tratamiento).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades realizadas responden al objetivo del proyecto, no obstante, hay algunas que todavía no se han podido llevar a cabo, sobre todo las relativas a la pintura y decoración de los espacios, así como también algunas actividades con pacientes en la unidad de Aislamiento.
Para la decoración, se ha previsto contar con el patrocinio de empresas del territorio, con las que se ha iniciado contacto, pero todavía no han definido su participación.
Para la colocación de los vinilos se cuenta con financiación de la AECC.
La pintura y la iluminación no se ha podido llevar a cabo porque en el hospital se han tenido que acometer otras obras estructurales considerables que han hecho que el proyecto se fuese adaptando y transformando sobre la marcha; esto ha hecho de las dificultades y retrasos una oportunidad de mejora.
Al poner en marcha el proyecto se han identificado otras líneas de mejora para proyectos futuros.

Hay posibilidad de replicar el proyecto siempre que pueda involucrarse en cierta medida a pacientes/familiares, profesionales, voluntariado, empresas patrocinadoras y al propio centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1062 ===== ***

N° de registro: 1062

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1062

1. TÍTULO

PROYECTO ARCO IRIS: HUMANIZACIÓN EN HOSPITAL DE DÍA Y AISLAMIENTO ONCOHEMATOLÓGICO

Título
PROYECTO ARCO IRIS: HUMANIZACION EN HOSPITAL DE DIA Y AISLAMIENTO ONCOHEMATOLOGICO

Autores:
TORRES SAIZ ALICIA, IBAÑEZ VICENTE ANGELA, BELLO ALBENDEA GEMA, GARCIA IBAÑEZ CAROLINA, PUEYO EZQUERRA NIEVES, LORENTE HERNANDEZ NURIA, FERNANDEZ GONZALEZ ANA ISABEL, RUBIO ORTEGA JOAQUIN

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: oncológicas y hematológicas
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto plantea una mejora en la experiencia del paciente oncológico en su paso por el hospital mediante la incorporación de recursos ambientales que produzcan un impacto positivo en la calidad de vida durante el tratamiento en Hospital de Día y Aislamiento Oncohematológico.
La importancia del proyecto radica en la introducción de recursos ambientales y de entretenimiento que fomenten el bienestar emocional, haciendo más llevadera la experiencia de tratamiento y hospitalización, y repercutiendo en la mayor satisfacción del equipo profesional en el contacto con paciente y familiares. Las acciones se enmarcan en un contexto asistencial en el que el espacio es anodino y carente de recursos de entretenimiento. El proyecto se plantea en la línea de innovación que se viene desarrollando en distintos hospitales a nivel nacional.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la experiencia del paciente oncológico y sus familiares en estancia en Hospital de Día y Aislamiento Oncohematológico mediante la creación de un espacio acogedor y dotado de recursos para el entretenimiento.

MÉTODO
Transformación de espacios: cambio del color de las paredes, colocación de vinilos en las ventanas de las habitaciones con paisajes y puntos de fuga relajantes creando imaginarias ventanas a la naturaleza, colocación en las paredes de vinilos con palabras o frases de apoyo, y habilitación en las habitaciones de espacios que permitan su personalización.
Entretenimiento y acompañamiento de voluntariado: oferta de actividades individuales y colectivas de tipo musical, artístico, literario o manual dinamizadas por voluntariado, de material de entretenimiento (revistas, juegos de mesa), acompañamiento de voluntariado testimonial y actividades formativas. Todas estas actividades se desarrollarán siguiendo el protocolo de calidad y seguridad del hospital.
La implicación de profesionales de la unidad se hará mediante reuniones en las que se definan formas de participación en las actividades mencionadas. El equipo de voluntariado será coordinado por la AECC para participar en la oferta de actividades.
La comunicación se facilitará mediante reuniones periódicas con el equipo, además de una coordinación institucional interna y externa entre el hospital y la AECC.

INDICADORES
Nº de habitaciones decoradas
Nº de espacios comunes transformados
Nº de actividades realizadas con pacientes semestralmente
Nº de acompañamientos de voluntariado
Grado de satisfacción de los pacientes, familiares y profesionales

DURACIÓN
La calendarización prevista se dividirá en dos semestres. Durante el segundo semestre de 2019 está previsto llevar a cabo las siguientes acciones: pintura de paredes y puertas (habitaciones y salas comunes), personalización de habitaciones, actividades individuales (Aislamiento), entrega de material de entretenimiento y selección de música relajante para megafonía. Durante el primer semestre de 2020 se plantea: colocación de vinilos en ventanas y paredes, actividades colectivas y colocación de pantallas.

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 - 2019/1062

1. TÍTULO

PROYECTO ARCO IRIS: HUMANIZACIÓN EN HOSPITAL DE DÍA Y AISLAMIENTO ONCOHEMATOLÓGICO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1402

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE LUIS MARTINEZ LOSTAO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INMUNOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

INDA LANDALUCE MERCEDES
GARCIA CENZANO CRISTINA
SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA
GONZALEZ GARCIA GONZALO
SEGURA ARAZURI NIEVES
GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR
COLAS SANZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Acciones conjuntas del S° de Inmunología y S° de Alergología:

-Se han mantenido reuniones 3 reuniones (27/09/18, 18/10/18 y 09/11/18) entre los integrantes del Equipo de Mejora para planificar las acciones a realizar.

Actividades realizadas en el S° de Inmunología:

-Se han registrado todas las peticiones de la prueba Phadiatop Infant (PI) solicitadas a pacientes pediátricos desde Atención Primaria (AP) del Sector III desde el 12/11/18.

-Ante un resultado positivo de dicha prueba se ha incluido una nota informativa en el informe de resultados indicando al FEA solicitante que el resultado positivo en la prueba PI indica una alta probabilidad de sensibilización a alérgenos comunes y la recomendación de solicitar valoración en Atención Especializada (S° de Alergia, HCU).

-Los sueros con resultados se han guardado a -20°C (se guardarán durante 1 año).

-Ante un resultado negativo de dicha prueba, se ha incluido una nota informativa en el informe de resultados indicando al FEA solicitante que dicho resultado no excluye la sensibilización a los alérgenos no incluidos en esta prueba.

-Los sueros negativos han guardado a -20°C (se conservarán 6 meses).

-Tras la valoración del paciente en Atención Especializada, se ha ampliado el estudio de alergia aquellos pacientes que el FEA del S° de Alergología ha considerado necesarios.

2- En AP del Sector III (en coordinación con el S° de Pediatría):

-Los Pediatras han solicitado la prueba PI en aquellos pacientes pediátricos con sospecha de un cuadro alérgico cuando lo han considerado oportuno.

-A la recepción del informe con un resultado positivo, el Pediatra ha solicitado consulta en Atención Especializada (S° Alergia) para la valoración del paciente.

3- En el Servicio de Alergia:

-Se han registrado las solicitudes de consulta de pacientes pediátricos con un resultado positivo en la prueba PI de AP del Sector III.

-Se han citado a consulta a dichos pacientes y tras valorar su clínica alérgica, el FEA del S° de Alergología ha solicitado, si procede, la ampliación del estudio de alergia al S° de Inmunología con lo alérgenos que ha considerado necesarios.

Se ha realizado una sesión (22/11/18) para comunicar a los FEA de AP la utilidad diagnóstica de la prueba de cribado y los cambios en la solicitud y el manejo de dicha prueba que iba a suponer la puesta en marcha del presente Proyecto de Mejora. Están previstas 2 sesiones más el 14/03/19 y el 16/05/19 con los FEA de AP en las que explicará las acciones realizadas hasta el momento y los resultados obtenidos.

También se ha realizado una reunión del Equipo de Mejora (20/12/18) en la que se han valorado las acciones realizadas hasta ese momento y los resultados iniciales obtenidos. Está prevista llevar a cabo una nueva reunión en la segunda quincena de marzo.

Los resultados obtenidos se explican a continuación en el Apartado 6.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

proyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención.

En el presente Proyecto de Mejora se establecieron 2 indicadores:

1- N° de pacientes pediátricos con resultado positivo en la prueba PI derivados desde AP del Sector III al S° de Alergología.

2- N° de pruebas de alergia que se han dejado de realizar tras un resultado positivo en la prueba PI en pacientes pediátricos del Sector III.

El estándar propuesto fue el de una reducción en un 50% el número de pruebas de alergia que actualmente se amplían tras un resultado positivo de la prueba PI (límites: inferior: 35%; superior: 65%).

Desde la puesta en marcha del Proyecto (12/11/18) hasta el momento de escribir la presente memoria (25/02/19) se han registrado 100 peticiones de la prueba PI en pacientes =14 años en el Sector III de las cuales 50 han sido positivas (49,5%). En el año 2017 (año completo tomado como referencia antes de iniciar el Proyecto de Mejora), se realizaron 335 determinaciones de la prueba PI siendo 154 positivas (45,9%). Dado que el Proyecto de Mejora lleva algo más de 3 meses, la tendencia en la cantidad de pruebas PI solicitadas (y el porcentaje de PI positivos) es similar a lo registrado en el 2017.

De los 50 pacientes con resultado positivo se ha realizado consulta desde AP a Atención Especializada (S° Alergología) para 38 de ellos lo que supone un 76% del total. Teniendo en cuenta que para 8 pacientes el FEA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1402

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

de AP aún ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI, se ha realizado la consulta desde AP al S° de Alergología en 38 de los 42 pacientes de en los que sí se ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI lo que supone que en un 90,5% de los pacientes para los cuales el FEA de AP ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI, dicho FEA ha realizado una consulta con Atención Especializada (S° de Alergología). La ampliación sistemática del estudio de alergia ante un resultado positivo de la prueba PI que se realizaba antes de este Proyecto de Mejora hubiera supuesto la realización del estudio de 15 alérgenos/paciente, esto es, el estudio de 750 alérgenos (15 alérgenos/paciente x 50 pacientes). Hasta el momento se ha llevado a cabo la ampliación dirigida del estudio de alergia tras realizar consulta con el S° de Alergología en 6 pacientes realizando un total de 39 determinaciones (media determinaciones/paciente = 6,5+3,6). Esto supone un 5,2% del total de las 750 determinaciones que se hubieran realizado antes del Proyecto de Mejora. Por lo tanto, se han dejado de realizar tras un resultado positivo en la prueba PI un 94,8% de las pruebas de alergia. Si sólo tenemos en cuenta los 42 pacientes para los cuales se ha se ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI, la reducción es del 93,8% (39 pruebas realizadas de 630 potenciales determinaciones). Mientras que antes se ampliaba el estudio de alergia sistemáticamente en el 100% de los PI positivos, tras la puesta en marcha del Proyecto de Mejora, se ha realizado dicha ampliación en el 12% de las peticiones (14,3% si se tiene en cuenta sólo las peticiones de los 42 pacientes para los cuales se ha se ha visualizado el resultado positivo).

Por otra parte, mientras que el porcentaje de resultados positivos en las determinaciones de IgE específica frente a los alérgenos que se realizaban en la ampliación sistemática previa al Proyecto de Mejora era de un 31,8% en el 2017 (año completo tomado como referencia antes de iniciar el Proyecto de Mejora), el porcentaje de resultados positivos en las determinaciones solicitadas tras la ampliación dirigida del estudio de alergia puesta en marcha en el Proyecto de Mejora se ha incrementado hasta el 48,7%.

Por último, la reducción del número de determinaciones realizadas en un más de un 90% ha supuesto una reducción en el gasto realizado. El precio actual de la ampliación sistemática del estudio de alergia tras un PI positivo según el concurso vigente es de 94,48€ con un precio medio por alérgeno de 6,30€. Teniendo en cuenta estos datos, el número de pruebas que se han dejado de hacer, así como el número de pruebas que se han realizado tras la ampliación dirigida tras consulta con el S° de Alergología, se ha reducido el gasto en 4478,20€ (en 3722,38€ considerando los 42 pacientes para los cuales se ha se ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI). Las fuentes de obtención de los datos empleadas para la elaboración de los resultados expuestos han sido los registros que han realizado en el S° de Alergología y de Inmunología y el sistema informático de gestión de laboratorios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la vista de los resultados obtenidos en el periodo de tiempo que lleva en marcha el presente Proyecto, la valoración del Equipo de Mejora es muy satisfactoria. Las actividades propuestas y que se han realizado (sesión formativa y de comunicación del Plan de Mejora con los FEA de AP, emisión de la nota informativa en el informe de resultados, ampliación dirigida del estudio de alergias tras consulta con Atención Especializada) han sido las adecuadas ya que los resultados obtenidos en los indicadores de calidad propuestos para el seguimiento de este Proyecto han sido realmente óptimos. En este sentido cabe destacar la gran implicación de los facultativos de AP ya que el 90,5% de los FEA de AP (38 de 42) que han visualizado el resultado positivo de la prueba PI han realizado una consulta con Atención Especializada. Por otra parte, teniendo en cuenta los 42 pacientes para los cuales se ha se ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI, se han dejado de realizar un 94,8% de las pruebas de alergia que se hacían antes de las puesta en marcha de este Proyecto lo que está por encima no sólo del estándar propuesto para el indicador 2 (50%) sino también de su límite superior propuesto (65%). Esto ha supuesto un ahorro en la determinación de las pruebas de alergia de 3722,28€.

Antes de la puesta en marcha del presente Proyecto, se habían detectado algunos errores en el diagnóstico y con ello en el manejo terapéutico en población pediátrica del Sector III tras realizar el estudio de cribado y la ampliación de la prueba PI. En este sentido, el porcentaje de resultados positivos en las en las pruebas de alergia que se realizaban en la ampliación sistemática previa al Proyecto de Mejora era de un 31,8% en el 2017 mientras tras la ampliación dirigida del estudio de alergia puesta en marcha con este Proyecto el porcentaje de resultados positivos en las determinaciones solicitadas se ha incrementado hasta el 48,7%. Aunque pueden ser diversos los factores que hayan contribuido a este incremento, uno de ellos puede ser que la ampliación dirigida del estudio de alergia solicitada por un FEA de Atención Especializada en función de la clínica observada tras realizar la consulta del paciente con un resultado positivo de la prueba PI está mejor orientada que la ampliación sistemática que se realizaba previamente a la puesta de este Proyecto. En este sentido, el presente Proyecto está en completa sintonía con las recomendaciones actuales de las distintas Sociedades Científicas de Especialidades de Laboratorio en relación a la adecuación de la demanda analítica a las necesidades clínicas.

Por todo ello, todos estos resultados son claros indicadores no sólo de la sostenibilidad de este Proyecto sino también de sus posibilidades de replicación y de expansión al resto de Sectores sanitarios de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1402 ===== ***

Nº de registro: 1402

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1402

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

Título

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

Autores:

MARTINEZ LOSTAO LUIS, INDA LANDALUCE MERCEDES, GARCIA CENZANO CRISTINA, SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA, GONZALEZ GARCIA GONZALO, SEGURA ARAZURI NIEVES, GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR, COLAS SANZ CARLOS

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: ALERGIA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Phadiatop Infant® (PI) es una prueba de cribado de enfermedad alérgica usada en Pediatría de Atención Primaria (AP) que detecta IgE específica frente a una mezcla de los aeroalérgenos y alérgenos alimentarios que originan con más frecuencia enfermedad alérgica en <5 años. Sin embargo, PI no contiene alérgenos muy frecuentes en nuestra área (polen de cupresáceas, salsola, LTP, algunos epitelios de animales, etc). En la actualidad, ante un resultado positivo de esta prueba en el Sº de Inmunología se amplía sistemáticamente el estudio de alergia frente a 15 de los alérgenos inhalantes y alimentarios más frecuentes. Se han detectado algunos errores en el diagnóstico y tratamiento en población pediátrica del Sector III tras realizar el estudio de cribado y la ampliación de la prueba PI. Además, esta ampliación sistemática supone un inapropiado uso de los recursos. En 2017 se realizaron 335 pruebas de cribado en <14 años en el Sector III siendo positivas 154 (45,9%) suponiendo un gasto de 14.549€

RESULTADOS ESPERADOS

- Evitar la toma de decisiones inadecuadas en el diagnóstico y tratamiento de pacientes pediátricos debida a la ampliación de dicha prueba.
- Racionalizar el gasto actual derivado de la ampliación sistemática del estudio de alergia tras un resultado positivo de esta prueba.
- Advertir que un resultado negativo de esta prueba no excluye la sensibilización del paciente a otros alérgenos no incluidos en la misma.
Población diana: población pediátrica del Sector III.
Servicios implicados: Alergia, Pediatría e Inmunología del HCU.

MÉTODO

1- En el Sº de Inmunología:
- Se registrarán las peticiones de la prueba PI solicitadas a pacientes pediátricos desde AP del Sector III.
- Ante un resultado positivo de dicha prueba, no se realizará la ampliación del estudio y en su lugar, se conservará el suero positivo a -20°C durante 1 año (los sueros negativos se conservarán 6 meses).
- En el informe de los resultados se incluirá una nota informativa indicando al FEA solicitante que el resultado positivo en la prueba PI indica una alta probabilidad de sensibilización a alérgenos comunes y la recomendación de solicitar valoración en Atención Especializada (Sº de Alergia, HCU).
- Ante un resultado negativo de dicha prueba, se advertirá que dicho resultado no excluye la sensibilización a los alérgenos no incluidos en ésta.
- Tras la valoración del paciente en Atención Especializada, si el FEA de Alergia lo considera necesario, se ampliará el estudio de alergia a los alérgenos solicitados.
2- En AP del Sector III (en coordinación con el Sº de Pediatría):
- En pacientes pediátricos con sospecha de un cuadro alérgico, si el Pediatra lo considera necesario, podrá solicitar la prueba PI.
- A la recepción del informe con un resultado positivo, el Pediatra solicitará consulta en Atención Especializada (Sº Alergia) para la valoración del paciente.
3- En el Servicio de Alergia:
- Se registrarán las solicitudes de consulta de pacientes pediátricos con un resultado positivo en la prueba PI de AP del Sector III.
- Se citará a consulta a dichos pacientes y valorará su clínica alérgica.
- Posteriormente, el FEA solicitará, si procede, el estudio frente a los alérgenos que considere necesarios indicando en la petición que es una ampliación del estudio en una muestra previamente positiva en el cribado.

Se realizarán sesiones de formación con los FEA de AP explicando la utilidad diagnóstica de la prueba de cribado y los cambios en la solicitud y el manejo de dicha prueba.

Se realizarán reuniones trimestrales de los componentes del equipo para valorar las acciones realizadas y los resultados obtenidos.

Este proyecto supone un cambio en la oferta de servicios del Sº de Inmunología al dejar de ampliar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1402

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

sistemáticamente el estudio de alergia ante un resultado positivo de la prueba PI realizando el estudio sólo de los alérgenos solicitados por el FEA de Alergia tras valorar al paciente.
Los recursos materiales que se emplearán son de los que se dispone actualmente para el estudio de alergia.

INDICADORES

- N° de pacientes pediátricos con resultado positivo en la prueba PI derivados desde AP del Sector III al S° de Alergia.
- N° de pruebas de alergia que se han dejado de realizar tras un resultado positivo en la prueba PI en pacientes pediátricos del Sector III.
Fuentes: Registros que realizarán en el S° de Alergia y de Inmunología y sistema informático de gestión de laboratorios.
Estándar: reducción en un 50% el número de pruebas de alergia que actualmente se amplían tras un resultado positivo de la prueba PI (límites: inferior: 35%; superior: 65%).

DURACIÓN

Duración: 1 año (del 01-10-18 al 30-09-19).
Se realizarán reuniones trimestrales entre los responsables para valorar la implementación de las acciones y los indicadores descritos.
Responsables: Dra. Sobrevía (Pediatria), Dr. Martinez-Lostao (Inmunología) y Dr. Colás (Alergia).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0926

1. TÍTULO

DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE MARIA MERCEDES LOURDES NOCITO COLON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INMUNOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCES ANTON ESTHER
GARCES REDONDO MOISES
IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA
INDA LANDALUCE MARIA MERCEDES
MARTINEZ LOSTAO LUIS
RAMOS MIR JORGE
LORENZ ABAD ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El estudio incluye a 186 pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) seleccionados por Neurología en los que se estimó que tuvieran hecho tipaje de HLA (HLA-DQ2, HLA-DQ8) y se valoró su riesgo genético para desarrollar Enfermedad Celíaca (EC). A los pacientes con marcadores de riesgo alto o moderado se les hizo un estudio de anticuerpos anti-transglutaminasa específicos de EC y a los positivos, un estudio anatomo-patológico para diagnosticar la EC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 186 pacientes seleccionados, 110 tuvieron HLA de riesgo (53 riesgo moderado 28.5%, 49 riesgo alto 26.3% y 8 con riesgo alto 4.3%). En 3 de dichos pacientes se observaron anticuerpos anti-Transglutaminasa y anti-Endomisio por lo que se les derivó para estudio a consultas de Digestivo y se les realizó biopsia duodenal confirmándose el diagnóstico.

En nuestro estudio, de los 186 pacientes a los que se les solicitó el estudio genético HLA DQ2, DQ8, hasta un 59,1% presentaban un riesgo moderado-alto de presentar EC. Sin embargo, la prevalencia de pacientes con anticuerpos positivos ha sido de 1,6%, similar a la que se puede encontrar en la población general (1%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este trabajo presenta algunas limitaciones importantes debido a la selección de la muestra. De los pacientes revisados, solo a 186 se ha realizado estudio genético y serológico, difiriendo las características de los pacientes, sobre todo con importante disminución de estudio de las formas progresivas de EM. Además, el tamaño muestral era escaso. Otra limitación de este estudio es que la determinación serológica se realizó solo una vez, es decir, no hay un seguimiento serológico longitudinal de los pacientes que podría haber revelado otros casos positivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/926 ===== ***

Nº de registro: 0926

Título
DETECCION DE ENFERMEDAD CELIACA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE

Autores:
NOCITO COLON MARIA MERCEDES LOURDES, GARCES ANTON ESTHER, GARCES REDONDO MOISES, IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA, INDA LANDALUCE MARIA MERCEDES, MARTINEZ LOSTAO LUIS, RAMOS MIR JORGE, LORENZ ABAD ANA 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: Esclerosis Múltiple
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora clínica del paciente

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0926

1. TÍTULO

DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

PROBLEMA

Tanto la esclerosis múltiple (EM) como la enfermedad celíaca (EC) son enfermedades de etiopatogenia inmunomediada que se dan en personas genéticamente predispuestos compartiendo, en algunos casos, factores de predisposición a la enfermedad como ciertos antígenos de histocompatibilidad. Además, la celiaquía puede presentarse como una enfermedad neurológica por lo que queremos evaluar la posibilidad de que pacientes con esclerosis múltiple puedan beneficiarse clínicamente de una dieta sin gluten

RESULTADOS ESPERADOS

Dado que los pacientes con EM con sensibilidad al gluten se benefician de una dieta sin gluten, nuestro objetivo es la detección precoz de EC entre los pacientes con EM

MÉTODO

1. Puesta en común para diseño del trabajo. Responsables: Todos
2. Elección de los pacientes: Responsables: Neurólogos.
3. Diseño de pruebas a realizar: Responsables: Inmunólogos
4. Puesta en común del procedimiento/rediseño si necesario: Responsables: Todos
5. Puesta en marcha del procedimiento: Responsables: Todos
6. Seguimiento del cumplimiento: Responsables: Todos
7. Análisis de resultados: Responsables: Neurólogos

INDICADORES

% de pacientes celíacos en la población afecta de EM

DURACIÓN

Año 2019 para desarrollo e implantación.

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 - 2016/0434

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, ARIPE 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 Blesa

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 - 2018/0725

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA SERRANO BARCOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA
PEREZ CIRES ALVARO
ACHA AIBAR BEATRIZ
INGLES GARCIA DE LA CALERA MARIA CONCEPCION
SANTAMARIA MORENO LUCIA
MARQUESAN CELAYA YOLANDA
MARTINEZ SEDILES MARIA XIOMARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se estableció por parte de la Dirección de Enfermería del Hospital un calendario de sesiones de reuniones de "acogida" para personal de enfermería y de TCAE del sector III

1ª sesión: 29 mayo de 2018
2ª sesión: 30 mayo 2018
3ª sesión: 7 junio 2018
4ª sesión: 21 junio 2018

A cada uno de los profesionales que acudieron a la reunión, previamente se les había informado desde el Servicio de Personal, la necesidad de responder a un cuestionario básico de salud y acceder al manual de acogida de Prevención de Riesgos Laborales del Sector III. Lo podían descargar desde un enlace habilitado para ello (extranet) y posteriormente lo depositarían en el Servicio de Riesgos Laborales (planta 8º) del HCU preservando en todo momento la confidencialidad de datos.

El personal sanitario del Servicio de Prevención valoró el cuestionario de salud para determinar la patitud a los puestos de trabajo. En caso de detectar algún trabajador especialmente sensible, se procedió a la realización de un informe médico de las limitaciones y así poder ofrecer un puesto acorde a las mismas.

Posteriormente, en las reuniones de acogida se impartió una Formación sobre Riesgos Laborales en sus puestos de trabajo, así como las medidas preventivas a adoptar.

En esa misma reunión a aquellas personas que no había constancia de haberse realizado una Vigilancia de Salud específica para los riesgos inherentes de los puesto de trabajo de nuestro Sector, se les entregó de forma individual unos folios de analíticas y la citación completar el reconocimiento médico inicial obteniendo un informe de aptitud para su puesto de trabajo.

Antes de finalizar la reunión los participantes rellenaron un cuestionario donde se valoraba la satisfacción tanto de la gestión realizada desde el Servicio de Prevención como de la formación recibida en materia de Riesgos Laborales.

Todo esto se realizó incluyendo la formación de acogida del personal de Dirección en menos de una hora el día de la sesión de acogida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Acudieron 255 profesionales (Enfermeros y TCAE) a las reuniones acogida.

Al 100% se les formó en materia inicial de Prevención de Riesgos Laborales.

En materia de Vigilancia de la Salud, un 97,64 % entregaron el cuestionario de valoración inicial de salud. A un 63,92 % se les entregó volante de analíticas y cita para resultados. Un 36,08 % tenía realizada un examen de salud previo. Un 87,11% se realizaron la analítica, y el 92,95 % acudieron a la citación para completar el reconocimiento médico de inicio.

INDICADORES:

El grado satisfacción sobre la valoración inicial de salud realizada por el Servicio de Prevención fue de un 89,16%.

El grado de satisfacción sobre la Formación recibida en materia de Prevención de Riesgos Laborales fue coincidentemente también de un 89,16% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los datos reflejan un porcentaje superior al objetivo que se había propuesto alcanzar, valores de grado de satisfacción superiores al 80%, tanto en la gestión de la consulta como de la formación recibida por parte del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Podemos concluir que el porcentaje de trabajadores que han realizado del examen de salud ha sido elevado, lo que demuestra el interés por parte del trabajador para conocer su estado de salud, los riesgos inherentes a su puesto de trabajo y las medidas preventivas que puede adoptar en nuestro sector. A su vez este el momento oportuno para realizar actividades de promoción de la salud, basándose fundamentalmente en la prevención primaria.

Es fundamental poder realizar éstas sesiones en el menor plazo de tiempo posible con la mayor eficacia, dado que ha sido uno de los ítems mejor valorados en las encuestas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0725

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III

7. OBSERVACIONES.

Se ha valorado muy positivamente la transparencia, la confidencialidad, los conocimientos en materia de prevención, el estado individual de salud, la adaptación del puesto de trabajo en caso de ser necesario y, por tanto, la eficacia de esta intervención. Esto no podría haber sido posible sin la coordinación con otros servicios implicados (personal, dirección, informática...), que gracias a esta multidisciplinariedad y trabajo en equipo ha facilitado la superar el objetivo propuesto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/725 ===== ***

Nº de registro: 0725

Título
CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
SERRANO BARCOS LAURA, GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA, PEREZ CIRES ALVARO, ACHA AIBAR BEATRIZ, INGLES GARCIA DE LA CALERA MARIA CONCEPCION, SANTAMARIA MORENO LUCIA, MARQUESAN CELAYA YOLANDA, MARTINEZ SEDILES MARIA XIOMARA

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: accidentes y enfermedades Profesionales
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Formación en Prevención de Riesgos Laborales

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Al amparo del artículo 19 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, se especifica la obligatoriedad de impartir formación específica de prevención de riesgos laborales al inicio de las tareas en cada puesto de trabajo. Actualmente en nuestro sector tenemos una contratación estimada de 4000 trabajadores nuevos. Es una prioridad el poder dar cumplimiento a ésta ley, para evitar lesiones, accidentes o enfermedades profesionales en el lugar de trabajo. A su vez es obligado por parte del empresario la realización de reconocimientos médicos iniciales (art.22 Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995) y protección de trabajadores especialmente sensibles (trabajadores con patología, discapacidad o embarazadas - lactantes) adoptando las medidas preventivas y de protección necesarias (art. 25 y 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995)

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar en un sólo acto la formación, información, reconocimiento médico y adaptación de puesto de trabajo si procede de todo el personal de nueva contratación del Sector Zaragoza III. Esto va dirigido a todas las categorías profesionales de nueva contratación.

MÉTODO

Se van a realizar varias sesiones de reuniones de "acogida" a las distintas categorías profesionales de nueva contratación. Inicialmente se procede a realizar a cada uno de los profesionales un cuestionario básico de salud. Seguidamente se impartirá una formación fundamental de Prevención de Riesgos Laborales de nuestro Sector, adaptado a nuestras necesidades y métodos de actuación propios de nuestro Sector. A continuación, se les facilitará volantes de analíticas individualizados con citación posterior para resultados médicos. En caso de detectar un personal especialmente sensible, se procederá de inmediato a realización de informe médico de limitaciones para su incorporación a puestos acordes a las mismas

INDICADORES

Encuesta de satisfacción de acogida.

Evaluación: cuestionario de inicio y tras recibir la formación de los conceptos generales y así poder valorar su correcta adquisición. Se pretende alcanzar valores superiores al 80% de satisfacción con la gestión realizada de la consulta.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0725

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III

De mayo a octubre.

1ª sesión 29/5/18

2ª sesión 30/5/18

3ª sesión 7/6/18

4ª sesión: 21/6/18

el resto de sesiones se irán agrupando las distintas categorías profesionales para realizar lo mismo.

OBSERVACIONES

Se trabaja conjuntamente con los servicios de personal (contratación) y con las Direcciones de cada categoría profesional siendo un equipo multidisciplinar.

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 - 2018/0740

1. TÍTULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONSECUENCIAS LABORALES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION TRABAJADORA ADSCRITA AL SECTOR 3 DEL SALUD

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION INGLES GARCIA DE LA CALERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SERRANO BARCOS LAURA
ZUECO GARCIA ELENA
MARQUESAN CELAYA YOLANDA
CASTEJON HERRER MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han consensuado y obtenido los datos de la plantilla de trabajadores del sector 3 de los últimos 5 años (2014-2018), eligiendo siempre a fecha del 30 de noviembre.
- Se han realizado las modificaciones de dichas plantillas, unificando puestos de trabajo, servicios, categorías, intervalos de edad, para obtener datos estadísticamente significativos.
- Se han establecido unas normas por escrito de modificación de dichas plantillas para que los datos sean concordantes todos los años.
- Se han extraído los accidentes de trabajo desde 2014-2018, eligiendo los ítems a estudiar, buscando los datos que faltan de manera individual y formateando puestos y categorías de manera similar a los de las plantillas.
- Determinación de los datos a incluir en la Base de ausencias por motivos de salud, en los que se incluye la IT por enfermedad común, por contingencias profesionales, ausencia de días sueltos por enfermedad y suspensiones de contrato por riesgo para embarazo y lactancia. Formatear los datos para que coincidan con las categorías, puestos, etc con los datos de las plantillas.
- Extracción de los datos de solicitudes de cambio o adaptación de puesto de trabajo por motivos de salud, formateando categorías y puestos de manera similar a las plantillas,

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha incluido personal administrativo de personal en el proyecto, implicado en la obtención adecuada de las plantillas y la base de ausencias por motivos de salud.
- Se han obtenido y formateado las bases de datos para poder llevar a cabo el estudio estadístico.
- Los resultados estarán disponibles a principios de 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estarán disponibles a principios de 2020.

7. OBSERVACIONES.

- Es necesario incluir entre los integrantes del equipo de mejora y que quede así registrado oficialmente a M^a Jesús Castejón Herrer, personal administrativo que se ha incorporado desde la sección de Nóminas de Personal.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/740 ===== ***

Nº de registro: 0740

Título
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONSECUENCIAS LABORALES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION TRABAJADORA ADSCRITA AL SECTOR 3 DEL SALUD

Autores:
INGLES GARCIA DE LA CALERA MARIA CONCEPCION, SERRANO BARCOS LAURA, ZUECO GARCIA ELENA, MARQUESAN CELAYA YOLANDA

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: Alteraciones de la salud global.
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0740

1. TÍTULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONSECUENCIAS LABORALES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION TRABAJADORA ADSCRITA AL SECTOR 3 DEL SALUD

Otro tipo Objetivos: Mejora de la salud laboral de los trabajadores del sector.

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La edad media de la plantilla del sector 3 es actualmente de 48 años. En nuestra plantilla, el 53% tiene más de 50 años. La edad de los trabajadores influye en múltiples aspectos de nuestro trabajo como sanitarios, ya que la edad se relaciona directamente con la aparición de problemas de salud, la merma en las capacidades físicas y mentales, las alteraciones del sueño y otras.

Ello puede ser la causa que incrementa las solicitudes de cambio de puesto por motivos de salud, el absentismo por enfermedad común, la accidentalidad, etc.

Es necesario que se busquen e implanten medidas preventivas para que los trabajadores lleguen en mejores condiciones a edades avanzadas, así como cuantificar adecuadamente las limitaciones y necesidades reales de los trabajadores de mayor edad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Cuantificar la relación entre la edad y los daños a la salud de nuestra población trabajadora.
- Proponer medidas de mejora en las condiciones de trabajo, de promoción de la salud y de adecuación de ratios de trabajadores.

MÉTODO

- Estudio anual y retrospectivo de:
 - o Absentismo en relación a la edad.
 - o Accidentalidad en relación a la edad.
 - o Casos de cambio de puesto por motivos de salud en relación a la edad.
- Diseño de actividades de vigilancia de la salud específica a los trabajadores mayores de 50 años.
- Informe de medidas de mejora en las condiciones de trabajo que puedan inferirse de los datos obtenidos.

INDICADORES

- Estudio anual de:
 - o Absentismo en relación a la edad. Realizado
 - o Accidentalidad en relación a la edad. Realizado
 - o Casos de cambio de puesto por motivos de salud en relación a la edad. Realizado
- Diseño de actividades de vigilancia de la salud específica para los trabajadores mayores de 50 años. Realizado.
- Informe de medidas de mejora en las condiciones de trabajo que puedan inferirse de los datos obtenidos. Realizado.

DURACIÓN

Duración: 1 año y medio.

- Estudio anual y retrospectivo de: Enero 2019 y 2020.
 - o Absentismo en relación a la edad.
 - o Accidentalidad en relación a la edad.
 - o Casos de cambio de puesto por motivos de salud en relación a la edad.
- Diseño de actividades de vigilancia de la salud a mayores de 50 años. Abril 2019.
- Informe de medidas de mejora en las condiciones de trabajo que puedan inferirse de los datos obtenidos. Febrero 2020.

OBSERVACIONES

Este proyecto servirá de base para subsiguientes proyectos.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ALBERTO PUENTE COLINA
· Profesión INGENIERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

.- Actividades de carácter formativo - informativo:

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

ATENCION ESPECIALIZADA.

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

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

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

ATENCION PRIMARIA.

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

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

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

.- Elaboración y difusión de documentos de acompañamiento:

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

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

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

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

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

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

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

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

.- Actividades de carácter ORGANIZATIVO:

ATENCION ESPECIALIZADA.

? Elaboración del MAPA de RIESGO de violencia externa.

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

ATENCION PRIMARIA.

? Elaboración del MAPA de RIESGO de violencia externa.

? El 21 de marzo, se realiza visita al C.S. UNIVERSITAS con objeto de evaluar el centro de trabajo frente al riesgo de violencia externa. De esta evaluación, se derivan una serie de medidas y acciones preventivas de carácter ORGANIZATIVO detalladas en el documento y actualmente en fase de implementación (reubicación de

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

1. TÍTULO

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

mobiliario, vías de evacuación libres de obstáculos, reagrupación de consultas en horario de tarde y fin de semana, etc.). El alcance de algunas de estas medidas no se circunscribe solo a este centro de trabajo sino, que tiene aplicación a otros centros de trabajo de atención primaria.

.-Actividades de carácter OPERATIVO:

ATENCION ESPECIALIZADA.

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

ATENCION PRIMARIA.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Transcurridos siete meses de proyecto y siendo que se ha elaborado con un horizonte de dos años vista, entendemos, que es pronto para valorar el resultado de las acciones a día de hoy implementadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Seguir en la línea de trabajo del 2019, implementando nuevas acciones y haciendo seguimiento de la efectividad de las ya implementadas en los meses venideros.

7. OBSERVACIONES.

Ninguna.

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

Nº de registro: 0861

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

ACTIVIDADES DE CARÁCTER FORMATIVO - INFORMATIVO:

- Formación en cómo gestionar un caso de violencia externa.

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

1. TÍTULO

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

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

ACTIVIDADES DE CARÁCTER ORGANIZATIVO:

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

ACTIVIDADES DE CARÁCTER OPERATIVO:

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

INDICADORES

ATENCION PRIMARIA "URBANO":

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

o Objetivo > 66% 1er año

o Objetivo > 99% 2er año

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

x100/trabajadores formados-informados.

o Objetivo > 30% 1er año

o Objetivo > 50% 2er año

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

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 75% 2er año

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

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 90% 2er año

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

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 90% 2er año

ATENCION PRIMARIA "RURAL":

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

o Objetivo > 66% 1er año

o Objetivo > 99% 2er año

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

x100/trabajadores formados-informados.

o Objetivo > 30% 1er año

o Objetivo > 50% 2er año

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

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 75% 2er año

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

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 90% 2er año

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

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 90% 2er año

URGENCIAS HCU:

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

o Objetivo > 66% 1er año

o Objetivo > 99% 2er año

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

x100/trabajadores formados-informados.

o Objetivo > 66% 1er año

o Objetivo > 99% 2er año

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

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 75% 2er año

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

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 90% 2er año

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

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 90% 2er año

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

1. TÍTULO

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

DURACIÓN

DURACIÓN:

- Mayo 2019 - mayo 2021

CALENDARIO:

- Mayo 2019 - Mayo 2020:

o Elaboración MAPA de RIESGOS.

o Elaboración PLAN FORMATIVO e implementación parcial según objetivos establecidos.

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

- Mayo 2020 - Mayo 2021:

o Actualización del MAPA de RIESGOS.

o Implementación final del PLAN FORMATIVO según objetivos establecidos.

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

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

OBSERVACIONES

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

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1157

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA ZUECO GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTAMARIA MORENO LUCIA
ACHA AIBAR BEATRIZ
GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA
MELCHOR SIMON LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han registrado las incidencias detectadas en la gestión de los accidentes con material biológico. El registro contemplaba los siguientes campos: datos de filiación del trabajador accidentado, datos del paciente fuente, actuación inicial del trabajador, equipos de protección individual utilizado, mecanismos de bioseguridad utilizados, consentimiento informado de la fuente, volantes de laboratorio, gestión de laboratorio, hoja notificación accidente, asistencia en el servicio de Urgencias, personal sanitario que ha llevado el accidente y el número de registro interno del accidente. Estos campos nos facilitaban el seguimiento y la trazabilidad del accidente en todas las actuaciones que exige el mismo.

Se determinaron el tipo de incidencias que deben ser corregidas con velocidad dadas las consecuencias de las mismas en los aspectos de seguridad y salud de los trabajadores afectados. Se consideraron prioritarias:

- La correcta petición del estudio del paciente fuente al laboratorio.
 - La captura y procesamientos correctos de los accidentes atendidos fuera de nuestro horario laboral
 - El uso de los mecanismo de bioseguridad disponibles en los centros del sector.
- Se contactó con los trabajadores accidentados, supervisores y supervisores generales de guardia, personal del laboratorio y médicos del servicio de Urgencias para recoger información sobre las incidencias detectadas y las dificultades en los aspectos de información y conocimiento del procedimiento existente, uso de los equipos de protección individual y material de bioseguridad, notificación del accidente y asistencia del mismo incluyendo las peticiones al laboratorio.

Se mantuvieron reuniones con periodicidad quincenal para analizar la información registrada.

Se propusieron acciones correctivas sobre todo en lo referente a la información de los trabajadores, mandos intermedios y asistenciales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han detectado 39 incidencias en los 196 accidentes con material biológico recogidos, siendo 35 los accidentes con incidencias.

Número de accidentes analizados x 100/ número total de los accidentes ocupacionales con material biológico ocurridos durante un año = $196 \times 100 / 196 = 100\%$

Objetivo: 80%

Número de accidentes analizados en los que se detectan incidencias con riesgos de seguridad x 100/número total de accidentes analizados por incidencias = $13 / 39 \times 100 = 33.33\%$

Número de accidentes analizados en los que se detectan incidencias con riesgos para la salud del trabajador x 100/número total de accidentes analizados por incidencias = $15 / 39 \times 100 = 38.46\%$

Número de incidencias relacionadas con las peticiones de laboratorio x 100/ número de peticiones de laboratorio realizadas en todos los accidentes ocupacionales con material biológico = $13 / 39 \times 100 = 33\%$

Número de intervenciones formativas realizadas x 100/número total de actividades informativas y formativas propuestas como medidas correctivas = $35 / 35 \times 100 = 100\%$

Objetivos: 80%

Medidas correctivas implementadas en 1 año x 100/ número total de medidas correctivas propuestas = $28 / 39 \times 100 = 71\%$

Objetivo: 70%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han detectado dos puntos críticos en la gestión del accidente:

1.- el desconocimiento y desinformación del procedimiento vigente en el sector, del que deriva una asistencia incompleta o inadecuada del trabajador asistido, y la repercusión sobre su salud .

2.- el desconocimiento del manejo de los materiales de bioseguridad introducidos en el sector, que exigen un mínimo aprendizaje.

En base a lo anterior, queda pendiente el aspecto formativo. Valoramos la necesidad de difundir y formar correctamente a los profesionales en estos dos aspectos, para minimizar, por un lado, el riesgo de exposición a material biológico con un uso correcto de los mecanismos de bioseguridad, y por otro lado, mejorar la asistencia integral del accidente biológico con los recursos disponibles en el momento actual, entre los que se incluyen la gammaglobulina específica frente a la hepatitis B, la detección cualitativa rápida de VIH, y el tratamiento antirretroviral frente a VIH (TAR), que son muy adecuados para tratarlo correctamente.

En base a estas conclusiones, nos planteamos un nuevo proyecto de calidad que dé continuidad a lo ya iniciado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1157

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1157 ===== ***

Nº de registro: 1157

Título
MEJORA DE LA GESTION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
ZUECO GARCIA ELENA, SANTAMARIA MORENO LUCIA, ACHA AIBAR BEATRIZ, GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA, SIMON MELCHOR LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Patología infecciosa de transmisión ocupacional por accidente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En enero de 2015 se elaboró un procedimiento de actuación ante el accidente ocupacional con material biológico. Se trata de un procedimiento complejo de gestión porque requiere varias intervenciones por parte de los trabajadores implicados, supervisores, facultativos, laboratorios, etc y que además, realizamos de forma complementaria el servicio de Prevención de Riesgos Laborales y el servicio de Urgencias, que atiende al trabajador afectado fuera de nuestro horario laboral.

En base a la experiencia de estos años, se han detectado deficiencias en la gestión sobre todo en determinadas actuaciones del proceso, probablemente debidas a la falta de información y formación, introducción de materiales de bioseguridad, introducción del volante electrónico de petición de laboratorios, presión asistencial, rotación del personal, acceso de nuevos trabajadores al sector, etc, que conllevan un incremento del esfuerzo y tutela por parte de los integrantes de este servicio de Prevención, con una asistencia más dificultosa al trabajador. Consideramos importante mejorar esta gestión para garantizar la actuación adecuada en todos los casos, con rapidez y eficiencia, entendiendo que es una prioridad de la organización la búsqueda de unos niveles óptimos de seguridad y salud de los trabajadores que la integran.

RESULTADOS ESPERADOS

La población a quién va dirigido este proyecto de mejora son los trabajadores del sector sanitario Zaragoza III, esperando conseguir una mayor calidad en la asistencia en este tipo de accidentes mediante los siguientes objetivos:

- Detección de puntos críticos o de especial dificultad o de mayor número de fallos, mediante el registro de las incidencias ocurridas en las diferentes fases del procedimiento.
- Establecer mejoras con medidas correctivas.

MÉTODO

- Crear un equipo de trabajo multidisciplinar para realizar el registro y análisis de las incidencias ocurridas en la gestión de los accidentes durante un año.
- Determinar qué incidencias en la gestión del procedimiento deben ser corregidas con rapidez por sus especiales consecuencias en el aspecto de seguridad o salud de los trabajadores afectados.
- Obtener información por medio de:
 - registro de las incidencias analizadas
- entrevistas a las personas involucradas: trabajadores, supervisores, personal de laboratorio, del servicio de Urgencias
- Analizar la información y determinar las causas de las incidencias o fallos en el proceso mediante reunión quincenal
- Definir acciones correctivas
- Implantar las acciones correctivas
- Documentar todo el proceso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1157

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

INDICADORES

Número de accidentes analizados por incidencias en la gestión de los mismo x 100/ número total de los accidentes ocupacionales con material biológico ocurridos durante un año
Objetivo: 80%

Número de accidentes analizados en los que se detectan riesgos de seguridad x 100/número total de accidentes analizados por incidencias
Objetivo : 95%

Número de accidentes analizados en los que se detectan riesgos para la salud del trabajado x 100r/número total de accidentes analizados por incidencias
Objetivo:95%

Número de intervenciones formativas realizadas x 100/número total de actividades informativas y formativas propuestas como medidas correctivas
Objetivos: 80%

Medidas correctivas implementadas en 1 año x 100/ número total de medidas correctivas propuestas
Objetivo: 70%

Número de incidencias relacionadas con las peticiones de laboratorio x 100/ número de peticiones de laboratorio realizadas en todos los accidentes ocupacionales con material biológico
Objetivo: 85%

DURACIÓN

La duración prevista es la de un año natural desde el comienzo del proyecto, 31 de marzo de 2019, siendo los responsables de su implantación el equipo de mejora, mediante las reuniones quincenales para revisar los registros y proponer medidas correctivas, que se implementarán según calendario que se elabore en dichas reuniones quincenales, Estas medidas correctivas se establecerán de forma inmediata o a medio plazo, según la valoración de los riesgos de seguridad y salud derivados de las incidencias en la gestión de los accidentes.
Fecha inicio proyecto de mejora: 31 de marzo de 2019
Fecha prevista de finalización del proyecto 31 de marzo de 2020
Evaluación intermedia del proyecto a los 6 meses del comienzo y final en los últimos 15 días del proyecto.

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 - 2016/0003

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.
1. 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 - 2018/0282

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE BLANCA OBON AZUARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONAGA SERRANO BEATRIZ
VELILLA SORIANO CARMEN
GAMARRA CALVO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han analizado todos los pacientes en los que se ha empleado DMD durante el año 2018.
Se ha analizado la adecuación de su indicación según los diferentes documentos de referencia.
Se han impartido 3 sesiones clínicas
Se ha elaborado un tríptico con las principales indicaciones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% pacientes en los que se ha prescrito DMD de acuerdo con las indicaciones establecidas/ total de pacientes donde se ha empleado la DMD= 75%

pacientes en los que se ha empleado DMD únicamente /total de pacientes con sedación= 92%

% pacientes en los que se ha empleado DMD existiendo alguna CI/ total de pacientes en los que se ha empleado DMD=3%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena valoración general
Se está estudiando los factores que originan la variabilidad de su prescripción en nuestro entorno (pte de análisis estadístico)

7. OBSERVACIONES.
No

*** ===== Resumen del proyecto 2018/282 ===== ***

Nº de registro: 0282

Título
OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Autores:
OBON AZUARA BLANCA, BONAGA SERRANO BEATRIZ, VELILLA SORIANO CARMEN, GAMARRA CALVO SARA

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 patologías que requieran sedación, o que provoquen delirium
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sedación en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva constituye un tratamiento para mejorar el confort, optimizar la tolerancia a la misma y proporcionar una disminución del dolor, la agitación y estrés (1).

La dexmedetomidina (DMD) es fármaco aprobado desde 2011 por la EMA con indicación en pacientes adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0282

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

ingresados en los SMI que requieren una sedación de corta duración o bien una sedación secuencial (2). Además la literatura indica que puede reducir el riesgo de aparición de delirium en el paciente crítico se encuentra indicado en el control del delirium (3). Resulta de gran utilidad, al poseer una vida media más corta que otros fármacos de la misma familia, no provocar efecto rebote al suspender su administración, y no precisar ajuste de dosis en insuficiencia renal. Se trata de un fármaco agonista superselectivo de los receptores alfa 2-adrenérgicos, tan efectivo como los sedantes tradicionales, sin existir en la actualidad suficiente evidencia científica para apoyar su empleo sistemático. Los estudios en los que se justifica su empleo cuentan con importantes sesgos de publicación, y hasta el momento no existe una evidencia sobre el efecto de la reducción en la mortalidad total (4), en estancia en UCI (5) o en la dosis de opiáceos (6) o en la de benzodiazepinas en el caso de delirium (7). Cuando diversas agencias de evaluación de tecnologías (8,9) evaluaron el coste-efectividad y la evidencia de su empleo en UCI, se apreció que la DMD reducía los costes totales de hospital y los costes en UCI. Sin embargo, cuando se evaluaron los beneficios en términos de tiempo de estancia en UCI, o tiempo de estancia hospitalaria total, los resultados no fueron consistentes, con una ganancia muy limitada de AVAC. A pesar de todo lo mencionado existen publicaciones y documentos de Consenso de la Sociedad de Medicina Intensiva donde se recomienda su empleo en determinadas situaciones, por lo que es preciso delimitar bien sus indicaciones para realizar una prescripción adecuada de este fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS

Analizar todos los pacientes en los que se ha empleado DMD utilizando un cuestionario elaborado ad hoc donde se registran todas las indicaciones recomendadas y las contraindicaciones.
Estudiar la variabilidad de su recomendación en nuestro entorno.
Promover la prescripción adecuada de DMD.

MÉTODO

Establecer unas indicaciones de su adecuada prescripción en nuestro ámbito.
Realizar sesiones informativas donde se promueva su prescripción de acuerdo con las indicaciones firmemente establecidas.

INDICADORES

% pacientes en los que se ha prescrito DMD de acuerdo con las indicaciones establecidas/ total de pacientes donde se ha empleado la DMD. Valor del indicador > 50%
% pacientes en los que se ha empleado DMD únicamente /total de pacientes con sedación. Valor del indicador > 90%
% pacientes en los que se ha empleado DMD existiendo alguna CI/ total de pacientes en los que se ha empleado DMD. Valor del indicador < 5%

DURACIÓN

Periodo de estudio 2017-2019.
Selección de las variables mayo-junio 2018
Selección de los pacientes julio-sept 2018
Análisis de los pacientes y variables resultado octubre-diciembre 2018
Redacción de las indicaciones en nuestro entorno enero-febrero 2019
Difusión en sesión marzo 2019
Reevaluación pacientes abril-septiembre 2019
Análisis de la situación y análisis comparativo octubre-diciembre 2019

OBSERVACIONES

No

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 - 2018/0282

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 03/03/2019

2. RESPONSABLE BLANCA OBON AZUARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONAGA SERRANO BEATRIZ
GAMARRA CALVO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han analizado todos los pacientes en los que se ha empleado DMD durante el año 2018.
Se ha analizado la adecuación de su indicación según los diferentes documentos de referencia.
Se han impartido 3 sesiones clínicas
Se ha elaborado un tríptico con las principales indicaciones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% pacientes en los que se ha prescrito DMD de acuerdo con las indicaciones establecidas/ total de pacientes donde se ha empleado la DMD= 75%

pacientes en los que se ha empleado DMD únicamente /total de pacientes con sedación= 92%

% pacientes en los que se ha empleado DMD existiendo alguna CI/ total de pacientes en los que se ha empleado DMD=3%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena valoración general
Se han logrado unificar los criterios de indicación de ttº con DMD
Se está estudiando los factores que originan la variabilidad de su prescripción en nuestro entorno (pte de análisis estadístico)

7. OBSERVACIONES.
NO

*** ===== Resumen del proyecto 2018/282 ===== ***

Nº de registro: 0282

Título
OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Autores:
OBON AZUARA BLANCA, BONAGA SERRANO BEATRIZ, VELILLA SORIANO CARMEN, GAMARRA CALVO SARA

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 patologías que requieran sedación, o que provoquen delirium
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sedación en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva constituye un tratamiento para mejorar el confort, optimizar la tolerancia a la misma y proporcionar una disminución del dolor, la agitación y estrés (1).

La dexmedetomidina (DMD) es fármaco aprobado desde 2011 por la EMA con indicación en pacientes adultos ingresados en los SMI que requieren una sedación de corta duración o bien una sedación secuencial (2). Además

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0282

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

la literatura indica que puede reducir el riesgo de aparición de delirium en el paciente crítico se encuentra indicado en el control del delirium (3). Resulta de gran utilidad, al poseer una vida media más corta que otros fármacos de la misma familia, no provocar efecto rebote al suspender su administración, y no precisar ajuste de dosis en insuficiencia renal.

Se trata de un fármaco agonista superselectivo de los receptores alfa 2-adrenérgicos, tan efectivo como los sedantes tradicionales, sin existir en la actualidad suficiente evidencia científica para apoyar su empleo sistemático. Los estudios en los que se justifica su empleo cuentan con importantes sesgos de publicación, y hasta el momento no existe una evidencia sobre el efecto de la reducción en la mortalidad total (4), en estancia en UCI (5) o en la dosis de opiáceos (6) o en la de benzodiacepinas en el caso de delirium (7).

Cuando diversas agencias de evaluación de tecnologías (8,9) evaluaron el coste-efectividad y la evidencia de su empleo en UCI, se apreció que la DMD reducía los costes totales de hospital y los costes en UCI. Sin embargo, cuando se evaluaron los beneficios en términos de tiempo de estancia en UCI, o tiempo de estancia hospitalaria total, los resultados no fueron consistentes, con una ganancia muy limitada de AVAC.

A pesar de todo lo mencionado existen publicaciones y documentos de Consenso de la Sociedad de Medicina Intensiva donde se recomienda su empleo en determinadas situaciones, por lo que es preciso delimitar bien sus indicaciones para realizar una prescripción adecuada de este fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS

Analizar todos los pacientes en los que se ha empleado DMD utilizando un cuestionario elaborado ad hoc donde se registran todas las indicaciones recomendadas y las contraindicaciones.

Estudiar la variabilidad de su recomendación en nuestro entorno.

Promover la prescripción adecuada de DMD.

MÉTODO

Establecer unas indicaciones de su adecuada prescripción en nuestro ámbito.

Realizar sesiones informativas donde se promueva su prescripción de acuerdo con las indicaciones firmemente establecidas.

INDICADORES

% pacientes en los que se ha prescrito DMD de acuerdo con las indicaciones establecidas/ total de pacientes donde se ha empleado la DMD. Valor del indicador > 50%

% pacientes en los que se ha empleado DMD únicamente /total de pacientes con sedación. Valor del indicador > 90%

% pacientes en los que se ha empleado DMD existiendo alguna CI/ total de pacientes en los que se ha empleado DMD. Valor del indicador < 5%

DURACIÓN

Periodo de estudio 2017-2019.

Selección de las variables mayo-junio 2018

Selección de los pacientes julio-sept 2018

Análisis de los pacientes y variables resultado octubre-diciembre 2018

Redacción de las indicaciones en nuestro entorno enero-febrero 2019

Difusión en sesión marzo 2019

Reevaluación pacientes abril-septiembre 2019

Análisis de la situación y análisis comparativo octubre-diciembre 2019

OBSERVACIONES

No

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 - 2018/0591

1. TÍTULO

PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE LETICIA FERNANDEZ SALVATIERRA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BARCELO CASTELLO MIREIA
MILLAN TARATIEL PAULA
PASCUAL BIELSA ANA
LUQUE GOMEZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza un estudio observacional prospectivo mediante un estudio de prevalencia.

Se recogen, durante los meses mayo y junio de 2018, variables epidemiológicas y características del Soporte Nutricional Especializado (SNE) de los diferentes pacientes ingresados con estas dos características:

- Paciente con ingreso de más de 48 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos quirúrgica
- Inicio de cualquier Soporte Nutricional (excluida fluidoterapia)

Durante los meses de septiembre y diciembre de 2018 se realiza un análisis de los datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la recogida de variables epidemiológicas y de las características de SNE de los diferentes pacientes ingresados, obtenidos de nuestros datos locales, se compara con los estándares nacionales y guías de práctica clínica (GPC). Para ello, contamos con tres indicadores:

1. Medición del porcentaje de enfermos en los que se inicia Nutrición Enteral (NE) de manera precoz (24-48horas iniciales). Uno de los objetivos del proyecto es que la NE de manera precoz se aplique en el 100% de los pacientes.

$$\frac{\text{Nº de enfermos con NE e inicio precoz}}{\text{Nº de enfermos con NE}} \times 100$$

2. Medición del porcentaje de hiperglucemias >300mg/dl para establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a reducirlas al máximo. Uno de los objetivos del proyecto es que las hiperglucemias >300mg/dl sean inferiores al 5%.

$$\frac{\text{Nº total de determinaciones de glucemia con valor > 300mg/dl}}{\text{Nº total de determinaciones de glucemia realizadas}} \times 100$$

3. Medición del porcentaje de hipoglucemias graves para establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a reducirlas al máximo. Uno de los objetivos del proyecto es que el porcentaje de hipoglucemias sea inferior al 0.5%.

$$\frac{\text{Nº total de determinaciones de glucemia con valor < 40mg/dl}}{\text{Nº total de determinaciones de glucemia realizadas}} \times 100$$

Tras el análisis de nuestros datos, los objetivos 1 y 3 están cumplidos, no siendo así con el objetivo 2. En el estudio, hallamos un 8% de hiperglucemias >300mg/dl no alcanzando el objetivo de <5%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El único resultado que no está dentro de los objetivos es el número de glucemias >300mg/dl. Como objetivo se marcó que tendría que ser inferior a 5% y en nuestro estudio, el porcentaje es de un 8%.

Es necesario establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a cumplir objetivos, como por ejemplo más controles glucémicos al día o modificar la pauta de insulina en pacientes de riesgo.

Esta medida ya se está implementando con el fin de obtener unos niveles de glucemia adecuados en el paciente crítico, sin olvidar los otros dos objetivos, que aunque están alcanzados hay que tenerlos presentes.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0591

1. TÍTULO

PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO

*** ===== Resumen del proyecto 2018/591 ===== ***

Nº de registro: 0591

Título
PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO

Autores:
FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA, BARCELO CASTELLO MIREIA, MILLAN TARATIEL PAULA, PASCUAL BIELSA ANA, LUQUE GOMEZ PILAR

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 con nutrición artificial
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La adecuación del Soporte Nutricional Especializado (SNE) en el paciente crítico tiene implicaciones en la morbilidad y el pronóstico. Las guías de práctica clínica (GPC) son una herramienta importante para los profesionales sanitarios en la práctica diaria habitual y un método de consulta para el tratamiento correcto de los pacientes. Asimismo, la evidencia sigue siendo baja y existen controversias importantes respecto al SNE en el paciente crítico.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende:
- Conocer la situación actual de la praxis respecto a la SNE en nuestro ámbito local
- Conocer la práctica del SNE y poder desarrollar estrategias para disminuir la probable baja adherencia a las GPC en nuestro ámbito, y así mejorar la calidad asistencial.
- Conocer el impacto de las GPC en SNE y el grado de adherencia en la práctica habitual

MÉTODO
Se realiza un estudio observacional prospectivo mediante un estudio de prevalencia.
Recogida de variables epidemiológicas y de las características de SNE de los diferentes pacientes ingresados.
Seguimiento de las prácticas nutricionales y complicaciones.

INDICADORES
- EVALUACIÓN: Obtención de nuestros datos locales y comparación con los estándares nacionales.
Comparación de los mismos con los datos de las GPC
- INDICADORES:
* Medir el porcentaje de enfermos en los que se inicia Nutrición Enteral (NE) de manera precoz (24-48horas iniciales)--> 100%

Nº de enfermos con NE e inicio precoz
----- x 100
Nº de enfermos con NE

* Medir el porcentaje de hiperglucemias >300mg/dl para establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a reducirlas al máximo --> <5%

Nº total de determinaciones de glucemia con valor> 300mg/dl
----- x 100

Nº total de determinaciones de glucemia realizadas

* Medir el porcentaje de hipoglucemias graves para establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a reducirlas al máximo--> 0.5%

Nº total de determinaciones de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0591

1. TÍTULO

PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO

glucemia con valor<40mg/dl
----- x 100
Nº total de determinaciones de
glucemia realizadas

DURACIÓN

FECHA DE INICIO: ABRIL 2018
FECHA DE FINALIZACIÓN: FEBRERO 2019

- * Creación del grupo de trabajo: Abril 2018
- * Recogida de datos: Mayo-junio 2018
- * Análisis: Septiembre- Octubre 2018
- * Difusión en sesión clínica: Enero-Febrero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0630

1. TÍTULO

LTSV: NO INGRESO EN UCI

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE MIREIA BARCELO CASTELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL
MORA RANGIL PATRICIA
MILLAN TARATIEL PAULA
JIMENEZ RIOS MARIA
EDROSO JARNE PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se desarrolló un registro de decisión de LTSV donde se recogieron diferentes items como fecha de ingreso, fecha en que se consultó a la UCI, edad del paciente, diagnóstico y comorbilidades, motivo de la LTSV, años de experiencia profesional del médico intensivista que decidió la LTSV y si la decisión fue unilateral o consensuada por otros profesionales.

Se recogieron en dicho registro todos aquellos pacientes a los que se decidió la limitación de soporte vital con la decisión de no ingreso en UCI durante un intervalo de tiempo de 4 meses, de mayo a agosto del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se obtuvo una muestra de 21 pacientes a los que se les realizó una Limitación del tratamiento de soporte vital consistente en el No ingreso en UCI. 9 pacientes fueron mujeres y 12 varones. El 100% presentaban un estado funcional previo de restricción severa de la actividad (incluyendo encamamiento) por enfermedad. Así mismo el 100% de los pacientes presentaron un índice Karnofski igual o menor a 50, indicando un elevado riesgo de mortalidad en los siguientes 6 meses. 19 pacientes presentaron 4 o más enfermedades previas asociadas siendo las más prevalentes la insuficiencia cardiaca, EPOC, Diabetes e insuficiencia renal. Los 3 restantes, presentaron 3 enfermedades previas asociadas (EPOC, DM e IC). La decisión de LTSV estuvo apoyada en el 100% de los casos por más de un motivo siendo los más prevalentes los de la enfermedad crónica severa previa, limitación funcional previa, edad y futilidad del tratamiento. La decisión de No ingreso en UCI fue tomada en el 81% de los casos durante el turno de guardia (estando presente el médico de la guardia) y el 19% restante se tomó durante el turno de mañanas. En todos los casos, la decisión fue consensuada por todo el equipo asistencial (ya fuera el resto del equipo de UCI o bien el médico responsable del paciente antes de la llamada a UCI) conjuntamente con la familia del paciente. No hubo desacuerdo (en la decisión de LTSV de No ingreso en UCI) con la familia o con el médico del servicio de origen en ninguno de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras el estudio observacional se ha podido objetivar que la decisión de LTSV de No ingreso en UCI Se realiza con más frecuencia en pacientes con comorbilidad grave asociada y en pacientes con una funcionalidad previa muy deteriorada. Se suele llevar a cabo con la decisión consensuada del equipo asistencial junto con la familia. El estudio se ha podido concluir tras los 4 meses de recogida de pacientes y sin quedar pendiente ninguna actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/630 ===== ***

Nº de registro: 0630

Título
LTSV: NO INGRESO EN UCI

Autores:
BARCELO CASTELLO MIREIA, FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA, JIMENEZ RIOS MARIA, MORA RANGIL PATRICIA, MILLAN TARATIEL PAULA, BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL, EDROSO JARNE PALOMA

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: Limitación del tratamiento de soporte vital

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0630

1. TÍTULO

LTSV: NO INGRESO EN UCI

Línea Estratégica : Adecuación
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad se han reconocido múltiples derechos de los enfermos críticos tales como el derecho a recibir una atención de calidad, derecho para tomar decisiones sobre los tratamientos de soporte vital (sobre su indicación, aceptación, intensidad, duración...) y el derecho de una atención paliativa de calidad en caso necesario.

Es por ello que ante el ingreso de un paciente en el hospital, con riesgo significativo de muerte o de estancia prolongada, tras una valoración interdisciplinaria de todo el equipo asistencial, se debe consensuar con el paciente y/o sus familiares, los cuidados que desea recibir.

Las decisiones de limitar el ingreso en UCI a la población hospitalaria son una de las decisiones más arduas y complicadas que se debe tomar en el ámbito de la medicina intensiva. Ampliar los conocimientos adquiridos a través de un estudio de estas características representa importante herramienta de gestión, debido al principio de justicia distributiva, y una adecuación de la praxis médica en este aspecto, así como el desarrollo de herramientas que nos ayuden a la toma de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos del proyecto son
-Desarrollar un sistema de registro de decisión de LTSV y no ingreso en UCI
-Conocer las características epidemiológicas y clínicas de la población a la que se le realiza una LTSV consistente en no ingreso en UCI.
-Averiguar aspectos que en la práctica clínica diaria pasan desapercibidos en este sentido
-Minimizar la heterogeneidad mostrada en este tipo de decisiones entre los diferentes profesionales sanitarios que interactúan en la toma de la decisión.
-Homogeneizar la práctica clínica de estas decisiones garantizando la adecuación del tratamiento de soporte vital.
-Identificar los nexos comunes en las decisiones de LTSV de NO ingreso en UCI.

MÉTODO

Estudio observacional, prospectivo y analítico.
La muestra será todos los pacientes adultos valorados por el servicio de medicina intensiva (servicio extendido o equipo de guardia) que no son considerados subsidiarios de ingreso en UCI, como medida de LTSV.
Describir las características epidemiológicas y médicas de los pacientes a los que se decide LTSV de No ingreso en UCI.
Se incluyen paradas cardíacas intrahospitalarias en las que se decide finalizar la reanimación por causas derivadas de las comorbilidades del enfermo.

INDICADORES

Los indicadores que se desean obtener son los siguientes:

- 1.- Exploración de la existencia de voluntades previas (DVA) de los pacientes a los que se les haya realizado una LTSV de no ingreso en UCI.
Pacientes con LTSV "no ingreso en UCI" con DVA/ total de pacientes con LTSV "no ingreso en UCI" > 90%
- 2.- Consenso de la decisión de LTSV entre miembros del conjunto asistencial > 90%
- 3.- Consenso de la decisión de LTSV entre miembros del conjunto asistencial y entre el paciente y/o la familia / representante legal > 90%

DURACIÓN

Fecha de inicio: 01/05/2018
Fecha de finalización: 30/09/2018
Recogida de datos durante todo el período que dure el estudio.
Análisis de datos: 1/10/2018 al 30/11/2018

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 - 2018/0630

1. TÍTULO

LTSV: NO INGRESO EN UCI

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1146

1. TÍTULO

MENOS ES MAS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN VELILLA SORIANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OBON AZUARA BLANCA
ZALBA ETAYO BEGOÑA
SANCHEZ POLO CARLOS
RIDRUEJO SAEZ RAQUEL
MUNARRIZ HINOJOSA JAVIER
ROYO PUERTO MILAGROS
HERNANDEZ ARENAZA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reuniones mensuales con la comisión de historias clínicas, donde se explica la evolución del desarrollo del proyecto, las actividades a realizar, y la aceptación por parte de los servicios.
- La propuesta de nuevo para este año 2019, como objetivo de la comisión, del procedimiento para la mejora continua de "evitar el exceso de papel".
- Sesión clínica en junio-2018 en el servicio de Medicina Intensiva donde se explica la puesta en marcha del proyecto, la difusión al resto del personal y la concienciación de la importancia en la utilización de los recursos disponibles como son los electrónicos, intentando no duplicar la documentación.
- Reuniones sucesivas y conversaciones telefónicas con el servicio de Informática para la solución de problemas técnicos de mejora antes de la puesta en marcha de la no impresión del informe de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, como es, la inclusión de todos los informes de alta del servicio de Medicina Intensiva en la intranet hospitalaria y no que solo conste el último del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Importante mejoría en la no impresión de analíticas ni otras pruebas complementarias, utilizando más el formato electrónico y mayor uso de los recursos informáticos en el trabajo diario.
- Mejoría en la solicitud electrónica de pruebas complementarias, como analíticas y pruebas radiológicas, quedando pendiente de resolver la no impresión de solicitudes al servicio de microbiología.
- Mejoría en las respuestas de las solicitudes de colaboración realizada desde la Unidad de Medicina Intensiva a otros servicios, de tal manera que cada vez es más utilizado el formato electrónico que el formato papel, aunque todavía queda pendiente de mejorar ya que no todos los profesionales cuentan con clave para poder utilizar el formato electrónico de la Unidad.
- Menor uso y menor necesidad de impresión de pegatinas de identificación clínica para el trabajo diario, ya que en la actualidad su uso es muy infrecuente.
- Durante el ingreso del paciente en la Unidad son muy pocos los documentos que se guardan en papel, excepto ECG, alguna solicitud de colaboración, resguardo del banco de sangre, por lo que al alta es muy poca la documentación que es necesaria incluir dentro del sobre de la historia clínica.
- Mejoría en el formato electrónico de la historia clínica de la Unidad, ya que es posible la visualización de todos los informes del alta, y no solo del último del paciente.
- Mejoría en la visualización de los informes de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos en la intranet clínica, ya que anteriormente solo era posible la visualización del último ingreso en la misma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha conseguido su objetivo en la reducción del papel y en evitar la duplicidad de documentación consiguiendo sus indicadores, excepto en el caso del informe del alta de la Unidad, que queda pendiente de realizar, ya que no ha sido posible hasta enero de este año la inclusión de todos los informes de alta de la misma en la intranet clínica, por lo que se han seguido imprimiendo, ya que si el paciente ingresaba en más de una ocasión, se perdía el informe antiguo quedando solo el alta reciente. Pendiente también, si fuese posible la obtención en formato electrónico del informe de cuidados y alta de enfermería de la Unidad para no tener que imprimirlo al alta de la misma.

7. OBSERVACIONES.

Para la creación de este proyecto sirvió de base el realizado en el servicio de Urgencias del hospital para evitar el exceso de papel y a su vez se pretende que con el mismo pueda servir para la concienciación y difusión de las medidas al resto de servicios.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1146 ===== ***

Nº de registro: 1146

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1146

1. TÍTULO

MENOS ES MAS

Título
MENOS ES MAS

Autores:
VELILLA SORIANO CARMEN, OBON AZUARA BLANCA, ZALBA ETAYO BEGOÑA, SANCHEZ POLO CARLOS, RIDRUEJO SAEZ RAQUEL, MUNARRIZ HINOJOSA JAVIER, ROYO PUERTO MILAGROS, 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: Patología crítica.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad se ha objetivado la existencia de un exceso de papel en la Historia Clínica de los pacientes. Este hecho resulta de vital importancia porque cuenta con implicaciones económicas, pero sobre todo con repercusiones en la asistencia sanitaria. Existe una gran cantidad de documentación en formato papel ocupada por documentos que ya existen en formato electrónico. Todo ello puede dar lugar a confusión, errores en la atención médica, retrasos en la obtención precisa de la información, y por tanto en la valoración y adecuación del tratamiento, poniendo en peligro la seguridad del paciente. Además supone un mayor tamaño de la historia en formato papel, con la necesidad cada vez mayor de espacio para el almacenaje de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
En el servicio de Medicina Intensiva se dispone de formato electrónico para la realización de la historia clínica, petición de radiología y analítica, la impresión del papel debiera de ser a priori muy escasa, por ello nos proponemos valorar cuales son estas necesidades de impresión y donde se puede incidir en la reducción de las mismas.

Se pretende lograr con este proyecto utilizar el formato papel únicamente en los casos en los que no se encuentre disponible el formato electrónico, disminuir su consumo, evitar la duplicidad de los documentos, uniformizar el acceso a la información y evitar con ello los problemas relacionados con la seguridad del paciente. Siendo, el objetivo fundamental, la no duplicidad de los documentos, intentando disminuir la historia clínica en formato papel.

MÉTODO
No imprimir analíticas, ni otras pruebas complementarias que puedan obtenerse en formato electrónico. Si es necesario imprimirlas, no guardarlas en la historia clínica, desecharlas en el contenedor "Confidencial" facilitado para ello.
No realizar solicitudes en formato papel si su realización es posible en formato electrónico.
No imprimir el informe de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos si el paciente es destinado a un servicio en el cual es posible obtenerlo en formato electrónico, si el paciente va destinado a un servicio fuera del ámbito hospitalario en el que no sea posible su valoración electrónica, se realizará la impresión.
Las contestaciones de colaboración de otros servicios dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos, deberán incluirse dentro de su historia clínica, mediante la utilización del programa electrónico propio del Servicio de Medicina Intensiva, en una hoja de colaboración ad hoc destinada para ello.
En el momento del alta de la UCI, tanto las pegatinas de identificación del paciente que no hayan sido utilizadas, como otros documentos en formato papel que no sean necesarios para su seguimiento posterior, se desecharán en el contenedor "confidencial" facilitado para ello, y no serán guardados en la historia clínica.
Se informará a los distintos servicios del hospital de la implementación de este proyecto de mejora en el Servicio de Medicina Intensiva.

INDICADORES
-Nº de documentos clínicos en formato papel/nº total de documentos clínicos (papel + electrónico) < 40%.
-Nº pruebas complementarias en formato papel/nº pruebas complementarias totales (papel + electrónico) < 10%.
-Nº de solicitudes de exploraciones complementarias encontradas en formato papel que es posible su realización en formato electrónico. Ninguna.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1146

1. TÍTULO

MENOS ES MAS

-Nº de informes de alta de UCI encontrados en formato papel/Nº de informes de alta de UCI total (formato papel + formato electrónico) < 10%.
-Nº de contestaciones de colaboración de otros servicios encontradas en formato papel/ Nº de colaboraciones en total (formato papel + formato electrónico) < 10%
- Nº de pegatinas de identificación del paciente así como otros documentos encontrados en formato papel que no sean necesarios para el seguimiento evolutivo del paciente encontrados en la historia clínica fuera del episodio de ingreso en UCI < 10 (hojas de pegatinas + otros documentos).

DURACIÓN

Durante los meses Mayo-Septiembre 2018, se constituirá el equipo y se realizará la notificación al resto de servicios de hospital.
A partir de Octubre 2018, se implementarán las medidas señaladas y durante los meses Abril-Mayo 2019 se monitorizarán los resultados mediante una evaluación de los indicadores mencionados entre las historias clínicas seleccionadas de forma aleatoria de los pacientes dados de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos para comprobar si es posible su obtención.

OBSERVACIONES

Se está revisando si es posible la obtención en formato electrónico del informe de cuidados y alta de enfermería de la UCI que actualmente se realiza en papel. Si fuese posible también su obtención de forma informatizada sería también incluido en este proyecto junto con el alta medica.

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 - 2018/1286

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE MARTA VICENTE LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RONCAL SOLA SUSANA
RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN
LATORRE NAVASCUEZ RUT
GAGO GALLEGO NURIA
BRETON PEREZ ROSANA
RAMOS ABRIL VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, ABRIL 2018.
REUNIONES CON EL EQUIPO DE MEJORA PARA ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ABRIL-MAYO 2018.
ENVIO DEL PROCEDIMIENTO A LA UNIDAD DE CALIDAD, JUNIO 2018.
PENDIENTE DE REVISIÓN POR LA UNIDAD Y COMISIÓN DE CALIDAD, FEBRERO 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A LA ESPERA DE LA APROBACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA FORMAR A LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A LA ESPERA DE LA APROBACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA FORMAR A LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1286 ===== ***

Nº de registro: 1286

Título
IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

Autores:
VICENTE LOPEZ MARTA, RONCAL SOLA SUSANA, RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN, LATORRE NAVASCUEZ RUT, GAGO GALLEGO NURIA, BRETON PEREZ ROSANA, RAMOS ABRIL VANESA

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
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El catéter Swan-Ganz, es un catéter ampliamente empleado en las UCIs. El cual permite monitorizar la función cardiovascular en pacientes en estado crítico valorar la respuesta al tratamiento médico. Con los datos derivados de las mediciones pueden evaluarse las funciones ventriculares izquierda y derecha, y lograr un diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de shock.

En la actualidad, en nuestra UCI, no existe ningún documento que marque unas directrices a la hora de insertar, mantener y retirar un catéter Swan-Ganz para que el personal de enfermería pueda apoyarse en él.

También nos hemos dado cuenta, que es escaso el personal de UCI, alrededor de un 20% que pueda preparar todo el material que conlleva la inserción del catéter, sin cometer fallos, sepa como se utiliza y que parámetros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1286

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

mide.

Por ello, una adecuada formación específica de los profesionales reducirá la variabilidad, fortalecerá la cultura de seguridad y disminuirá los errores a la hora de la preparación, mantenimiento, utilización y retirada de dicho catéter.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaboración de un procedimiento sobre la actuación de enfermería ante la insercción, mantenimiento y retirada del catéter Swan-Ganz.
Mejorar el grado de conocimiento del método en el personal de UCI.

MÉTODO

Busqueda de bibliografía por parte del equipo que elabora el procedimiento.

Realización de un procedimiento "Actuación de enfermería en la insercción, mantenimiento y retirada del catéter Swan-Ganz".

Sesiones-Talleres formativos del personal de enfermería de UCI con los diferentes componentes del equipo todo ello coordinado por el responsable del proyecto. Para ello se dispondrá de todo el material necesario para la insercción del catéter, monitores, etc..

Inclusión del procedimiento en soporte de papel en la documentación de enfermería de la UCI.

Inclusión del procedimiento en soporte informático.

INDICADORES

nº personal de enfermería que conocen el método correcto /nº personal de enfermería que trabaja en la UCI * 100

Estándar: 80-90% (por el movimiento de personal en la UCI).

DURACIÓN

Busqueda bibliográfica: MARZO-ABRIL 2018 (reuniones mensuales del equipo de mejora).
Elaboración de un procedimiento: ABRIL-MAYO 2018 (reuniones quincenales con el equipo de mejora).
Envío del procedimiento a la comisión de calidad para su aprobación: MAYO 2018.
Medición del grado de conocimiento del método antes de iniciar el proyecto de mejora: JUNIO 2018
Sesiones-Talleres formativos: JULIO-OCUBRE 2018.
Inclusión del procedimiento en soporte de papel e informático en la unidad: JUNIO 2018.
Evaluación del proyecto de mejora con el indicador arriba mencionado: ENERO-ABRIL 2019.

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 - 2018/1286

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LAINSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE MARTA VICENTE LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RONCAL SOLA SUSANA
RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN
LATORRE NAVASCUEZ RUT
GAGO GALLEGO NURIA
BRETON PEREZ ROSANA
RAMOS ABRIL VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PROCEDIMIENTO DE APOYO ABRIL DE 2019
SESIONES IMPARTIDAS A PROFESIONALES DE SERVICIOS INTENSIVOS JUNIO 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
TENER UN DOCUMENTO DE APOYO A LA HORA DE LA IMPLANTACIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATÉTER SWAN-GANZ.
EL PERSONAL HA LLEVADO A LA PRÁCTICA CON LA SESIÓN LA COLOCACIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATÉTER, FAMILIARIZÁNDOSE CON EL MATERIAL Y LOS PASOS CORRECTOS A SEGUIR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SESIONES ANUALES ANTES DE QUE COMIENZE EL PERIÓDO VACACIONAL PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1286 ===== ***

Nº de registro: 1286

Título
IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

Autores:
VICENTE LOPEZ MARTA, RONCAL SOLA SUSANA, RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN, LATORRE NAVASCUEZ RUT, GAGO GALLEGO NURIA, BRETON PEREZ ROSANA, RAMOS ABRIL VANESA

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
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El catéter Swan-Ganz, es un catéter ampliamente empleado en las UCIs. El cual permite monitorizar la función cardiovascular en pacientes en estado crítico valorar la respuesta al tratamiento médico. Con los datos derivados de las mediciones pueden evaluarse las funciones ventriculares izquierda y derecha, y lograr un diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de shock.

En la actualidad, en nuestra UCI, no existe ningún documento que marque unas directrices a la hora de insertar, mantener y retirar un catéter Swan-Ganz para que el personal de enfermería pueda apoyarse en él.

También nos hemos dado cuenta, que es escaso el personal de UCI, alrededor de un 20% que pueda preparar todo el material que conlleva la insercción del catéter, sin cometer fallos, sepa como se utiliza y que parámetros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1286

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LAINSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

mide.

Por ello, una adecuada formación específica de los profesionales reducirá la variabilidad, fortalecerá la cultura de seguridad y disminuirá los errores a la hora de la preparación, mantenimiento, utilización y retirada de dicho catéter.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaboración de un procedimiento sobre la actuación de enfermería ante la insercción, mantenimiento y retirada del catéter Swan-Ganz.
Mejorar el grado de conocimiento del método en el personal de UCI.

MÉTODO

Busqueda de bibliografía por parte del equipo que elabora el procedimiento.

Realización de un procedimiento "Actuación de enfermería en la insercción, mantenimiento y retirada del catéter Swan-Ganz".

Sesiones-Talleres formativos del personal de enfermería de UCI con los diferentes componentes del equipo todo ello coordinado por el responsable del proyecto. Para ello se dispondrá de todo el material necesario para la insercción del catéter, monitores, etc..

Inclusión del procedimiento en soporte de papel en la documentación de enfermería de la UCI.

Inclusión del procedimiento en soporte informático.

INDICADORES

nº personal de enfermería que conocen el método correcto /nº personal de enfermería que trabaja en la UCI * 100

Estándar: 80-90% (por el movimiento de personal en la UCI).

DURACIÓN

Busqueda bibliográfica: MARZO-ABRIL 2018 (reuniones mensuales del equipo de mejora).
Elaboración de un procedimiento: ABRIL-MAYO 2018 (reuniones quincenales con el equipo de mejora).
Envío del procedimiento a la comisión de calidad para su aprobación: MAYO 2018.
Medición del grado de conocimiento del método antes de iniciar el proyecto de mejora: JUNIO 2018
Sesiones-Talleres formativos: JULIO-OCUBRE 2018.
Inclusión del procedimiento en soporte de papel e informático en la unidad: JUNIO 2018.
Evaluación del proyecto de mejora con el indicador arriba mencionado: ENERO-ABRIL 2019.

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 - 2018/1408

1. TÍTULO

ADMINISTRACION DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL PACIENTE CRITICO

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE SUSANA RONCAL SOLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE LOPEZ MARTA
VELILLA SORIANO CARMEN
LATORRE NAVASCUEZ RUT
GAGO GALLEGO NURIA
BRETON PEREZ ROSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, FEBRERO-MARZO 2018
REUNIÓN CON EQUIPO DE MEJORA PARA ELABORAR UN PROCEDIMIENTO, MARZO-MAYO 2018.
ENVIO DEL PROCEDIMIENTO A LA UNIDAD DE CALIDAD, JUNIO 2018.
REVISIÓN DEL PROCEDIMIENTO POR UNIDAD DE CALIDAD (PILAR CASCÁN), SEPTIEMBRE 2018.
PENDIENTE DE REVISIÓN POR LA COMISIÓN DE CALIDAD PARA LA APROBACIÓN, ENERO 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A LA ESPERA DE LA APROBACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA PODER REALIZAR LAS SESIONES FORMATIVAS DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A LA ESPERA DE LA APROBACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA PODER REALIZAR LAS SESIONES FORMATIVAS DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1408 ===== ***

Nº de registro: 1408

Título
ADMINISTRACION DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL PACIENTE CRITICO

Autores:
RONCAL SOLA SUSANA, VICENTE LOPEZ MARTA, VELILLA SORIANO CARMEN, LATORRE NAVASCUEZ RUT, GAGO GALLEGO NURIA, BRETON PEREZ ROSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad se ha incorporado una nueva terapia respiratoria, la oxigenoterapia de alto flujo, en los pacientes críticos. El conocimiento de dicha terapia junto a sus distintos modos de tratamiento resulta de vital importancia para su administración en el paciente. Así mismo, las repercusiones económicas en la asistencia al paciente también son muy relevantes pues se revierten situaciones respiratorias sin tener que llegar a intervenciones más cruentas y/o evoluciones clínicas más prolongadas.
El desconocimiento por parte del personal de la existencia de los distintos modos de tratamiento y la aplicación de los mismos puede generar confusión, errores en la atención médica, equivocaciones a la hora de preparar el material adecuado para cada modo de terapia, retrasos en la aplicación del tratamiento, y por

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1408

1. TÍTULO

ADMINISTRACION DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL PACIENTE CRITICO

tanto en la valoración y adecuación del tratamiento, poniendo en peligro la seguridad del paciente. Dado que en la actualidad en el servicio de Medicina Intensiva se dispone de los medios necesarios para hacer efectivo el tratamiento de oxigenoterapia de alto flujo, nos proponemos valorar cuales son las necesidades de formación y donde se puede incidir en la reducción de errores a la hora de la administración de los distintos modos de dicha terapia.

RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto se pretende facilitar el acceso a la información de los distintos modos de terapia que existen, utilizar los medios para la administración del tratamiento de la oxigenoterapia de alto flujo de forma adecuada, y evitar con ello los problemas relacionados con la seguridad del paciente.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica por parte del equipo que elabora el proyecto.
- Realización del procedimiento "Administración de la oxigenoterapia de alto flujo en paciente críticos".
- Sesiones formativas a los profesionales de la unidad.
- Inclusión de los parámetros que se utilizan en la oxigenoterapia en el soporte informático de la uci.
- Inclusión del procedimiento en soporte informático.

INDICADORES

Número de profesionales formados: n° profesionales formados = n° profesionales formados / total de profesionales unidad X 100
Estándar: 80-90% (por el movimiento de personal en la Uci)

DURACIÓN

- FEBRERO-MARZO 2018: Revisión bibliográfica y reuniones del equipo de mejora
- ABRIL-JUNIO 2018: Elaboración del procedimiento. Reuniones del equipo de mejora. Envío del procedimiento a la comisión de calidad para su aprobación.
- JUNIO 2018: Medición del conocimiento del método antes de iniciar el proyecto de mejora.
- JULIO-OCTUBRE 2018: Sesiones formativas. Inclusión de los parámetros y del procedimiento en el soporte informático de la uci.
- NOVIEMBRE-ENERO 2019: Evaluación del proyecto de mejora.

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 - 2018/1441

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE NURIA MARTINEZ ABELLEIRA
· Profesión TCAE
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROYO PUERTO MILAGROS
VERGARA MAINAR ALICIA
VICEN CARNICER MARIA CARMEN
PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO
MINGUIJON GARCIA NEILA
PALACIOS LASECA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la primera fase del proyecto, el equipo de mejora elaboró un listado abarcando todas las técnicas que pueden llegar a realizarse, en la actualidad, en nuestra UCI. Estas, se distribuyeron de manera multidisciplinar entre los miembros del equipo, elaborando borradores que fueron puestos en común en las reuniones bimensuales.

Las dichas fueron diseñadas bajo un mismo formato;

- Definición
- Observaciones previas
- Posición del paciente
- Material de la técnica
- Notas y observaciones importantes
- Documento gráfico del material
- Limpieza si precisaba.

A la vez, se elaboró y distribuyó una encuesta para conocer cómo fue la llegada del personal a la unidad y si existía la necesidad de tener documentos de apoyo al trabajo diario. El 100% de personal apoyó el proyecto.

En la actualidad, se han ejecutado más del 83% de las fichas del proyecto quedando únicamente 5 que serán realizadas durante los meses de febrero a abril. A la vez se ha elaborado una encuesta, ad hoc, que será pasada entre el personal de nueva incorporación para conocer su grado de satisfacción con el proyecto.

El material didáctico está en post-producción pendiente de su impresión pero se encuentra disponible en soporte informático en los ordenadores de la unidad.

Todo el personal de enfermería, ha sido informado durante diferentes reuniones y correos de la existencia de este proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la actualidad se han elaborado 26 fichas, más del 80%, quedando pendiente 5 que serán realizadas por el equipo en los próximos meses.

Se ha diseñado y distribuido una encuesta a todo el personal TCAE de la unidad (fijo, interino y discontinuo). Se han repartido 35 encuestas, las cuales han sido contestadas por 27 personas alcanzando el objetivo marcado del 80% de encuestas contestadas. Queda pendiente distribuir las encuestas post-implantación del proyecto que dará a conocer el impacto del proyecto.

Durante los meses de elaboración de las fichas, los TCAES han recibido información en las diferentes reuniones de unidad y a través de correo. La mayor parte han manifestado el acierto en la confección de las fichas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La UCI es un entorno dinámico y en ocasiones muy estresante donde la respuesta debe ser inmediata. La mayor parte de las técnicas y el aparataje manejado son específicos de los cuidados críticos. Es importante tener estas fichas actualizadas para que sirvan de herramienta de trabajo fiable repercutiendo en la calidad, seguridad y eficacia de los cuidados proporcionados.

Si valoramos las encuestas contestadas por las TCAEs observaremos como más del 87% reflejó que su llegada a la unidad fue por lo menos complicada y estresante, que hasta el año no se sentían capaces de preparar el material de técnicas más complejas y que al 100% le hubiera gustado tener unas fichas donde poder consultar.

A través de este proyecto, el equipo se ha dado cuenta de la importancia que tiene facilitar la incorporación de nuevos profesionales a las unidades de cuidados críticos. Por ello se están elaborando manuales de acogida para los profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1441

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1441 ===== ***

Nº de registro: 1441

Título
IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

Autores:
MARTINEZ ABELLEIRA NURIA, ROYO PUERTO MILAGROS, VERGARA MAINAR ALICIA, VICEN CARNICER MARIA CARMEN, PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO, MINGUIJON GARCIA NEILA, PALACIOS LASECA MARTA

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 CRITICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: PRACTICA CLINICA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El trabajo en equipo en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se relaciona directamente con la eficacia, la calidad y la seguridad en el cuidado al paciente crítico.
Ante una situación de urgencia es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones.
Dentro los profesionales sanitarios que componen el equipo multidisciplinar en la UCI están las TCAES (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) junto con enfermeras/os y médicas/os.
En la UCI MÉDICA del Hospital Clínico están en rueda 25 TCAES en turno rotatorio de mañana tarde y noche, más dos en turno fijo; personal con alto grado de rotabilidad. No se exige formación específica en la incorporación a la unidad.
Es tarea de la TCAE preparar el material utilizado en las múltiples técnicas, teniendo en cuenta el continuo avance científico con la incorporación de nuevos equipos.
Con frecuencia las actuaciones en la UCI son urgentes y muy específicas.
La TCAE tiene que conocer el material, la ubicación y el mantenimiento para dar respuesta óptima a las necesidades del paciente crítico.
En la actualidad la unidad no dispone de soportes de apoyo en los temas a tratar siendo el medio de puesta al día el "boca a boca" y recurrir a las compañeras más veteranas.
Por todo ello es necesario incluir en la unidad fichas en soporte informático y papel que desarrollen todo el material de las técnicas más importantes que se realizan y tareas específicas de la TCAE en la UCI.
Una adecuada formación específica de los profesionales reduce la variabilidad de los resultados, mejora la calidad de los cuidados proporcionados, fortalece la cultura de la seguridad y disminuye las posibles complicaciones relacionadas con la técnica; además reduce el estrés y aumenta la satisfacción laboral.

RESULTADOS ESPERADOS
Ampliar y mejorar la formación de personal TCAE en el ámbito de los cuidados intensivos.
Disminuir la variabilidad de la práctica clínica en los cuidados realizados por la TCAE.
Disminuir la ansiedad del personal TCAE de nueva incorporación en la UCI.

MÉTODO
Listado de las técnicas que se realizan en UCI MÉDICA.
Elaboración de las fichas de material de las diferentes técnicas.
Información y difusión de las fichas en sesiones a los profesionales implicados.
Incorporación en los soportes informáticos de la unidad.
Entregar encuestas de satisfacción antes y después de la implantación de las fichas de material..

INDICADORES
ELABORACIÓN = DEL 80% DE LAS FICHAS CORRESPONDIENTES A LAS TÉCNICAS DE UCINUMERO DE TCAES QUE RECIBEN INFORMACIÓN (CONOCIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO) / NÚMERO TOTAL DE TCAES EN LA UNIDAD X 100 = 100%GRADO DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1441

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

SATISFACCIÓN: NUMERO DE ENCUESTAS CONTESTADAS POR TCAES/
NÚMERO TOTAL DE TCAES X100 = 80%

DURACIÓN

Los componentes del equipo serán partícipes de forma equitativa en las diferentes actividades siendo coordinadas por el responsable del proyecto. NOVIEMBRE - FEBRERO
Reunión bimensual del equipo de mejora.
Elaboración de listado de técnicas de las TCAES.
Distribución primer bloque de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Puesta en común.

FEBRERO-ABRIL

Reunión bimensual del equipo de mejora.
Distribución segundo bloque de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Puesta en común.

ABRIL- JUNIO

Reunión bimensual del equipo de mejora.
Distribución tercer bloque de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Puesta en común.

JUNIO-SEPTIEMBRE

Reunión bimensual del equipo de mejora.
Distribución cuarto bloque de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Puesta en común.

SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE

Reunión bimensual del equipo de mejora.
Distribución de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Elaboración y maquetación de las fichas definitivas.
Puesta en común.
Entregar encuestas antes de la implantación de las fichas.

DICIEMBRE

Difusión e información a los profesionales
Inclusión de las fichas en papel y soportes informáticos de la unidad .
Entregar encuestas tras la implantación de las fichas.
Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0040

1. TÍTULO

MEDICINA INTENSIVA POR EL COMPROMISO CON LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE BLANCA OBON AZUARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLAN TARATIEL PAULA
DIAZ MELE MARIA CARMEN
CARMEN VELILLA ANA PASCUAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han diseñado e implementado distintas acciones relacionadas con la información proporcionada:

- Se ha actualizado la información que contiene el folleto que se proporciona a los familiares en el momento de su ingreso
- Se ha instalado un buzón de sugerencias
- Se ha diseñado e imprimido un cartel informativo donde se expresa el compromiso del S de M Intensiva con pacientes y familiares.
- Se ha difundido mediante la colocación en lugares estratégicos para facilitar su lectura.
- Se ha implicado la totalidad la plantilla del servicio (tanto medicina como enfermería) en proporcionar su identificación cuando se dirigen pacientes y familiares
- Se ha diseñado un cuestionario anónimo para analizar la participación del staff médico en las acciones propuestas y desarrolladas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Análisis de las sugerencias de los pacientes: Número de sugerencias analizadas/ Número de sugerencias totales= 95% (indicador propuesto: >90%)

Respuesta rápida de las quejas de los pacientes:

Nº de quejas respondidas en menos de 15 días/Número total de reclamaciones o quejas= 80% (indicador propuesto: >50%)

Implicación de los/las médicos/as del Servicio:

Número de médicos/as que se identifican/Número total de médicos/as del Servicio= 91% (indicador propuesto: >90%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general consideramos que se han cubierto los principales aspectos y oportunidades de mejora que comprendía el proyecto:

- Integración de aspectos que contemplan los diferentes contextos y realidades de los/las pacientes.
- Facilitación de la comunicación de las/los médicas/os con los/las pacientes.
- Facilitación de la participación de pacientes y familiares en los procesos asistenciales

7. OBSERVACIONES.

En la actualidad se están clasificando y analizando las sugerencias de familiares y pacientes

*** ===== Resumen del proyecto 2019/40 ===== ***

Nº de registro: 0040

Título
MEDICINA INTENSIVA POR EL COMPROMISO CON LOS PACIENTES

Autores:
OBON AZUARA BLANCA, MILLAN TARATIEL PAULA, DIAZ MELE MARIA CARMEN, PASCUAL BIELSA ANA, VELILLA SORIANO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0040

1. TÍTULO

MEDICINA INTENSIVA POR EL COMPROMISO CON LOS PACIENTES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente en los hospitales, especialmente en los Servicios de Medicina Intensiva, se atiende a las patologías que presentan los/las pacientes y no se presta la atención que merece otros aspectos que también forman parte de la asistencia sanitaria y de la correcta práctica clínica, como son los que conciernen a los propios pacientes y familiares.

Estas actitudes probablemente son derivadas del contexto de urgencia en el que tienen lugar las actuaciones en el paciente crítico, así como el creciente interés suscitado por los avances tecnológicos que surgen para una mejor atención a los/las pacientes, que con frecuencia relega los intereses de pacientes a un segundo plano.

Aspectos integrales de la propia atención clínica como es ofrecer una información comprensible y adaptada a las diferentes realidades de pacientes y familiares, así como promover la participación de los mismos en el proceso asistencial mediante la toma de decisiones compartidas... entre otros, a menudo se olvidan. Lo que supone una distorsión la práctica clínica, que prescinde del entorno humano receptor de nuestra información, y la pérdida de una oportunidad para mejorar la calidad de la asistencia prestada.

RESULTADOS ESPERADOS

- Ofrecer una atención de calidad, integrando aspectos que contemplan los diferentes contextos y realidades de los pacientes.
- Facilitar la comunicación de las/los médicas/os con los pacientes.
- Facilitar la participación de pacientes y familiares en los procesos asistenciales.

MÉTODO

- Diseño de las acciones
 - o Acciones relacionadas con la información proporcionada
 - o Acciones relacionadas con la identificación del staff médico y enfermería
 - o Acciones relacionadas con las sugerencias de los pacientes
- Implicar al resto de las personas que trabajan en el S de M Intensiva en la acción de mejora
- Compra e instalación de un buzón de sugerencias
- Diseño de un cartel informativo que exprese el compromiso del S de M Intensiva con pacientes y familiares
- Difusión del mismo (que el cartel se sitúe en la sala de espera del S de M Intensiva)

INDICADORES

Análisis de las sugerencias de los pacientes

DURACIÓN

Análisis de las sugerencias de los pacientes
Número de sugerencias analizadas /Número de sugerencias totales > 90%
Respuesta rápida de las quejas de los pacientes
Nº de quejas respondidas en menos de 1 mes /Número total de reclamaciones o quejas >50%
Implicación de los/las médicos/as del Servicio
Número de médicos/as que se identifican /Número total de médicos/as del Servicio > 90%

OBSERVACIONES

no

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0120

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UCI MEDICA DEL HOPITAL CLINICO LOZANO BLESÁ

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ ROMANOS CALVO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ GARCIA MARIA DE LOS ANGELES
MINGULJON GARCIA NEILA MARIA
PALACIOS LASECA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisión y recopilación del trabajo en la UCI Médica.
Revisión y recopilación de las tareas de enfermería, generales y específicas de los turnos de trabajo.
Revisión y resumen de las actuaciones específicas de la UCI Médica: actuación en ingresos, alta del paciente, traslado; actuación ante una PCR, cuidados del paciente coronario, paciente respiratorio crítico, paciente con hemofiltro.
Realización del manual de acogida del personal de enfermería de nueva incorporación.
Realización y distribución de encuestas para conocer el grado de necesidad/ satisfacción del manual

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES

Enferme@s que reciben el manual/total de enfermer@s que se incorporan a la unidad desde la puesta en marcha x 100=
 $(20/20) \cdot 100 = 100\%$

nº de encuestas contestadas sobre la necesidad de realización de un manual de acogida/nº de enfermeras de menos de 2 años de antigüedad en UCI-Mi x100= $(19/20) \cdot 100 = 95\%$

nº de encuestas contestadas sobre satisfacción del manual de acogida/nº de enfermer@s de nueva incorporación x 100= 100%

RESULTADOS

- Se han realizado un total de 19 encuestas.

- La edad media de las personas encuestadas es de 33 años.

AÑOS 20-25 años (5%), 26-30 años (21%) 31-35 años (42%), 36-40 años (26%), >40 años (6%)

- El 52% de los encuestados tiene más de 10 años de profesión.

- El 47% de la muestra no había tenido ninguna experiencia previa en UCI y otro 26% tiene menos de un año de experiencia en otras UCIS.

- Un 53% de los enfermeros encuestados que llegaron por primera vez a la UCI Médica tenían menos de medio año de experiencia en UCI, siendo un 47% de estos los que no tenían ningún tipo de experiencia en estos cuidados.

- El 36% refiere la llegada a UCI como complicada y otro 36% como estresante, tan sólo el 26% describe su llegada como normal.

-El 48% no se siente con las capacidades técnicas necesarias para desempeñar el trabajo y otro 47% sólo a veces.

- El 100% recurre a la enfermera veterana para resolución de dudas, el 21% recurre además al TCAE y y un 5% también al médico.

- El 52% considera que se necesitan más de 6 meses de trabajo en la UCI para estar capacitado.

- Al 100% les ha resultado útil el manual pero un 32% han echado en falta formación, siendo sólo un 15% los que recibieron formación a su llegada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las unidades de cuidados intensivos son servicios que requieren conocimientos y destrezas especiales por parte del personal de enfermería. Es fundamental la formación para poder resolver los problemas y las complicaciones que puedan surgir, de ahí la necesidad de diseñar un manual de acogida.

Los resultados demuestran que la llegada a la UCI se vive en la mayor parte de las veces como complicada o estresante, a pesar de que más del 50% del personal de nueva incorporación tiene amplia experiencia como enfermera/o. Además el personal no tiene experiencia en este tipo de cuidados o tiene una experiencia mínima. Resalta el papel de la enfermera/o veterana, imprescindible para la resolución de las dudas, destaca a su vez que en pocas ocasiones se recurre al facultativo/a para lo mismo. Es necesario facilitar mayor información y formación a la llegada. Sería útil la figura de una enfermera/o dedicada a la docencia para disminuir el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0120

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UCI MEDICA DEL HOPITAL CLINICO LOZANO BLES A

estrés de los profesionales de nueva incorporación y disminuir también la sobrecarga de trabajo de la enfermera/o veterana.

El manual de acogida facilita la incorporación e integración de los profesionales de enfermería a la unidad de cuidados intensivos, además disminuye la variabilidad de la práctica clínica.

7. OBSERVACIONES.

La información a la llegada fue positiva en un 58% pero un 42% no recibió casi nada de información. Es por ello que es necesaria una formación que complemente al manual realizado y este a su vez ser revisado puesto que las técnicas y las formas de trabajar cambian conforme avanza la medicina.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/120 ===== ***

Nº de registro: 0120

Título
MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UCI MEDICA DEL HOPITAL CLINICO LOZANO BLES A

Autores:
ROMANOS CALVO BEATRIZ, SANCHEZ GARCIA MARIA DE LOS ANGELES, MINGUIJON GARCIA NEILA MARIA, PALACIOS LASECA MARTA

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: NINGUNA DIRIGIDO A PROFESIONALES
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La UCI está formada por un equipo multidisciplinar que dan soporte a los pacientes que llegan en situación crítica y necesitan una rápida actuación para su estabilización.

La esencia es el trabajo en equipo centrada en el paciente que garantiza una calidad de cuidados.

Ante una situación crítica es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones.

El equipo de enfermería de la UCI Médica del Hospital Clínico está formado por 38 enfermeras en plantilla distribuidas en turnos de mañana, tarde y noche.

La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la numerosa rotación del personal que se produce en el servicio así como la especialización y tecnificación de los cuidados que se proporcionan en la UCI.

Este manual pretende facilitar conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

RESULTADOS ESPERADOS

Recibir, acoger y facilitar la integración del personal de enfermería de nueva incorporación.

Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente.

MÉTODO

Los miembros del equipo de mejora realizarán:

Revisión y recopilación del trabajo en la unidad.

Revisión y recopilación de las tareas generales y específicas de los turnos de trabajo.

Revisión y resumen de las actuaciones específicas de la UCI Médica: actuación en ingresos, alta del paciente, traslado; actuación ante una PCR, cuidados del paciente coronario, paciente respiratorio crítico, paciente con hemofiltro.

Realización del MANUAL DE ACOGIDA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN.

Realización y distribución de encuestas para conocer el grado de necesidad/ satisfacción del MANUAL

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0120

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UCI MEDICA DEL HOPITAL CLINICO LOZANO BLESÁ

ELABORACIÓN DEL MANUAL COMPLETO= 100%
NÚMERO DE ENFERMERAS QUE RECIBEN EL MANUAL DE INCORPORACIÓN/ NÚMERO DE ENFERMERAS INCORPORADAS EN LA UNIDAD DESDE LA PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL X 100= 100%
NÚMERO DE ENCUESTAS CONTESTADAS SOBRE LA NECESIDAD DE REALIZACIÓN DE UN MANUAL DE ACOGIDA/ NÚMERO DE ENFERMERAS DE MENOS DE 2 AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA UNIDAD X 100= 80%.
NÚMERO DE ENCUESTAS CONTESTADAS SOBRE SATISFACCIÓN DEL MANUAL DE ACOGIDA/ NÚMERO DE ENFERMERAS DE NUEVA INCORPORACIÓN X 100=80%

DURACIÓN

Las componentes del equipo de mejora trabajarán de forma equitativa coordinados por la responsable del proyecto. El calendario será el siguiente:

ENERO-FEBRERO-MARZO

Revisión y recopilación de las tareas de enfermería en la UNIDAD generales y por turnos de trabajo.
Recopilación de tareas específicas de enfermería en UCI.
Elaboración del borrador del Manual de Acogida.
Reuniones como mínimo mensuales del equipo de mejora.
Puesta en común.
Elaboración de las encuestas.

ABRIL

Elaboración y maquetación del Manual de acogida definitivo.
Reunión del Equipo de Mejora
Puesta en común

MAYO -DICIEMBRE

Difusión del Manual de Acogida
Reparto y recogida de encuestas.
Tratamiento de los datos de la encuesta
Reunión del equipo de Mejora

DICIEMBRE

Evaluación de las encuestas recibidas.
Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0371

1. TÍTULO

MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN UCI

Fecha de entrada: 21/12/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL RIDRUEJO SAEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZALBA ETAYO BEGOÑA
HERNANDEZ ARENAZA ANA
PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO
AMOR LOSCERTALES ALICIA
VELILLA SORIANO CARMEN
PASCUAL BIELSA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha elaborado un procedimiento titulado "Manejo de la traqueostomía en UCI" que aborda los diferentes aspectos de esta técnica y las peculiaridades propias de nuestra Unidad. Tras ser evaluado por la Unidad de Calidad, este procedimiento ha sido aprobado por la Comisión de Dirección del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa el 3 de diciembre de 2019, y en breve será colgado en la página web del Hospital para poder ser consultado por el personal sanitario del centro.

- Se han realizado dos sesiones de formación al personal sanitario del Servicio de Medicina Intensiva (médico, enfermería y auxiliares de enfermería) en los meses de noviembre y diciembre de 2018.

- Asimismo se realiza revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en UCI médica y Quirúrgica en el periodo comprendido entre 1 de febrero de 20019 y 30 de abril de 2019 y se comparan resultados con estudio descriptivo previo a este proyecto.

Se contabilizan un total de 446 pacientes ingresados en ese periodo, de los cuales 12 precisan realización de traqueotomía durante su estancia en UCI (6 percutáneas y 6 quirúrgicas). De ellos 2 (1 en UCI y otro en planta), presentaron complicaciones en relación con la traqueostomía (16,6%) que supone una tasa de complicaciones inferior a la descrita previamente a este proyecto (40,47%). En las dos ocasiones se relacionaron con obstrucción de vía aérea por secreciones.

9 pacientes son dados de alta a planta (4 decanulados y 5 no decanulados) permaneciendo con cánula al alta en 3 ocasiones.

Fallecieron 4 pacientes traqueotomizados durante el ingreso hospitalario (33,3%), 3 en UCI y 1 en planta. De ellos 1 había presentado complicaciones con la traqueotomía en relación a obstrucción por secreciones en paciente con debilidad de musculatura respiratoria con dificultad para la expectoración, que presentaba atelectasias de repetición (varios ingresos en UCI) y que finalmente fallece en planta en relación a uno de esos episodios de insuficiencia respiratoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

indicador 1: Mejorar el conocimiento de traqueostomía--> Se han realizado 2 sesiones de formación a personal sanitario.

indicador 2: Disminuir riesgos en la atención-->

tasa de complicaciones (nºcomplic/Nºtraqueostomías)x100-->(4/12)x100= 16,6% .

(La previa al estudio actual era del 40,47%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo realizado ayuda a mejorar el conocimiento de los diferentes aspectos relacionados con la traqueostomía y puede ayudar a disminuir las complicaciones relacionadas con ella.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/371 ===== ***

Nº de registro: 0371

Título
MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN UCI

Autores:
RIDRUEJO SAEZ RAQUEL, ZALBA ETAYO BEGOÑA, HERNANDEZ ARENAZA ANA, PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO, AMOR LOSCERTALES ALICIA, VELILLA SORIANO CARMEN, PASCUAL BIELSA ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0371

1. TÍTULO

MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN UCI

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La traqueotomía es una técnica ampliamente usada en UCI con disparidades entre los equipos médicos en términos de frecuencia, mortalidad, indicaciones, técnicas, complicaciones...

No hay pautas internacionales recientes y las pautas nacionales son raras. Además los grados de evidencia son variables, basados en literatura con estudios no homogéneos e incluso contradictorios. En ausencia de criterios claramente definidos e incuestionables, el manejo de la traqueotomía generalmente es decidido únicamente por el equipo médico a cargo del paciente.

En la práctica clínica diaria se detectan complicaciones relacionadas con la traqueotomía, la mayoría leves, pero algunas con importante repercusión en el estado del paciente que pueden incluso ocasionar su fallecimiento. Algunas podrían evitarse con formación adecuada del personal y creación de protocolos que ayuden al manejo de esta técnica.

- Recientemente se ha realizado un pequeño estudio descriptivo a partir de la revisión de 1000 historias clínicas del año 2017 en el que se incluyen 42 traqueotomías con una tasa de complicaciones del 40,47%.
- 27 pacientes son dados de alta a planta (15 decanulados y 12 con cánula). En 6 ocasiones se produce reingreso en UCI, siendo 4 de esos casos relacionados con problemas en la traqueotomía.
- Fallecen 16 pacientes (38,1%) traqueotomizados durante el ingreso hospitalario (15 en UCI y 1 en planta), la mayoría relacionados con su enfermedad de base.
- 4 fallecidos habían presentado complicaciones y 3 (18,75%) de ellos fallecen en relación con problemas con la traqueotomía.

En los últimos diez años aproximadamente, la literatura médica se ha enriquecido con nuevos datos clínicos, a menudo recopilados en forma de metanálisis. En este contexto, la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) y la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) decidieron elaborar en 2018 unas directrices tituladas "Traqueotomía en la Unidad de Cuidados Intensivos". El objetivo de estas directrices es definir las indicaciones, contraindicaciones, modalidades y manejo de la traqueotomía a la luz de los datos actuales de la literatura.

Utilizando los medios que aporta la literatura y teniendo en cuenta las circunstancias propias de nuestro centro, se pretende realizar un protocolo sobre el manejo de la traqueotomía en UCI. Asimismo, realizar formación entre el personal sanitario de la Unidad (personal médico, de enfermería y auxiliares de enfermería) para mejorar el conocimiento de los diferentes aspectos relacionados con la traqueotomía y evitar en lo posible complicaciones, con la consiguiente mejora en la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el conocimiento de los diferentes aspectos relacionados con la traqueotomía y evitar en lo posible complicaciones, con la consiguiente mejora en la seguridad del paciente.

MÉTODO

El proyecto conlleva diferentes acciones:

- Realizar un protocolo "Manejo de Traqueotomía en UCI" en el que se incluya una revisión de los diferentes aspectos de esta técnica y las peculiaridades propias de nuestra Unidad.
- Dar formación al personal sanitario (médico, enfermería y auxiliares de enfermería)

INDICADORES

- Indicador 1: Mejorar el conocimiento de traqueotomía
Evaluación: Encuesta al personal que recibe la encuesta
- Indicador 2: Disminuir riesgos en la atención
Evaluación: Mejora de tasa de complicaciones (nº complic/Nºtraqueotomías)

Durante los meses de febrero, marzo y abril de 2019, se realizará una evaluación de las traqueotomías realizadas (complicaciones, decanulación, mortalidad...) mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en ese periodo

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0371

1. TÍTULO

MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN UCI

Fecha de inicio: Noviembre 2018

Fecha de finalización: Mayo 2019

Constitución de equipo: Noviembre 2018

Implementación de medidas (sesiones de formación y realización del protocolo. Evaluación de las traqueostomías realizadas tras lo anterior): diciembre 2018-abril 2019

Monitorización de resultados: mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0690

1. TÍTULO

CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CRITICO TRAS EL ALTA DE UCI QUIRURGICA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL BUSTAMANTE RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LUQUE GOMEZ PILAR
VIRGOS SEÑOR BEATRIZ
ARCHE BANZO MARIA JOSE
ABANSES MORENO PAULA
HERRERO GARCIA SANDRA
MAYORDOMO GARCIA CARLOS
SANCHEZ DONOSO NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los pacientes críticos requieren un elevado nivel de cuidados que se ven interrumpidos cuando pasan a planta, y presentan características potencialmente graves que pueden motivar estancia hospitalaria prolongada, reingreso en UCI, o incluso su muerte, por lo que la atención a estos pacientes debe ser continua y óptima independientemente de donde permanezcan ingresados. Las altas no programadas, las complicaciones infecciosas y la estancia prolongada en UCI son, entre otras, causas importantes de mortalidad intrahospitalaria al alta de UCI.

En la Sección Quirúrgica del Servicio de medicina Intensiva (UCI-Q) del Hospital Lozano Blesa durante el año 2019 se identificaron antes del alta de UCI los pacientes con uno o varios de los siguientes factores de riesgo de mala evolución: Presencia de catéter venoso central (CVC), tratamiento antibiótico de amplio espectro, alta precoz o en horario nocturno forzada por necesidades asistenciales, presencia de algún fallo orgánico en evolución, portador de cánula de traqueostomía, portador de tubo torácico, resultados de pruebas solicitadas en UCI pendientes de resultados, precisión de elevado nivel de cuidados de enfermería, estancia en UCI > 7 días.

Antes del alta a planta el facultativo responsable se encargaba de registrar en una ficha los datos del paciente que cumplía alguno de los criterios de seguimiento en planta: factores de riesgo, fecha de colocación de CVC, fecha de instauración de antibióticos y fecha estimada de retirada cuando era posible. Se realizó seguimiento diario de estos pacientes durante los primeros 7 días de estancia en planta, los días laborables en turno de mañana, mediante visita del paciente y revisión de historia clínica, poniéndose en contacto con el Facultativo responsable en caso de detección de algún problema, y registrando la actividad realizada: confirmación de la estabilidad del paciente sin precisar otra actuación, participación en la decisión de LTSV, reorientación diagnóstica, intensificación o ajuste de 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 (excluyendo los exitus, traslados a otro hospital y las altas a plantas médicas) de 1/1/2019 a 31/12/2019: 414.

- N° de pacientes dados alta a planta que presentan al menos un factor de riesgo para ser incluidos en este proyecto: 156 (37.6% del total)

- Porcentaje de pacientes con al menos un factor de riesgo que son seguidos posteriormente en planta: 153 (98%)
Objetivo: >85%

- Factores de riesgo para presentar complicaciones en planta:

- Presencia de catéter venoso central: 122 (78,2%)
- Cirugía abdominal de alto riesgo: 83 (53.2%)
- Tratamiento antibiótico de amplio espectro: 62 (39.7%)
- Resultados de pruebas solicitadas en UCI pendientes de resultados: 43 (27.6%).
- Estancia en UCI >7 días: 39 pacientes (25%)
- Precisión de elevado nivel de cuidados de enfermería: 26 (16.7%)
- Presencia de algún fallo orgánico en evolución: 14 (9%)
- Portador de tubo torácico: 12 (7.7%)
- Alta precoz o en horario nocturno forzada por necesidades asistenciales: 5 (3.2%)
- Portador de cánula de traqueostomía: 3 (1.9%)

- Porcentaje de informes de alta en los que consta la presencia de CVC y fecha de colocación del mismo. Pacientes con CVC: 122. Constan en informe de alta: 119 (97%). Objetivo: >90%

- Porcentaje de informes de alta en los que consta la fecha de instauración de tratamiento antibiótico y duración prevista del mismo (si ello es posible). Objetivo: > 90%:

- Pacientes con tratamiento antibiótico al alta: 86 (55.1%). Consta en informe de alta la fecha de inicio de antibiótico: 80 (93%).
- Pacientes en los que se puede determinar duración de tratamiento antibiótico, exceptuando cuando no procede (74 pacientes) o no es posible (58 pacientes): 24. Consta en informe de alta la duración prevista: 17(70%).

- Descripción de las actuaciones realizadas en planta:

- 1) De los 153 pacientes, 112 (73.2%) permanecieron estables.
- 2) En 3 pacientes (2%) se decidió limitación de terapias de soporte vital (LTSV).
- 3) En 2 pacientes (1.3%) se procedió a reorientación diagnóstica.
- 4) En 15 pacientes (9.8%) se realizó ajuste del tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0690

1. TÍTULO

CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CRITICO TRAS EL ALTA DE UCI QUIRURGICA

- 5) En 14 pacientes (9.2%) se llevó a cabo seguimiento estrecho en planta.
6) 8 pacientes (5.2%) requirieron reingreso precoz en UCI.
- Porcentaje de los reingresos con respecto al número de reingresos que han sido detectados mediante el proyecto:
Nº reingresos detectados mediante el proyecto/Nº total de reingresos. Indicador: $7/8 \times 100$: 87%. Objetivo: > 80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Casi el 40% de pacientes dados de alta de UCI-Quirúrgica presentan factores de riesgo de presentar complicaciones, siendo el más frecuente el ser portador de CVC. En casi la totalidad de casos se reflejó en el informe de alta la fecha de colocación, lo que permite llevar un control para prevenir la bacteriemia asociada al mismo.
- Más de la mitad de pacientes son dados de alta con tratamiento antibiótico, en casi el 40% además es de amplio espectro. En la mayoría de informes de alta constaba la fecha de inicio de tratamiento, no tanto la duración prevista, que se reflejó en el 70%, probablemente por la dificultad de establecerse en ocasiones por focos de difícil control, cultivos microbiológicos pendientes y según la evolución clínica.
- En cuanto a las actividades realizadas: el 73% de los pacientes permanecieron estables y no requirieron de otra actuación. En 15 pacientes se realizó ajuste del tratamiento, fundamentalmente la recomendación de retirada precoz del CVC y el ajuste o retirada de antibioterapia, ambas importantes para la seguridad del paciente. En 3 pacientes se decidió limitación de terapia de soporte vital de forma consensuada con el médico de la planta. En 14 pacientes se llevó a cabo un seguimiento estrecho en planta, que favoreció el reingreso precoz en UCI en 7 de los 8 pacientes que reingresaron, y no en todos ya que el seguimiento no puede hacerse en días festivos ni en ocasiones en laborables por la carga asistencial.
- Tras unos años de desarrollo de este proyecto, los objetivos se consiguen prácticamente en su totalidad, la sensibilización del personal médico que atiende a estos pacientes en controlar los factores de riesgo sobre los que se puede actuar directamente ha aumentado y el seguimiento en planta al alta de UCI permite detectar antes las complicaciones y facilitar el reingreso precoz en UCI cuando es necesario.
- Hemos percibido también la satisfacción de familiares y pacientes por el seguimiento realizado, en un momento de adaptación a los cuidados recibidos en planta de hospitalización, y que distan bastante de los que reciben en UCI.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/690 ===== ***

Nº de registro: 0690

Título
CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CRITICO TRAS EL ALTA DE UCI QUIRURGICA

Autores:
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL, LUQUE GOMEZ PILAR, VIRGOS SEÑOR BEATRIZ, ARCHE BANZO MARIA JOSE, ABANSES MORENO PAULA, HERRERO GARCIA SANDRA, MAYORDOMO GARCIA CARLOS, SANCHEZ DONOSO NURIA

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 quirúrgico crítico
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Medicina Intensiva, entre otros, se enfrenta al reto de procurar que todo el esfuerzo terapéutico y recursos empleados durante la estancia de los pacientes en UCI comporte la recuperabilidad de los pacientes una vez dados de alta a planta. La patología que presenta el enfermo crítico se debe considerar como un proceso continuo que se mantiene tras el alta de la UCI.

Los pacientes críticos presentan características potencialmente graves que pueden motivar desde el reingreso en UCI, hasta la muerte del paciente en la planta: polineuropatía del enfermo crítico, difícil manejo de secreciones, catéteres con riesgo de infección, antibioterapia prolongada, traqueostomías... Por lo que el nivel de atención requerida sigue siendo elevado, y la atención proporcionada debe ser óptima independientemente de donde permanezca ingresado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0690

1. TÍTULO

CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CRITICO TRAS EL ALTA DE UCI QUIRURGICA

La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes dados de alta desde el Servicio de Medicina Intensiva se cifra entre un 5 y un 25%, dependiendo del tipo de UCI. Entre las principales razones que la originan se encuentran las altas no programadas, las complicaciones infecciosas en planta, la estancia prolongada en UCI, entre otras. Se estima que el reingreso en UCI multiplica la mortalidad de los pacientes por cuatro y su estancia hospitalaria por 2,5.

En la Sección Quirúrgica del Servicio de medicina Intensiva (UCI-Q) del Hospital Lozano Blesa instauramos en 2016 un proyecto de Calidad consistente en la identificación antes del alta de la UCI de factores de riesgo de mala evolución en planta y hacer seguimiento diario de estos pacientes durante los primeros 7 días de estancia en planta para detectar precozmente signos de alarma y en caso de precisar reingreso que éste sea precoz, lo que conlleva una mejor evolución.

Dada la buena aceptación del proyecto por parte de los facultativos tanto de UCI como de las diferentes plantas de hospitalización como de los pacientes y sus familiares, creemos necesario seguir en esta línea de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS

Exponer los resultados que se espera conseguir, indicar al menos los pacientes o la población diana y las intervenciones o servicios a los que se dirige el proyecto.

- Identificación antes del alta a planta de pacientes quirúrgicos con uno o varios de los siguientes factores de riesgo:

- o Presencia de catéter venoso central
- o Tratamiento antibiótico de amplio espectro
- o Alta precoz o en horario nocturno forzada por necesidades asistenciales
- o Presencia de algún fallo orgánico en evolución
- o Portador de cánula de traqueostomía
- o Portador de tubo torácico
- o Resultados de pruebas solicitadas en UCI pendientes de resultados
- o Precisión de elevado nivel de cuidados de enfermería
- o Estancia en UCI > 7 días
- Detección precoz de complicaciones en dichos pacientes para evitar el reingreso o, en su caso, que éste sea precoz.

MÉTODO

Antes del alta a planta el facultativo responsable registra en un fichero informático y abre una ficha en papel con los datos del paciente que cumple alguno de los criterios de seguimiento en planta. Cada día durante los siete primeros (excepto sábados y festivos) cualquiera de los Facultativos de la Sección visita al paciente en planta y revisa historia clínica, poniéndose en contacto con el Facultativo responsable en caso de detección de algún problema. Diariamente se registra en la base de datos y en la ficha en papel la actividad realizada. En dos momentos del año se realizarán además encuestas de satisfacción a los pacientes atendidos

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con al menos un factor de riesgo que son seguidos posteriormente en planta. Objetivo: > 85%
- Porcentaje de informes de alta en los que consta la presencia de CVC y fecha de colocación del mismo. Objetivo: > 90%
- Porcentaje de informes de alta en los que consta la fecha de instauración de tratamiento antibiótico y duración prevista del mismo (si ello es posible). Objetivo: > 90%
- Porcentaje de los reingresos con respecto al número de reingresos que han sido detectados mediante el proyecto. Objetivo: > 80%
- Descripción de las actuaciones realizadas en planta.

DURACIÓN

Este proyecto es continuidad del iniciado ya en 2016 y que hemos ido realizando de forma ininterrumpida. Se realiza durante todo el año, todos los días laborables. Una vez al cuatrimestre se evalúan resultados y, en caso de desviación de los objetivos, se realiza análisis para identificar barreras y formación para y corregir errores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0752

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE CAROLINA FUERTES SCHOTT
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DURAN MATEOS ANTONIA
RAMOS ABRIL VANESA
PEÑARANDA GARCIA EVA
SENAR ARRUEBO ANA ISABEL
SANCHEZ MONTORI LAURA
RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Reunión inicial con el equipo de enfermería de la UCI para protocolizar las nuevas indicaciones de localización de las pulseras.
• Registro de las transfusiones realizadas en UCI Quirúrgica durante los meses de Mayo, Junio y Julio de 2019 recogiendo si se colocó la pulsera pretransfusional, en qué lugar se colocó la misma, si se retiró la pulsera en las primeras 48 h postransfusión, y si hubo algún efecto adverso durante la transfusión por la mala identificación del paciente.
• Análisis de los datos obtenidos en el registro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Durante dicho periodo, se realizó un total de 47 transfusiones. Se colocó pulsera en 45 de ellos.
• Respecto al lugar de colocación de las pulseras identificativas fue en un 80% de los casos en la muñeca del paciente, un 15% en el cabecero de la cama del paciente y 5% se dejó en la carpeta individual que tenemos asignado a cada paciente ingresado.
• Se retiró dicha pulsera en un periodo < 48 h en 39 pacientes (83%) y en un periodo > 48 h en 13 pacientes (27%).
• No hubo efectos adversos durante las transfusiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• Tras el análisis de los resultados, se observa que la identificación de los pacientes trasfundidos en UCI es adecuada. El 4% de pacientes no identificados, se corresponde con pacientes con transfusiones de extrema urgencia que fueron excluidos del protocolo.
• Intentar minimizar la colocación de las pulseras en las carpetas asignadas a cada paciente, puesto que puede inducir a errores transfusionales al no estar correctamente identificados los pacientes.
• Un aspecto a mejorar sería la retirada de las pulseras en las primeras 48 h postransfusional como queda recogido en el protocolo de la Comisión de Transfusiones.

7. OBSERVACIONES.
ACTIVIDADES PENDIENTES.
• Reunión con el equipo para comentar los resultados
• Desarrollar un Sistema de control de tiempos de colocación de pulseras en pacientes transfundidos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/752 ===== ***

Nº de registro: 0752

Título
OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

Autores:
FUERTES SCHOTT CAROLINA, DURAN MATEOS ANTONIA, RAMOS ABRIL VANESA, PEÑARANDA GARCIA EVA, SENAR ARRUEBO ANA ISABEL, SANCHEZ MONTORI LAURA, RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0752

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

Tipo Patología : Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sangrado activo que precisa transfusión de hemoderivados
Línea Estratégica . : Seguridad clínica
Tipo de Objetivos . : Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque :
Otro Enfoque :

PROBLEMA
Existe en el hospital un procedimiento para la solicitud, aplicación y trazabilidad de hemoderivados, que fue realizado por la Comisión de Transfusiones en abril del 2013. En esta revisión, se incluye la necesidad de colocar una pulsera de seguridad transfusional al paciente, que lo asocie con la muestra que se va a extraer, con la solicitud previamente cumplimentada, y con el hemoderivado solicitado. Esto debería llevarse a cabo en todos los pacientes del hospital que van a recibir una transfusión.

Sin embargo, dadas las dificultades que presentan los pacientes de la UCI para colocar las pulseras de identificación y de transfusión en la muñeca (ya sea por edema, vías venosas y arteriales, vendajes...), resulta complicado cumplir este objetivo, y sólo un pequeño porcentaje de pacientes de UCI llega a tener esta pulsera en su lugar correspondiente.

RESULTADOS ESPERADOS
Por todo ello, dado que se trata de la seguridad en el manejo de hemoderivados, que en los pacientes de UCI su empleo es muy frecuente, y que además estos pacientes en la mayoría de los casos tienen un bajo nivel de consciencia, parece útil buscar una estrategia de optimización en la identificación de pacientes que van a recibirlos. Los objetivos de este proyecto son:

- Fomentar el seguimiento multidisciplinar para asegurar la correcta colocación de las pulseras transfusionales en todos los pacientes ingresados en UCI. Como única excepción a este procedimiento se recoge la solicitud de sangre de extrema urgencia.
- Evaluar y estandarizar las distintas localizaciones en las que se puede colocar la pulsera transfusional en un paciente de UCI, cuando no es posible ponerlas en la situación indicada, que sería la muñeca.
- Evitar los efectos adversos de una transfusión errónea en un receptor no identificado correctamente.

MÉTODO

- Reunión inicial con el equipo de enfermería y auxiliares de la UCI para identificar las localizaciones alternativas a la muñeca en la que se podrían colocar las pulseras transfusionales de seguridad.
- Protocolización de las nuevas indicaciones de localización de las pulseras.
- Establecimiento de varias reuniones con Enfermería y Auxiliares de la UCI para transmitir la necesidad de colocación de estas pulseras, y mostrar el nuevo protocolo que facilitará el cumplimiento de la identificación.
- Seguimiento de la puesta en marcha del nuevo protocolo.

INDICADORES

- Número de pacientes transfundidos / número de pulseras identificativas de transfusión > 99%.

Excepcionalmente es posible que existan situaciones de emergencia en las que no sea posible por tiempo llegar a colocar la pulsera en su debido lugar.

- Tasa de efectos adversos transfusionales asociados a una mala identificación del paciente.

DURACIÓN

- Marzo 2019: Primer contacto y reunión tanto con Enfermería como con auxiliares para valorar las localizaciones alternativas a la colocación de la pulsera de seguridad transfusional en la muñeca del paciente en UCI. Concretar la duración de la colocación de la pulsera identificativa, así como asegurarnos de su retirada (en la guía se establece retirarla 48horas tras la transfusión si no se necesita más sangre).
- Marzo 2019: Reunión con los distintos turnos de enfermería en sesiones de 10minutos para explicar tanto la necesidad de colocación de la pulsera, como las alternativas propuestas a la localización en la muñeca.
- Abril 2019- Junio 2019: Seguimiento de todos los pacientes sometidos a transfusión en la UCI quirúrgica, para ver si se cumplen las normas de actuación.
- Julio 2019: Análisis de resultados. Si éste no es positivo, evaluar las causas por las que no se ha identificado al paciente correctamente con la pulsera, y plantear nuevos objetivos/localizaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0752

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0880

1. TÍTULO

INDICADORES DE CALIDAD EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO DENTRO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE MIREIA BARCELO CASTELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MORA RANGIL PATRICIA
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL
LOZANO GOMEZ HERMINIA
EDROSO JARNE PALOMA
MATUTE GUERRERO ALMUDENA
GUTIERREZ ZARATE ARACELI
PERELA MARCO ANUNCIACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para poder valorar nuestra calidad asistencial hacia el paciente neurocrítico hemos medido los 7 indicadores de calidad dirigidos al neurointensivismo, a cada unos de los pacientes ingresados en nuestra UCI con patología neurocrítica espontánea y traumática, durante el período de estudio desde Julio a Diciembre de 2019. Los 7 indicadores evaluados son:

1. Valorar la decisión de Intubación traqueal en el traumatismo craneoencefálico grave con escala Glasgow < 9 durante las primeras 24h.
2. Valorar la rapidez de la Intervención quirúrgica en el traumatismo craneoencefálico con hematoma epidural y/o subdural.
3. Monitorización de la presión intracraneal en el TCE grave con TAC patológico.
4. Medir la Mortalidad en el TCE grave.
5. Diagnóstico precoz de la HSA.
6. Administración de Nimodipino en la HSA.
7. Control precoz de la presión sistólica en el hematoma cerebral intraparenquimatoso espontáneo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados obtenidos han sido el reclutamiento de 24 pacientes de los cuales 15 ingresaron con diagnóstico de Traumatismo craneoencefálico grave (62,5% de los pacientes), 2 pacientes con Hemorragia subaracnoidea espontánea (8,3%) y 7 con Hemorragia intraparenquimatosa (29,1%).

Dentro de los pacientes ingresados con TCE grave el 100% tuvieron un Glasgow < 9, siendo todos intubados en el momento inicial de atención médica. De todos los pacientes ingresados por TCE grave, cumplieron criterios quirúrgicos el 66,6% (10 pacientes) y se les colocó sensor de PIC al 86% de ellos, cifra por debajo del estándar de calidad propuesto por la Sociedad española de Medicina Intensiva que debería de estar > 95%.

De los pacientes ingresados por hemorragia subaracnoidea espontánea, fueron diagnosticados de forma precoz mediante TC craneal el 100% de los pacientes y recibieron nimodipino desde su ingreso el 100% de los casos, desconociendo el tiempo que llevaron el tratamiento ya que tuvieron que ser derivados a UCI del HUMS de cara a embolización de aneurisma.

En los pacientes ingresados por hemorragia intraparenquimatosa precisaron tratamiento antihipertensivo el 80% de los casos, siendo instaurado en fase precoz del ingreso y con buen control de las cifras tensionales.

Por último, fallecieron el 20% de los pacientes que ingresaron con TCE grave.

Evaluando los indicadores de calidad uno a uno, hemos obtenido los siguientes resultados:

- 1.- Decisión de IOT en el TCE grave con Glasgow < 9 las primeras 24h
(nºTCE graves IOT/ nº TCE graves)x100=95% --> (15/15) x100: 100% CUMPLIMIENTO.
- 2.- Rapidez Intervención quirúrgica en TCE con hematoma epidural y/o subdural
(nºTCE con HED/HSD con HITC intervenidos < 2 horas/ nº TCE HED / HSD con HTIC e indicación quirúrgica) x 100= 100% -->(10/10) x 100= 100% CUMPLIMIENTO INDICADOR.
- 3.- Monitorización presión intracraneal en TCE grave con TAC patológico(nº enfermos TCE grave y TAC patológico con sensor de PIC/ nº de enfermos TCE grave con TAC patológico) x 100 = 95% --> (13/15) x100= 86,6% NO CUMPLIMIENTO INDICADOR.
- 4.- Mortalidad en el TCE grave (nº de TCE graves que son éxitos/ nº total de TCE graves dados de alta del SMI) x100 < 35% --> (3/15) x 100= 20% CUMPLIMIENTO INDICADOR.
- 5.- Diagnóstico precoz HSA (nºHSA espontánea con estudio radiológico diagnóstico antes de 24h/nºHSA espontánea ingresados)x100=90% (2/2)x100=100% CUMPLIMIENTO.
- 6.- Administración Nimodipino en HSA (nºHSA aneurismática con nimodipino/nºHSA aneurismática)x100=100% -->(2/2)x100= 100% CUMPLIMIENTO INDICADOR.
- 7.- Control precoz presión sistólica en el hematoma cerebral intraparenquimatoso espontáneo (nº HIP espontáneo e HTA con control precoz de la TAS/ nº HIP espontáneo e HTA)x100 = 80% --> (7/7)x100=100% CUMPLIMIENTO INDICADOR.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0880

1. TÍTULO

INDICADORES DE CALIDAD EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO DENTRO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ante los resultados obtenidos podemos concluir que proporcionamos una buena calidad asistencial al paciente neurocrítico, cumpliendo con todos los indicadores de calidad en el paciente neurocrítico, propuestos por la SEMICYUC, salvo el indicador de colocación del sensor de PIC en pacientes con TCE grave con TAC patológico, el cual no está en nuestras manos, si no que es una decisión del servicio de neurocirugía. Debemos intentar consensuar, con el Servicio de Neurocirugía, monitorizar con el sensor de PIC a los pacientes con TCE grave y TAC patológico, para poder proporcionar una asistencia de calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/880 ===== ***

Nº de registro: 0880

Título
INDICADORES DE CALIDAD EN EL PACIENTE NEUROCRITICO DENTRO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Autores:
BARCELO CASTELLO MIREIA, MORA RANGIL PATRICIA, BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL, GUTIERREZ ZARATE ARACELI, PERELA MARCO ANUNCIACION, MATUTE GUTIERREZ ALMUDENA, LIZANO GOMEZ HERMINIA, EDROSO JARQUE PALOMA

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El objetivo de la medicina intensiva es ofrecer a los enfermos críticos una asistencia sanitaria ajustada a sus necesidades, de calidad y de la manera más segura posible, garantizando que sea adecuada, sostenible, ética y respetuosa con la autonomía del paciente.
La calidad asistencial ha ido paulatinamente situándose en el centro angular de la atención sanitaria, alcanzando en los últimos años un mayor protagonismo la seguridad del paciente, como una de las dimensiones clave de la calidad.

Este interés se ha ido transformando en metodología de trabajo a medida que se han ido desarrollando las herramientas que han permitido, en primer lugar, medir el nivel de calidad.
Durante los años 80 la JCAHO requirió la existencia de planes de calidad integrados implementando sistemas de monitorización y su desarrollo metodológico. Dichos sistemas de monitorización se conciben como una valoración global de todo un servicio y no sólo de las áreas de problemas que puedan detectarse. Para llevarlos a cabo es necesario definir el tipo de atención que se realiza en un determinado servicio o centro, establecer las principales áreas de trabajo y crear indicadores que permitan medirlo. Estos indicadores se evalúan de forma periódica y permiten tener una visión de conjunto de la calidad del servicio, así como, actuar en los casos en que se presenten desviaciones.

Durante los últimos años, la SEMICYUC ha venido realizando una intensa labor en la definición de los indicadores de calidad dentro de la Medicina Intensiva, para el cuidado del paciente crítico, siendo fundamentales a la hora de evaluar los resultados de nuestras actuaciones cotidianas en Cuidados Críticos.

RESULTADOS ESPERADOS

En la UCI Quirúrgica del HCU, se atienden a un gran número de pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0880

1. TÍTULO

INDICADORES DE CALIDAD EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO DENTRO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

con patología neurocrítica que precisan de unas actuaciones muy específicas. Con este proyecto queremos valorar nuestra calidad asistencial hacia el paciente neurocrítico, midiendo una serie de indicadores y evaluando los resultados obtenidos para ver si se cumplen con los estándares de calidad marcados por la SEMICYUC, y poder mejorar en nuestra atención al paciente neurocrítico.

MÉTODO

Para poder valorar nuestra calidad asistencial hacia el paciente neurocrítico mediremos los 7 indicadores de calidad dirigidos al neurointensivismo, a cada unos de los pacientes ingresados en nuestra UCI con patología neurocrítica, durante el período que dure el estudio.

INDICADORES

Los indicadores que mediremos son los siguientes:

1. Valorar la decisión de Intubación traqueal en el TCE grave con Glasgow < 9 durante las primeras 24h:
(nº TCE graves intubados/nº TCE graves)x100= 95%
2. Valorar la rapidez de la Intervención quirúrgica en el TCE con hematoma epidural y/o subdural:
(nº enfermos con TCE con HED/HSD con hipertensión intracraneal intervenidos < 2 horas/nº enfermos con TCE con HED/HSD con HIC e indicación qx)x100= 100%
3. Valorar la Monitorización de la presión intracraneal en el TCE grave con TAC patológico:
(nº enfermos con TCE grave y TAC patológico monitorizado con sensor PIC/nº enfermos TCE grave con TAC patológico)x100=95%
- 4.- Mortalidad en TCE grave:
(nº Exitus con TCE grave/nº TCE grave dados de alta del UCI)x100< 35%
5. - Diagnóstico precoz de la HSA:
(nº HSA espontánea con TAC < 24 h/nº HSA ingresados en UCI)x100=90%
6. Administración Nimodipino en HSA:
(nº HSA aneurismática tratadas con nimodipino/nº HSA aneurismática ingresadas en UCI)x100=100%
7. Control precoz de TAS en hematoma cerebral intraparenquimatoso espontáneo (HIP):
(nº HIP espontáneo e HTA con control precoz de TAS/nº HIP espontáneos e HTA)x100=80%

DURACIÓN

La duración será desde el 1 de Abril al 31 de Diciembre del 2019.
En el mes de Abril se constituirá el equipo
De Abril a Mayo se elaborará la hoja de recogida de datos con las variables a estudio.
De junio a Diciembre se recogerán las variables a estudio.
En Diciembre se monitorizarán y evaluarán los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1004

1. TÍTULO

PROYECTO Nº 810: CESE MEDIDAS AISLAMIENTO EN MEDICINA CRITICA 2019

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS LOPEZ NUÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MONTORI LAURA
PASCUAL BIELSA ANA
JIMENEZ BARTOLOME BELEN
FUERTES SCHOTT CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó seguimiento prospectivo de todos los pacientes mayores de 18 años ingresados (al menos 24 h) en el servicio de medicina intensiva del H.C.U.Z a partir del 1 de septiembre de 2018 durante tres meses hasta el 30 de noviembre de 2018.

Durante este período de tres meses se recogieron los datos correspondientes a la forma de aislar los pacientes en la tres unidades de cuidados intensivos del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza interesando tres aspectos fundamentales:

1. Aislamiento por "Resistencia Zero"(RZo)
2. Aislamiento en relación a las precauciones basadas en mecanismo de transmisión (contacto, gotas y aérea)
3. Aislamiento protector

Para ello se contó con hoja de datos individualizadas para cada unidad, creada a tal efecto

Se evaluaron los resultados correspondientes a ese periodo y se realizó una intervención formativa dirigida al staff médico y al equipo de enfermería

Posteriormente se realizó nuevo seguimiento prospectivo durante los meses de Febrero- Abril 2019 con evaluación final

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dada la ausencia en la literatura revisada de un indicador numérico que evaluará la calidad del aislamiento tal como se planteó en el estudio, se crearon tres indicadores a tal efecto que nos sirvieran de referencia:

- 1.Tasa adecuada de la indicación (TAI):
Nº pacientes aislados correctamente /Nº total de aislados, por 100.
- 2.Tasa de aislamiento adecuado global (TAAG) :
Nº pacientes con tipo de aislamiento correcto/ Nº total de aislados por 100 .
- 3.Tasa de duración adecuada (TDA):
Nº pacientes con duración de aislamiento adecuado/Nº total de aislados, por 100.

Resultados:

El numero de pacientes ingresados durante el periodo inicial fue de 437 pacientes (edad media 65,47, Apache II medio 10,83, relación varón : mujer de 2,4:1
Cumplieron criterio para realizar aislamiento preventivo por RZo 84 pacientes de los cuales se le realizó al 80,8%. La mediana de la duración fue de 2 días.

El porcentaje de RZo en los que el frotis fue positivo con puntuación = 2, fue del 10 % (predominio de SARM y enterobacteria BLEE)

El total de aislados por todas las causas fue de 90.

Además del aislamiento preventivo por RZo el resto de los casos se corresponden pequeño número de bacterias multirresistentes en RZ semanal, broncoaspirado, hemocultivos, aislamiento protector, sospecha de meningitis y de gripe A y cuadros diarreicos.

Los indicadores iniciales fueron:

TAI: 0,97%
TAAG: 0,98%
TDA: 0,77%

Tras el análisis de los datos iniciales se impartió una sesión clínica en la que se explicaron los resultados y se incidió en:

- 1.Los aislamientos inadecuados en aquellos pacientes a los que se aisla por coeficiente igual o mayor a 2 pero no se solicita frotis al ingreso por lo que se alarga y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1004

1. TÍTULO

PROYECTO Nº 810: CESE MEDIDAS AISLAMIENTO EN MEDICINA CRITICA 2019

2. En los ingresos previos a festivo o fin de semana que inevitablemente alarga los aislamientos por espera de resultado.

En el segundo periodo de estudio el numero de pacientes ingresados durante el periodo inicial fue de 431 pacientes (edad media de 65,19, Apache II medio 14,1, relación varón : mujer de 2:1 para el sexo masculino). Cumplieron criterio para realizar aislamiento preventivo por RZO 86 pacientes de los cuales se les realizó al 94%. La mediana de la duración fue de 2 días. El porcentaje de RZO en los que el frotis fue positivo con puntuación = 2 fue del 6 % (predominio de SARM y enterobacteria BLEE)
El total de aislados por todas las causas fue de 119.
El resto de aislamientos se correspondieron a aislamientos por gripe A, cultivos positivos para Pseudomona multirresistente, enterobacterias con carbapenemasa y SARM, además de inmunosupresión.

El motivo de ingreso por grupos en la estadística general muestra un predominio de pacientes cardiológicos 34%, quirúrgicos 17 % y respiratorio 13,6 % siendo los coronarios, insuficiencias respiratorias y cirugías urgentes los más frecuentes.

En cuanto a los pacientes con algún tipo de aislamiento son los respiratorios 26%, quirúrgicos 23% y cardiológicos 5% los grupos más frecuentes con los mismos diagnósticos específicos del grupo general, similar al corte anterior

En cuanto a los indicadores establecidos previamente en este segundocorte se obtuvieron:

TAI: 0,95%
TAAG: 0,99%
TDA: 0,92%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades realizadas nos ha permitido comprobar que más allá de tener automatizado el cálculo del coeficiente para el aislamiento de Resistencia Zero al ingreso, hay que ser conscientes de la necesidad de solicitar el frotis inmediatamente para reducir tiempos de procesado y evitar que el aislamiento sea una aumento de la carga asistencial sin beneficio añadido.

Por otra parte una vez realizado el frotis diagnóstico y a pesar de las variaciones en el plazo del resultado (festivos y fines de semana) inherentes a los recursos humanos- el tiempo medio ronda 24 a 48 h según lo pactado al inicio del programa de Resistencia Zero, hay que estar pendiente del resultado para levantar el aislamiento lo antes posible si el frotis da un resultado negativo

En relación a los aislamientos por gripe A o bacterias multirresistentes se siguió el protocolo de forma adecuada.

Respecto al aislamiento protector se reservó a tratamientos quimioterápicos, neutropenias y recién trasplantados, con buen seguimiento.

Consideramos adecuado seguir realizando cortes trimestrales en los que evaluar sobre todo los dos primeros puntos reseñados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1004 ===== ***

Nº de registro: 1004

Título
PROYECTO Nº 810: CESE MEDIDAS AISLAMIENTO EN MEDICINA CRITICA

Autores:
LOPEZ NUÑEZ CARLOS, SANCHEZ MONTORI LAURA, PASCUAL BIELSA ANA, FUERTES SCHOTT CAROLINA, JIMENEZ RIO MARIA, JIMENEZ BARTOLOME BELEN

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: TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión ("no hacer")
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1004

1. TÍTULO

PROYECTO Nº 810: CESE MEDIDAS AISLAMIENTO EN MEDICINA CRITICA 2019

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años, los hospitales han asistido a un incremento en la utilización de aislamiento de pacientes para minimizar la posible diseminación de microorganismos multirresistentes en sus centros. Aparte del aumento en la estancia media, y el tratamiento y diagnósticos adicionales, el coste del aislamiento ha sido estimado en algo menos de 50 \$/día por el material usado, a lo que habría que añadir el tiempo de personal, tanto del equipo de control de infección, como del personal del área donde esté ubicado el paciente.

Las medidas de aislamiento presentan otros efectos adversos valorados en carga de trabajo que inciden directamente sobre el paciente

1. Menor contacto entre sanitarios y el paciente;
2. Mayor retraso en pruebas diagnósticas y aumento de problemas no infecciosos debido a menores cuidados.
3. Mayor depresión y ansiedad en los pacientes;
4. Descenso en el nivel de satisfacción en el paciente.

Además coordinado por el Ministerio de Sanidad, la SEMI y el IACS, en abril 2013 se inició el proyecto «Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España», en el que participan 48 sociedades científicas cuyos objetivos eran disminuir la utilización de intervenciones médicas innecesarias, la variabilidad en la práctica clínica, difundir entre médicos y pacientes el compromiso con el uso adecuado de recursos sanitarios y, promover la seguridad clínica.

La SEMICYUC se comprometió a desarrollar una serie de medidas de " No hacer" y entre ellas elegimos para nuestro proyecto " No mantener las medidas de aislamiento establecidas en los pacientes con patología transmisible confirmada durante toda su estancia en UCI. Las medidas se deben mantener habitualmente mientras dura la enfermedad infecciosa o la colonización."

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal será evaluar la idoneidad de la duración del aislamiento indicado.

1. Se estudiará si el aislamiento está indicado Se clasificará el aislamiento en protector o por infección y éste a su vez, de contacto, por gotas y aéreo
2. Se valorará si el tipo de aislamiento es el adecuado. Protector, contacto, aéreo y/o gotas
3. Se seguirá el aislamiento para valorar si la duración es adecuada a la infección/inmunosupresión

MÉTODO

Se realiza seguimiento prospectivo de todos los pacientes mayores de 18 años ingresados (al menos 24 h) en el servicio de medicina intensiva del H.C.U.Z a partir del 1 de septiembre de 2018 durante tres meses hasta el 30 de noviembre de 2018.

Para ello se contará con hoja de datos individualizadas para cada unidad

Se evaluarán los resultados correspondientes a ese período y se realizará una intervención formativa dirigida al staff médico y al equipo de enfermería

Nuevo seguimiento prospectivo durante los meses de Febrero- Abril 2019.

Valorar los resultados y conclusiones finales.

INDICADORES

Tasa adecuada de la indicación (TAI): Nº pacientes aislados correctamente /Nº total de aislados, por 100

Tasa de aislamiento adecuado global (TAAG) : Nº pacientes con tipo de aislamiento correcto/ Nº total de aislados, por 100

Tasa de duración adecuada (TDA): Nº pacientes con duración de aislamiento adecuado/Nº total de aislados, por 100

DURACIÓN

Durante el período de tres meses desde el 1 de septiembre al 30 de noviembre de 2018 se han recogido los datos correspondientes a la forma de aislar los pacientes en la tres unidades de cuidados intensivos del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza interesando tres aspectos fundamentales:

1. Aislamiento por "Resistencia Zero"(RZO)
2. Aislamiento en relación a las precauciones basadas en mecanismo de transmisión (contacto, gotas y aérea)
3. Aislamiento protector

El número de pacientes ingresados durante el periodo correspondió a 437 pacientes (edad media 65,47, Apache II medio 10,83 relación varón : mujer 2,4:1 Cumplieron criterio para realizar aislamiento preventivo por RZO 84 pacientes de los cuales se le realizó al 80,8%. La mediana de la duración fue de 2 días. El porcentaje de RZO en los que el frotis fue positivo con puntuación = 2 fue de 20 % (predominio de SARM y enterobacteria BLEE) El total de aislados por todas las causas fue de 90. Además del aislamiento preventivo por RZO el resto de los casos se corresponden pequeño número de bacterias multirresistentes en RZ semanal, broncoaspirado, hemocultivos, aislamiento protector, sospecha de meningitis y de gripe A y cuadros diarreicos.

Los indicadores han sido:

TAI: 0,97%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1004

1. TÍTULO

PROYECTO Nº 810: CESE MEDIDAS AISLAMIENTO EN MEDICINA CRITICA 2019

TAAG: 0,98%
TDA: 0,77%

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1256

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA EL TCAE EN LA UCI-MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL EZQUERRA BIESCAS
· Profesión TCAE
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ GOMEZ SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Según el cronograma, se realizaron reuniones bimensuales del equipo de mejora.

Durante Abril y Mayo del 2019, se llevó a cabo una puesta en común con el equipo de supervisión de las principales necesidades de formación del personal TCAE de nueva incorporación en la unidad para desarrollar el manual. De Junio a Agosto de 2019 se elaboró el procedimiento el "MANUAL DE ACOGIDA PARA EL TCAE EN LA UCI-MEDICA".

En septiembre se maquetó el manual y se fue dando a cada persona de nueva acogida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración del Manual de Acogida para TCAE de nueva incorporación en UCI Médica.
Repartido en el total de personas de nueva acogida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La rotación del personal, la complejidad y tecnificación de los cuidados del paciente crítico hace necesario dotar de herramientas al personal de nueva incorporación en la unidad.

El manual ayuda a orientarse a los nuevos TCAEs en la unidad, planifica las tareas principales en función del turno y explica las técnicas más habituales.

Es importante que los TCAEs tengan claro que es una primera toma de contacto y que el control y manejo de la misma requiere de tiempo y dedicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1256 ===== ***

Nº de registro: 1256

Título
MANUAL DE ACOGIDA PARA EL TCAE EN LA UCI-MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Autores:
EZQUERRA BIESCAS JOSE MIGUEL, IBAÑEZ GOMEZ SUSANA

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: Toda patología tratada en UCI
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El trabajo diario del TCAE (Técnico de Cuidados Auxiliares en Enfermería) en una UCI es una pieza esencial dentro del equipo multidisciplinar. No es un trabajo fácil. De hecho, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se caracteriza por ser el área hospitalaria donde se trabaja con mayor presión y bajo los mayores índices de estrés.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1256

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA EL TCAE EN LA UCI-MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA

La llegada de personal de nueva incorporación a una UCI siempre es estresante, por la complejidad del paciente, por la rapidez que precisan las intervenciones, por la diversidad de técnicas y multitud de aparataje con el cual no se suele estar familiarizado.

Por todo ello, parece pertinente la elaboración de un manual de acogida donde se explique el funcionamiento habitual de la unidad durante los diferentes turnos de trabajo.

RESULTADOS ESPERADOS

- .Disminuir la ansiedad de las personas de nueva incorporación en una unidad de cuidados intensivos.
- .Ampliar el conocimiento de todos los cuidados y actividades que el TCAE realiza en una UCI.
- .Reducir la variabilidad clínica en los cuidados de los pacientes críticos y mejorar su seguridad.

MÉTODO

- .Revisión bibliográfica de documentación acerca del proyecto.
- .Reuniones bimensuales de equipo.
- .Elaboración de documentos y puesta en común en las diferentes reuniones.
- .Elaboración de un manual.
- .Elaboración de una encuesta para valorar el manual.
- .Disfusión del manual.

INDICADORES

Disfusión del manual= N° de manuales repartidos/ N° de personal de nueva acogida en la unidad *100. Estándar previsto 80%.

Grado de satisfacción= Grado de utilidades encuesta * 100. Estándar 75%.

DURACIÓN

- .Las actividades serán realizadas de manera equitativa por todas las partes del equipo.
- .Revisión bibliográfica. Abril 2019
- .Reuniones bimensuales.
- .Elaboración de documentos y puesta en común en las diferentes reuniones. Abril-Mayo 2019.
- .Elaboración de un manual. Mayo-Junio 2019.
- .Elaboración de una encuesta para valorar el manual. Junio 2019
- .Disfusión del manual. Junio-Septiembre 2019.
- .Disfusión encuestas. Junio-Septiembre 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1279

1. TÍTULO

DA A TU PACIENTE UN "FAST HUG"

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE PATRICIA MORA RANGIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BARCELO CASTELLO MIREIA
JIMENEZ BARTOLOME BELEN
SANCHEZ MONTORI LAURA
RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN
ASIN CORROCHANO MARTA OLGA
OCABO BUIL PAULA
MATUTE GUERRERO ALMUDENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La actividad realizada es cumplimentar un check-list durante la sesión clínica, en éste se incluyen 7 ítems importantes en el tratamiento del paciente crítico (alimentación, analgesia, sedación, tromboprofilaxis, elevación de cabecero en el paciente ventilado, profilaxis de úlceras de estrés, glucemia). Si bien cierto que no engloba la totalidad del tratamiento del paciente crítico, incluye 7 puntos de importancia que pueden pasar inadvertidos puesto que el tratamiento del paciente crítico es dinámico y complejo, es ejemplo la tromboprofilaxis con heparina, inicialmente puede estar contraindicada y deberá incluirse en el tratamiento en los días sucesivos.

Se inició el proyecto en Abril de 2019 mediante el diseño del check-list y la información al personal de la UCI-quirúrgica de la realización de éste. La recogida de datos se realizaron entre mayo-septiembre de 2019. Incluyendo un total de 114 tratamientos.

Los recursos empleados han sido mínimos, incluyendo un check-list, la revisión del tratamiento en el programa de trabajo de la UCI (ICIP) y preguntas sobre el tratamiento al facultativo responsable de cada paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados obtenidos indican que se ha detectado posibles mejoras en el tratamiento y/o medidas generales del tratamiento, tras la comprobación con el check-list FAST-HUG en un total de 26 de 114 tratamientos, correspondiendo a un 22.80%. De los detectados, se han efectuado cambios tras la comprobación en un 82.14%.

De los ítems valorados, se ha detectado mayor posibilidad de mejoría de tratamiento en la pauta para la profilaxis de úlcera de estrés (adecuando la posología al protocolo hospitalario) y en la tromboprofilaxis (HBPM) con un 30.77% cada ítem. Seguidos de un 23.07% en el caso del cabecero a 30°, 11.53% en la insulina y 3.84% en el caso de la nutrición.

Hay que recalcar que se incluye como mejoría de tratamiento el hecho de no haber incluido la medida o el fármaco en el tratamiento, el hecho que no se ajusten las dosis a las pautas del protocolo hospitalario, o bien, que exista sobredosificación (como es el caso de la sedación).

El standard con los que se compara nuestras cifras son los publicados por la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) en el año 2017.

INDICADOR RESULTADOS OBTENIDOS

A. Feeding

1.(No de enfermos con NE e inicio precoz/No enfermos con NE)x100 $1 \cdot [84 / 92] \cdot 100 = 91.30\%$
Estándar 100%

2.(No enfermos con indicación de NP/ No total 2.[14/18]*100= 77.78% enfermos que necesitan nutrición artificial) x100
Estándar 100%

B. Analgesia

1. (No enfermos con analgesia continua adecuada/no 1. [99/114]*100= 86.84% enfermos con necesidad de analgesia) x100.

C. Sedación

1. (No enfermos con sedación continua adecuada/No 1. [27/37]*100= 72.97% enfermos con sedación) x100
Estándar 85%

D. Tromboprofilaxis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1279

1. TÍTULO

DA A TU PACIENTE UN "FAST HUG"

1. (no pacientes con medidas antiTVP/ 1. [99/116]*100= 85.34%
no pacientes con indicación de tromboprofilaxis)x 100
Estándar 90%

E. Cabecero >20°:

1. (VMI con cabecero>20°/Pacientes en VMI) x100 1. [45/51]*100= 88.24%
Estándar >90%

E. Profilaxi úlcera estrés:

1. (No pacientes que reciben profilaxis úlcera stress/ 1. [115/116]*100= 99.14%
No pacientes que deben recibir profilaxis úlcera stress) x100
Estándar 100% * [115/116]*100= 99.14%

F. Glucose control:

1. (No enfermos con glucemia>150 mg/dl y en tto con insulina/ 1.[24/24]*100= 100%
No enfermos con glucemia > 150 mg/dl) x100
Estándar 80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que se ponen todos los esfuerzos para el tratamiento óptimo de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Intensiva, ante la complejidad de los tratamientos y el dinamismo de la evolución del paciente con frecuentes cambios de situación clínica, no es de extrañar que puedan darse tratamientos subóptimos.

Ante ello es necesario incluir técnicas para minimizar este riesgo. Es el caso de los check-list. Con una simple revisión del tratamiento mediante comprobación de ítems con el check list se pueden detectar fallos. Con los datos recogidos con en el proyecto "DA A TU PACIENTE UN FASTHUG" se ha objetivado que hasta un 22.80% de los tratamientos pueden ser optimizados.

El proyecto es fácilmente reproducible, simplemente hay que asociar esta valoración en el pase clínico de los pacientes de manera diaria, y realizarlo de manera rutinaria.

En relación a los aspectos del proyecto pendientes, ha quedado la inclusión de éste en el pase clínico de manera diaria, tanto en la UCI-quirúrgica como en el resto de UCis.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1279 ===== ***

Nº de registro: 1279

Título
DA A TU PACIENTE UN "FAST-HUG"

Autores:
MORA RANGIL PATRICIA, BARCELO CASTELLO MIREIA, JIMENEZ BARTOLOME BELEN, SANCHEZ MONTORI LAURA, RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN, ASIN CORROCHANO MARTA, OCABO BUIL PAULA, MATUTE GUERRERO ALMUDENA

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
De manera continua se realizan esfuerzos para mejorar la calidad asistencial del paciente crítico en las UCIs, a pesar de ello aparecen errores médicos. La realización de sesiones clínicas y la utilización de protocolos y check-list disminuyen su incidencia.
Puede suceder que nos preguntemos cómo un paciente al tercer o cuarto día de ingreso no haya recibido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1279

1. TÍTULO

DA A TU PACIENTE UN "FAST HUG"

heparina profiláctica si no existe contraindicación para ello. La realización de check-list rutinarios puede disminuir la incidencia de estos sucesos.

En este contexto aparece el "FAST-HUG", una regla nemotécnica simple y corta que realza algunos aspectos claves del paciente crítico. Ésta se debería aplicar, en forma de check-list, por lo menos una vez al día.

En ella se incluye:

1. F (Fedding/ Alimentación): La malnutrición aumenta el número de complicaciones y otorga peor pronóstico a los pacientes.

Preguntas a realizarnos. ¿Puede tolerar dieta oral? Si no, ¿Puede tolerar nutrición enteral? Si no es posible, ¿Deberíamos iniciar nutrición parenteral?

2. A (Analgesia): El dolor puede producir alteraciones físicas y psíquicas. Debemos asegurar que nuestro paciente recibe analgesia en dosis adecuadas y evitar la sobredosificación.

3. S (Sedation/Sedación): Valorar el nivel de sedación adecuado mediante la escala RASS (Richmond agitation-sedation scale) y el fármaco adecuado, la situación clínica del paciente y establecer la dosis óptima, evitando la sobredosificación.

4. T (Thromboembolic profilaxys): Valorar el inicio de heparina a dosis profilácticas o inicio de dispositivos mecánicos para evitar la trombosis venosa profunda, en función de la situación clínica del paciente.

5. H (Head of the bed elevated/ Elevación cabecero): Mantener cabecero entre 30-45°, excepto en contraindicación, para disminución de incidencia de neumonía nosocomial.

6.G (Glucose control/control glucémico): Mantener rango de glucemia <150 mg/dl mg/dl, optimizando la pauta de insulina.

Por tanto, a pesar que el FAST-HUG no incluye todas las variables importantes en los pacientes críticos, incluye siete de gran importancia que se pueden aplicar a todo paciente crítico de manera independiente a su patología y por parte del personal de enfermería y médico. Es fácil y sencillo de aplicar en forma de check-list diario, de esta manera, aspectos esenciales del paciente crítico pueden revalorarse a diario y evitar olvidos terapéuticos

RESULTADOS ESPERADOS

- Optimización de los tratamientos en el paciente crítico.
- Aumentar la seguridad en el paciente crítico.
- Mejorar la calidad asistencial.
- Mejorar la dinámica de trabajo.
- Cumplir los indicadores de calidad en relación a las variables del "FAST-HUG" recomendados por la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) 2017.
- Implicar a todo el staff (médico y enfermería) en la vigilancia del tratamiento

MÉTODO

* Realización de un documento en formato check-list con las variables del FAST-HUG, por cada variable valoración de si se ha iniciado el tratamiento en el momento de la comprobación y si su "no inicio" es adecuado a la situación clínica del paciente.

* Revisión de las indicaciones, en las últimas guía clínicas, de inicio del tratamiento de cada variable en función de los grandes grupos de pacientes (neurológico, neuroquirúrgico, postquirúrgico, traumatizado, médico).

* Reuniones con el personal sanitario de la UCI-quirúrgica para explicación del proyecto

* Comprobación en la sesión clínica de las 13h del check-list FAST-HUG para optimización del tratamiento médico.

INDICADORES

Indicadores de calidad extraídos de los indicadores de calidad en paciente crítico publicados por SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias) en el año 2017.

-* Fedding:

*(Nº de enfermos con NE e inicio precoz/Nº enfermos con NE)x100

*(Nº enfermos con indicación de NP/ Nº total de enfermos que necesitan nutrición artificial) x100

- Analgesia:

*(Nº enfermos con analgesia continua adecuada/nº enfermos con necesidad de analgesia)x100.

- Sedation:

*(Nº enfermos con sedación continua adecuada/Nº enfermos con sedación)x100

*(Nº días en ventilación mecánica con nivel sedación>objetivo que se interrumpe sedación/ Nº días con nivel sedación > objetivo)x100

- Thromboembolic profilaxys :

*(nº pacientes con medidas antiTVP/nº pacientes con indicación de tromboprofilaxis)x 100

- Head of the bed elevated:

*(Nº días en VMI y posición igual o superior a 20º/Nº de días de VM invasiva)x100

- Ulcer profilaxi:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1279

1. TÍTULO

DA A TU PACIENTE UN "FAST HUG"

- * (Nº pacientes que reciben profilaxis úlcera stress/Nº pacientes que deben recibir profilaxis úlcera stress)x100
- Glucose control:
- * (Nº enfermos con glucemia>150 mg/dl y en tto con insulina/Nº enfermos con glucemia > 150 mg/dl)x100

DURACIÓN

- Abril 2019:
- *Búsqueda de indicaciones clínicas, índices y estándares de calidad de cada variable.
- *Realización de documento con las indicaciones de tratamiento de cada variable y confección de check-list del protocolo FAST-HUG.
- * Formación personal UCI-quirúrgica.
- *Inicio de recogida de datos.
- PERIODO RECOGIDA DE DATOS: ABRIL 2019-DICIEMBRE 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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 - 2018/0698

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERRO TERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE CLAUDIA JOSA LAORDEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCES HORNA VANESA
OLIVAN USIETO TERESA
LONGAS GASPAS ANA ISABEL
BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas han sido menores a las previstas debido a que en la fecha actual no se han cumplido los 6 meses desde la puesta en marcha del proyecto de mejora.

- No se ha podido realizar hasta el momento la reunión de formación conjunta con Atención Primaria, debido principalmente a movilidad del personal en ambos servicios. Sin embargo, aquellos que han contactado con nuestro servicio telefónicamente solicitando un tratamiento con hierro endovenoso, se les ha indicado el nuevo método planteado para conseguir una derivación más rápida.

- Se ha contactado de forma telefónica con los pacientes para informarles del inicio del tratamiento, fecha y localización, iniciando el tratamiento siempre con una demora inferior a 15 días desde nuestro contacto con Atención Primaria.

- Se ha realizado un registro de todos los pacientes que actualmente se encuentran en tratamiento con hierro endovenoso en nuestro Centro, mediante una ficha en formato excel, indicando la dosis y periodicidad, así como los datos clínicos del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta la fecha actual no se han evaluado los indicadores propuestos en el Proyecto de mejora, ya que estos debían ser evaluados a los 6 y 12 meses del inicio del proyecto.

Sí que se han registrado en la Historia Clínica Electrónica los tratamientos con hierro endovenoso implantados hasta este momento en nuestra agenda de Hospital de Día / Unidad Crónico Complejo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos han sido correctamente planteados, se ha iniciado un registro de los tratamientos con hierro endovenoso en nuestro Servicio para poder optimizar los recursos del Centro. Debemos mejorar la comunicación con Atención Primaria para poder gestionar de forma más eficaz estos tratamientos, con el objetivo de reducir la demora en nuestras consultas, agilizando las primeras visitas y el inicio del tratamiento. El proyecto es sostenible debido a la escasa necesidad de recursos materiales y personales nuevos, pudiéndose replicar en otros centros con facilidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/698 ===== ***

Nº de registro: 0698

Título
COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERROTERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Autores:
JOSA LAORDEN CLAUDIA, GARCES HORNA VANESA, OLIVAN USIETO TERESA, LONGAS GASPAS ANA ISABEL, BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

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 .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0698

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERRO TERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La vía actual de derivación para los pacientes subsidiarios de tratamiento con hierro endovenoso, se realiza desde Atención Primaria, Urgencias u otras especialidades. Habitualmente el paciente es citado en nuestras consultas en un periodo máximo de 2 meses, según demora. Si en el momento de la visita se dispone de analítica completa reciente (igual o inferior a un mes), se decide si el paciente es candidato a tratamiento con hierro. Si no se dispone de la misma, se solicita una analítica con dichos parámetros, requiriendo una nueva visita. Tras esta evaluación, si el paciente requiere tratamiento con hierro endovenoso, se gestiona a través del servicio de urgencias del Centro Sanitario Cinco Villas el día de inicio, programando tanto la dosis como la periodicidad. Tras el tratamiento pautado se revalora la necesidad de continuación del mismo. La pertinencia de este proyecto, en el momento actual en nuestro centro, sería con el fin de reducir el tiempo de demora entre Atención Primaria y Medicina Interna, mediante una derivación rápida, por vía telefónica, asegurando citar en el periodo inferior a un mes, a todos los pacientes que potencialmente requirieran este tratamiento. Este proyecto contribuiría a mejorar la situación actual, dado que el número de pacientes que requieren tratamiento con hierro endovenoso es elevado en nuestra población, teniendo en cuenta la edad y las comorbilidades asociadas. Esto hecho mejoraría el tiempo de espera y la gestión de las necesidades del paciente. Además, se iniciará un registro electrónico de los pacientes en tratamiento, para adecuar las dosis y periodicidad a las necesidades reales. Nos gustaría remarcar que hasta el momento actual no existe ninguna vía de derivación rápida, la cual reduciría la demora de la primera visita, el número de visitas necesarias para inicio del tratamiento y permitiría un mejor registro y gestión de los tratamientos pautados.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana serían aquellos pacientes, de cualquier edad, con anemia (Hb < 12 g/dL en mujeres y Hb < 13 g/dL en hombres) asociada con ferropenia, con índice de saturación de la transferrina inferior al 20%.

Los objetivos de este proyecto son:

- Disponer de una vía reglada de derivación rápida a nuestras consultas, mediante conexión telefónica, para los pacientes subsidiarios de tratamiento con hierro endovenoso.
- Implantar el sistema de derivación con Atención Primaria para remitir de forma rápida a los pacientes que precisan dicho tratamiento.
- Disminuir el tiempo de demora para la valoración del paciente, con una única visita inicial para programar el tratamiento.
- Adecuar la dosis y periodicidad del tratamiento con hierro endovenoso a las necesidades del paciente, mediante un registro informatizado de todos los tratamientos.

MÉTODO

En el momento actual, unos 65-70 pacientes acuden a nuestras consultas mensualmente, con una demora aproximada de primera visita de 1-2 meses, si la derivación es considerada "normal", e inferior en el caso de "preferente".

Las acciones previstas para lograr nuestros objetivos son: previo a la implantación del proyecto, los componentes del mismo, nos pondríamos en contacto con los coordinadores de todos los centros de salud dependientes del Centro Sanitario Cinco Villas. En esta reunión de formación, bien presencial, por vía telefónica o videoconferencia, les indicáramos el objetivo del proyecto, así como sus requisitos y el método de contacto para su implantación. A partir de ese momento, podrían ponerse en contacto telefónico directo con nuestro Servicio, de lunes a viernes, de 8 a 14 horas, indicándonos los datos de filiación y el número de historia del paciente que requiera nuestra valoración.

Para agilizar nuestra valoración recomendamos remitir al paciente con una analítica completa que incluya todos los parámetros necesarios para el estudio etiológico de la anemia, enviando así mismo una analítica de muestra en caso de que fuera necesario.

INDICADORES

- número de consultas solicitadas
- número de tratamientos con hierro endovenoso implantados
- demora (días) para primera visita
- demora (días) para inicio del tratamiento

Dentro de 6 y 12 meses tras el inicio previsto, en Febrero y Agosto 2019, se evaluarán estos indicadores, así como los tiempos de demora y la satisfacción de este nuevo método de comunicación y vía rápida por los médicos de atención primaria, mediante una encuesta de satisfacción.

DURACIÓN

Implantación en los Centros de Salud mediante información telefónica, por video-conferencia o presencial: Junio-Agosto 2018

Derivación de pacientes a Consultas de Medicina Interna por vía telefónica: A partir de Agosto 2018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0698

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERRO TERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

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 - 2018/0856

1. TÍTULO

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE CARLA TOYAS MIAZZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA GUTIERREZ ANYULI
DE ESCALANTE YANGÜELA BEGOÑA
REMACHA MONEDERO ALBA
ADRIAN SANJUAN RAQUEL
LOPEZ LEON MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión de informes de alta de pacientes en los que se realizó sedación paliativa, durante un año, para poder enviar encuesta de satisfacción (previa a poner proyecto en marcha), para así poder compararlo tras su instauración.
- Elaboración del documento de apoyo a los facultativos, tras la toma de decisión de sedación paliativa/terminal.
- Revisión de bibliografía para decidir que variables recoger para realizar el descriptivo de las características de los pacientes en los que se toma la decisión de sedar y aquellas para ayudar a minimizar técnicas diagnóstico/terapéuticas fútiles en estos pacientes.
- Inicio de elaboración de carta y encuesta de satisfacción para los familiares de pacientes en los que se haya realizado sedación paliativa/terminal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han obtenido número de pacientes en los que se realizó sedación paliativa/terminal, durante un año. (46) (no hay estandar)
Se ha solicitado información informal al CEICA por si se precisara de algún tipo de consentimiento informado.
Inicio de elaboración de la base de datos para la recogida de datos para estudio descriptivo de pacientes en los que se tome la decisión de realizar sedación paliativa/terminal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Enriquecedoras las reuniones para ir diseñando y tomando decisiones en el desarrollo del proyecto.

Quedan pendientes:

- Difusión del documento de apoyo a los facultativos
- Envío (tras revisión del grupo) de la carta y encuesta para familiares, antes de poner en marcha el proyecto actual.
- Recogida de datos de pacientes en los que se use el documento de apoyo y su análisis posterior.
- Envío de la carta y encuesta para familiares, tras haber puesto en marcha el proyecto actual.
- Análisis de satisfacción, con encuestas contestadas devueltas, antes y después de poner en marcha el proyecto.
- Diseño de la encuesta para los facultativos que utilicen el documento de apoyo, su entrega y su análisis.

7. OBSERVACIONES.

Se necesitará, como ya se especificó en el proyecto, apoyo estadístico y administrativo (envío y recepción de cartas de encuestas)

*** ===== Resumen del proyecto 2018/856 ===== ***

Nº de registro: 0856

Título
APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

Autores:
TOYAS MIAZZA CARLA, REMACHA MONEDERO ALBA, DE ESCALANTE YANGÜELA BEGOÑA, ADRIAN SANJUAN RAQUEL, LOPEZ LEON MARIA JESUS, GRACIA GUTIERREZ ANYULI

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedad terminal no neoplásica o neoplásica
Línea Estratégica .: Otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0856

1. TÍTULO

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

Tipo de Objetivos : Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Satisfacción

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Cada año más de 20 millones de personas en el mundo afrontan el final de su vida (FV) por enfermedad avanzada y el 70% de los que fallecen sufre un periodo de varios meses de ET en el que la persona y su familia viven circunstancias que ocasionan gran sufrimiento.

En la mayoría de países desarrollados, la muerte se produce en hospitales e instituciones y cada vez menos en domicilio. El envejecimiento poblacional y la creciente dependencia hacen que muchos de estos pacientes sean atendidos en Medicina Interna (MI).

La falta de formación sobre cuidados paliativos por los profesionales de la salud y el desconocimiento de los pacientes y la familia acerca de las últimas fases de la enfermedad, son un obstáculo importante a los programas de mejora del acceso a esos cuidados.

En MI acogen cada vez con más frecuencia la atención a estos pacientes y la polivalencia, visión integral e integradora se hacen necesarias y cobran especial valor.

Cuando las estrategias de intervención han resultado ineficaces ante un paciente en situación terminal, la adecuación del esfuerzo terapéutico y en ocasiones, la sedación paliativa, son necesarias. Ambos conceptos deben convertirse en una práctica socialmente aceptada y bien manejada por los profesionales sanitarios. Están recogidas en el BOE núm. 115, 14 mayo 2011 y BOA núm. 70, 7 abril 2011, y su objetivo es proporcionar a la persona al FV una atención sanitaria de calidad, apoyando a la familia en la toma de decisiones.

Nuestro objetivo principal es mejorar la atención al FV desarrollando un documento informativo que ayude a los profesionales a transmitir la situación vital del paciente y la actitud terapéutica ofrecida y que ayude a las familias a entender la situación de irreversibilidad, la futilidad de otras medidas diagnóstico-terapéuticas y el importante sufrimiento del paciente, aceptando, si es necesaria la sedación paliativa/terminal (ST) con la tranquilidad de saber que se le va a ofrecer una "buena muerte".

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la atención al paciente terminal y su familia y evitar la sensación de abandono con sufrimiento físico o psicológico
- Ayudar al profesional en la comunicación con las familias de pacientes que precisen ST
- Ofrecer información escrita en lenguaje sencillo a los familiares, para ayudar a que participen activamente en la toma de decisiones al FV
- Conocer datos epidemiológicos y clínicos de pacientes a los que se aplique ST
- Identificar medidas de diagnóstico y ttº fútiles en pacientes en ST (obstinación terapéutica)

MÉTODO

- Elaboración de un documento informativo que explique en lenguaje sencillo qué es la ST y en qué momento se emplea, para ser utilizado por los profesionales de MI como complemento y apoyo a la hora de informar a los familiares del paciente.
- Difusión del documento en sesión clínica del servicio y con personal sanitario del Servicio de Medicina Interna C (MIC).
- Elaboración de una encuesta sencilla sobre la utilidad del documento y puntos de mejora para el personal médico del servicio y resto de personal sanitario de MIC.
- Elaboración de una encuesta de satisfacción a las familias de fallecidos con sedación en MI (se intentará realizar previa y posteriormente a la puesta en marcha de este plan de mejora).
- Diseño de estudio descriptivo que incluya variables epidemiológicas, clínicas y técnicas diagnóstico-terapéuticas fútiles en pacientes que reciban ST.
- Elaboración de consentimiento informado para la recogida de datos epidemiológicos, clínicos y técnicas aplicadas, de pacientes en los que se decida sedación paliativa en MIC.

INDICADORES

- % de pacientes en los que se ha utilizado el documento de apoyo al FV. Estándar desconocido.
- Grado de satisfacción de los profesionales respecto al documento diseñado, utilidad y puntos de mejora. Fuente: encuesta personal sanitario.
- Grado de satisfacción de las familias, previo y posterior a la implementación del documento. Fuente: encuestas contestadas de familiares.
- Estudio descriptivo de los pacientes a los que se aplicó ST en MIC. Fuente: recogida de datos de pacientes con ST en MIC.
- Estudio descriptivo de los datos recogidos acerca de las técnicas fútiles realizadas en los últimos momentos de la vida. Fuente: recogida de datos de pacientes con ST en MIC.

DURACIÓN

- Elaboración del documento informativo. (Dra. Toyas)
- Elaboración de la encuesta de satisfacción para familiares. (Dra. Toyas/Gracia)
- Elaboración de la encuesta de satisfacción para el personal sanitario. (Dra. Toyas/Gracia)
- Entrega de documentación para su aprobación por las comités pertinentes. (Dra. Toyas)
- Difusión del documento informativo a los médicos del Servicio de MI en sesión clínica. (Dra. Toyas/de Escalante).
- Difusión del documento al resto de personal sanitario de MIC. (Sras. López, Remacha y Adrian)
- Análisis datos epidemiológicos, clínicos y técnicas fútiles realizadas a pacientes que han recibido ST. (el equipo)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0856

1. TÍTULO

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

- Encuesta a los miembros del servicio y a familiares. (el equipo)
- Análisis del nivel de satisfacción y de datos recogidos. (el equipo).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1114

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN VICENTE DE VERA FLORISTAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRUBIA PEREZ CARMEN
PEREZ CALVO JUAN
SAMPERIZ LEGARRE PILAR
RUIZ DE LA IGLESIA FERNANDO
ESPUELAS MONGE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos consensado la hoja de información y realizada su difusión en sesión clínica a todos los adjuntos y R5 del servicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ha habido una buena aceptación por parte del servicio

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos iniciando la puesta en marcha ahora que se han incorporado nuevos adjuntos al servicio

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1114 ===== ***

Nº de registro: 1114

Título
HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE

Autores:
VICENTE DE VERA FLORISTAN CARMEN, TORRUBIA PEREZ CARMEN, PEREZ CALVO JUAN, SAMPERIZ LEGARRE PILAR, RUIZ DE LA IGLESIA FERNANDO, ESPUELAS MONGE MARIA

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:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad en el Servicio de Medicina Interna (SMI) existe una hoja de información personalizada que incluye la identificación del facultativo, horario y lugar de información médica, que está siendo infrutilizada por parte de los facultativos.

A pesar de que habitualmente el facultativo se presenta en el primer contacto que tiene con el paciente y familiares, es frecuente constatar a lo largo del ingreso que desconocen el nombre del médico responsable; además, el deseo de conocer e identificar a los profesionales responsables de su cuidado aparece como el primer punto dentro del "Decálogo del paciente hospitalizado", recientemente editado.

También es habitual la información a familiares en el pasillo, por parte del facultativo, donde es más difícil preservar la confidencialidad y su derecho a la intimidad. Además, esta práctica puede implicar la presencia de mayor número de familiares de los estrictamente necesarios, en horario de mañana, lo que en ocasiones altera el trabajo de los distintos profesionales en la planta.

Se pretende al entregar la Hoja de Información Personalizada, que el médico responsable pueda ser identificado en todo momento por paciente y familiares y adecuar la información a los familiares en despacho médico en horario establecido respetando confidencialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1114

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE

RESULTADOS ESPERADOS

- Cumplir la ley de Autonomía del paciente.
- Identificación del médico responsable del paciente
- Evitar información en el pasillo adecuando el lugar de información respetando la intimidad del paciente y el secreto profesional
- Disminuir el número de familiares durante el pase de visita y evitar su permanencia en los pasillos para favorecer el trabajo de los distintos estamentos

MÉTODO

- Actualización de la hoja de información personalizada
- Sesión clínica informativa a todo el servicio presentando la hoja y explicando el proyecto
- Distribución de la hoja informativa personalizada
- Recordatorio mensual, junto con la evaluación mensual, o un envío mensual a cada facultativo, de los resultados

INDICADORES

- Número de pacientes ingresados en el SMI a los que se les ha facilitado la hoja de información/número de pacientes ingresados en el SMI
- Evaluación una vez al mes durante 6 meses. Habrá un médico responsable en cada planta del SMI quién cuantificará el número de hojas dadas por cada facultativo a los enfermos/ familiares correspondiendo con el número de altas mensuales, las hojas estarán numeradas previamente.

DURACIÓN

Fase de intervención: septiembre 2018-marzo 2019
Difusión proyecto de mejora entre personal facultativo: septiembre 2018
Implantación de la hoja de información personalizada: octubre 2018 a marzo 2019
Recogida de indicadores: octubre a marzo
Valoración de resultados. Abril 2019 -mayo 2019

OBSERVACIONES

HOJA DE INFORMACIÓN PERSONALIZADA

Estimado señor o señora:

El/la médico especialista que le atenderá durante su ingreso en la planta de Medicina Interna es el/la Dr./Dra.

El horario en el que de manera habitual puede recibir la información sobre la evolución clínica de los pacientes, siempre y cuando el paciente en uso de sus facultades no exprese objeciones, será:

Médico

Horario
Lugar

Dr./Dra.
13:30 H
SECRETARIA

Establecer un horario de información propiciará una información diaria más completa y exhaustiva, por lo que siempre y cuando sea posible, debemos respetarlo ya que ello redundará en beneficio de los pacientes y facilita el trabajo de los profesionales.

En fin de semana no se facilitará información médica salvo incidencias o ingresos.

No obstante, si la situación clínica del paciente sufriera modificaciones significativas o existieran causas justificadas que le impidan ajustarse al horario previsto, por favor comuníquelo a su médico e intentaremos ajustarnos a sus necesidades todo lo que nos sea posible.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1114

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE

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 - 2018/1235

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ALBERTO CANO FERNANDEZ
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ LAIGLESIA FJ
SAMPERIZ LEGARRE PILAR
DE LA RICA ESCUIN MARISA
GARCIA BARRECHEGUREN ANA
MONCHE PALACIN ANA MARIA
GIRON JORCANO GEMA
OLIVERA GONZALEZ SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para analizar el uso de antibióticos al final de la vida, se ha tomado como punto de partida un grupo de 142 pacientes ya fueron seleccionados previamente (mayo-septiembre 2017) mediante el instrumento NECPAL-CCOMS-ICO versión 3.0 2016, como pacientes con enfermedad terminal y necesidad de medidas paliativas. De estos pacientes se han recogido los pacientes fallecidos en el Hospital desde mayo de 2017 hasta mayo de 2018 (un total de 85 pacientes).Se está elaborando actualmente la hoja de recogida de datos de estos pacientes fallecidos en el año posterior y con datos añadidos sobre el tratamiento antibiótico en el caso de los pacientes a los que se les prescribieron antibiótico en ese último ingreso. La bibliografía revisada para ello es muy escasa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 60% de los pacientes NECPAL+ fallecieron en el año siguiente al ingreso. El análisis de pacientes con necesidades paliativas, ya previamente seleccionados, nos parece que puede dar mayor valor al análisis que se realice, dada la dificultad que existe para precisar la agonía o el final de la vida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el momento actual nos encontramos recogiendo los datos necesarios para la evaluación del proyecto de mejora. Tras la recogida de datos procederemos al análisis de los mismos y, tal y como fue descrito al inicio del proyecto, procederíamos a:

- Difundir los resultados entre los miembros del servicio
- Identificar oportunidades de mejora
- Plantear una estrategia de intervención.
- Difundir las posibles acciones de mejora.
- Evaluar los resultados tras la difusión.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1235 ===== ***

Nº de registro: 1235

Título
USO DE ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

Autores:
CANO FERNANDEZ ALBERTO, RUIZ LAIGLESIA FERNANDO, SAMPERIZ LEGARRE PILAR, DE LA RICA ESCUIN MARISA, GARCIA BARRECHEGUREN ANA, MONCHE PALACIN ANA MARIA, GIRON JORCANO GEMA, OLIVERA GONZALEZ SUSANA

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: Enfermedad cronica avanzada
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1235

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

PROBLEMA

En planta de Medicina Interna(MI) ingresan frecuentemente pacientes pluripatológicos, de avanzada edad, con enfermedades crónicas en ocasiones muy avanzadas. La estimación del pronóstico del paciente con enfermedad crónica avanzada (demencia, enfermedad pulmonar, cardiaca, hepática, renal, o cáncer en estadios avanzados) es complejo pero esencial, ya que la detección de una situación de enfermedad avanzada terminal determina la necesidad de medidas paliativas(NECPAL) en ese paciente. Existe la percepción de un uso excesivo de terapias que resultan fútiles en el tratamiento del paciente con enfermedad terminal en la práctica clínica y tanto el uso de esta terapia como su no retirada se considera mala praxis médica, la denominada "obstinación terapéutica".

La limitación de esfuerzos terapéuticos (LET) en algunos pacientes, como resultado de un proceso de valoración clínica ponderada, es una correcta práctica deontológica (Art.27.2 del Código de Ética y Deontología Médica de 1999 de la OMC). LET es la retirada o el no inicio de medidas terapéuticas de soporte vital que el profesional sanitario estima que son inútiles o fútiles en un determinado paciente, ya que tan solo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una mínima calidad de vida. A diferencia de la ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar entre otras, la antibioterapia (AB) resulta más difícil de encasillar dentro de estas medidas de tratamientos de soporte vital. En la bibliografía actual hay pocos datos que aborden el papel del uso AB al final de la vida. Por otra parte, cada vez es más necesaria la sensibilización sobre el adecuado uso de AB en nuestra práctica diaria, tanto por sus efectos en el paciente, en la aparición de resistencias, el medioambiente y gasto sanitario entre otros.

Hemos considerado que puede tener un gran interés el estudio del uso de AB en el final de la vida, analizando su utilización en los días anteriores al fallecimiento en pacientes ingresados en MI, en situación de enfermedad crónica avanzada terminal. Nos ha parecido lo más idóneo realizar el estudio retrospectivo de los pacientes fallecidos en el hospital, dentro de un grupo de 142 pacientes ya seleccionado previamente (mayo-septiembre 2017) con enfermedad terminal y necesidad de medidas paliativas mediante el instrumento NECPAL-CCOMS-ICO versión 3.0 2016. Del análisis que se realice sobre el uso de AB en la etapa final de la vida de estos pacientes, pueden desprenderse conclusiones que ayuden a la toma de las decisiones más adecuadas para mejorar la atención dispensada, dentro de la buena práctica médica.

RESULTADOS ESPERADOS

Estudiar el uso de la AB previo al fallecimiento en el grupo de pacientes previamente seleccionados en situación de enfermedad crónica terminal, con necesidades de cuidados paliativos en el servicio de Medicina Interna(NECPAL+), y encontrar oportunidades de mejora para la práctica clínica en estos pacientes

MÉTODO

- 1.- Determinar los pacientes fallecidos en el hospital desde mayo de 2017 hasta mayo de 2018, dentro del grupo de pacientes previamente seleccionados (NECPAL+).
 - 2.- Recogida de los datos clínicos de los pacientes en situación de enfermedad terminal que han fallecido en el hospital.
 - 3.- De éstos, determinar los pacientes con tratamiento AB los días previos al fallecimiento.
 - 4.- Determinar la duración del tratamiento AB (fecha de inicio y de retirada).
 - 5.- Recogida de los datos clínicos de los pacientes con suspensión del AB, previa al fallecimiento
 - 6.- Determinación de pacientes fallecidos con o sin AB, con notificación pronóstica expresa en Historia clínica.
 - 7.- Análisis de datos
 - 8.- Difusión de los resultados entre los miembros del Servicio.
 - 9.- Identificación de oportunidades de mejora.
 - 10.- Planteamiento de estrategia de intervención
 - 11.- Difusión acciones de mejora
 - 12.- Evaluación de los resultados
- Se revisará para ello, los informes electrónicos de exitus, prescripción terapéutica, registros de enfermería en Cacula Care, y la Historia clínica en soporte papel.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con criterios NECPAL+ fallecidos desde mayo 2017 a mayo 2018 (fallecidos en un año/Nº de pacientes NECPAL x 100)
- Porcentaje de pacientes con criterios NECPAL+, fallecidos, a los que se administre AB en los últimos días previos a su muerte (fallecidos con AB/Fallecidos total x100)
- Porcentaje de pacientes con criterios NECPAL+, fallecidos, a los que se retira AB en los últimos días previos a su muerte (fallecidos con retirada deAB/Fallecidos con AB los días previos x100)

DURACIÓN

Fecha inicio: Junio 2018
Fecha de finalización: Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1235

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

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 - 2018/1422

1. TÍTULO

PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE LA ATENCION RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HCU "LOZANO BLESAS" DE ZARAGOZA 2018

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE SUSANA OLIVERA GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTABARBARA ARILLA CRISTINA
GARCIA BARRECHEGUREN ANA
MARCO NAVARRO MARIA JOSE
GRACIA GUTIERREZ ANYULI
CAMON PUEYO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
No iniciado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No alcanzados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ninguna por el momento

7. OBSERVACIONES.
Debido a aprobado en OPE de responsable de proyecto y obtención de plaza en otro hospital, no se ha llevado a cabo el proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1422 ===== ***

Nº de registro: 1422

Título
PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE LA ATENCION RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HCU "LOZANO BLESAS" DE ZARAGOZA

Autores:
OLIVERA GONZALEZ SUSANA, SANTABARBARA ARILLA CRISTINA, GARCIA BARRECHEGUREN ANA, MARCO NAVARRO MARIA JOSE, GRACIA GUTIERREZ ANYULI, CAMON PUEYO 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: TODA PATOLOGÍA MÉDICA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La satisfacción de los pacientes se considera un importante componente de la calidad de la atención sanitaria. Debido a la valoración individual de la asistencia sanitaria recibida, resulta complejo realizar una medida objetiva de la misma. Existen diferentes metodologías para medir la satisfacción del paciente, siendo una de las herramientas más populares las que se basan en el uso de cuestionarios, tanto autoadministrados a los pacientes como los cumplimentados mediante entrevista personal. Recientemente en nuestro hospital se ha desarrollado un decálogo de los puntos que resultan de mayor importancia para los pacientes ingresados en el HCU. El objetivo de este proyecto es realizar una aproximación a la percepción que tienen los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna de la calidad, sobre todo de los aspectos interpersonales, así como del cumplimiento de decálogo mencionado anteriormente y recientemente difundido en nuestro hospital, pudiendo servir como punto de partida para implementar la atención humana ofrecida a nuestros pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1422

1. TÍTULO

PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE LA ATENCION RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HCU "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA 2018

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer la percepción de los pacientes ingresados en M. Interna de la atención interpersonal recibida por el personal sanitario en el servicio de M. Interna del HCU "Lozano Blesa".

MÉTODO

Se realizará un estudio observacional descriptivo a lo largo de varios meses, en los que se entregará un autocuestionario al ingreso del paciente, y que de forma voluntaria completarán y entregarán en el momento del alta. Se entregará el cuestionario a un número aproximado de 400 pacientes, realizando posteriormente el análisis estadístico de los resultados. En función de los resultados obtenidos, se espera se derive en una mejora de la atención interpersonal ofrecida a los pacientes y familiares de los mismos.

INDICADORES

- Estándar: se ofrece información veraz (pruebas, tratamiento, ...) a los pacientes y familiares, completa y adecuada.
- Estándar: se informa en un lugar adecuado a los familiares.
- Estándar: se avisó con la suficiencia antelación del día del alta, entregando un informe de alta con explicaciones acerca del mismo.
- Estándar. el personal sanitario es amable y respetuoso con el paciente.
- Estándar: se ha respetado el descanso nocturno.
- Estándar de calidad: tiempo de visitas.

DURACIÓN

- Entrega de autocuestionario: Agosto-Noviembre 2018.
- Análisis de resultados: Diciembre 2018.
- Comunicación de resultados y propuestas de mejora: Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1559

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESAS"

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ARACELI JIMENO SAINZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ LAIGLESIA FJ
SIERRA BERGUA BEATRIZ
REIG ARTES MARIA CARMEN
SAN CLEMENTE LABARTA CHARO
GARIJO CAMARA CHARO
HORMA OREJA OIHANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-- Revisión semanal de reacciones adversas en pacientes ingresados en Medicina Interna.
- El periodo de valoración se incluyó las 24h diarias valorando los turnos y la accesibilidad de los participantes.
- Se incluyeron en una base de datos creada para tal proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se revisaron un total de 224 pacientes. De ellos 6% presentaron reacciones adversas Las reacciones más frecuentes fueron presincope-síncope por fármacos hipotensores, fiebre por flebitis y exantema por metamizol

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Revisión de la medicación administrada a los pacientes ingresados.
- Revisión de las vías periféricas y retirada de las mismas si no utilizadas
- Consideramos que probablemente al ampliar la muestra se pueden detectar más reacciones adversas que quizás no has sido objetivadas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1559 ===== ***

Nº de registro: 1559

Título
REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESAS"

Autores:
JIMENO SAINZ ARACELI, RUIZ LAIGLESIA FERNANDO, SIERRA BERGUA BEATRIZ, REIG ARTES MARIA CARMEN, SAN CLEMENTE LABARTA CHARO, GARIJO CAMARA CHARO, HORMA OREJA OIHANA

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:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según la definición de la OMS, una reacción adversa medicamentosa (RAM) viene definida como cualquier respuesta a un fármaco que es nociva ó no intencionada que ocurre a dosis habitual en pacientes para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1559

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESÁ"

profilaxis diagnóstico ó tratamiento de una enfermedad relacionada con el uso de un determinado fármaco. La polifarmacia representa uno de los principales problemas en la atención a los pacientes ancianos. Este grupo de edad, son generalmente pacientes pluripatológicos que requieren por ello un mayor consumo de fármacos. A veces, el equilibrio entre la necesidad del fármaco y las reacciones adversas (RAMs) a ellos supone un verdadero desafío. Casi en la mitad de los casos son evitables. Las caídas, la hipotensión ortostática, la insuficiencia cardíaca y el delirium son las más frecuentes. Ningún fármaco está exento de RAMs. Es bien conocido que los pacientes ancianos consumen un porcentaje elevado de fármacos en relación a la población más joven, tienen enfermedades médicas intercurrentes y además también sufren modificación en los parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos de los fármacos. Las RAMs son más frecuentes en la población anciana debido a la polifarmacia. Aproximadamente el 15% de la población es mayor de 65 años y representan un tercio de todas las prescripciones e incluso mayor en el consumo de fármacos no prescritos. Además, las RAMs no son únicamente idiosincrásicas, ó dosis dependiente sino que la interacción entre fármacos conlleva un aumento en la frecuencia de las mismas entre el 35 y 60% de los casos. Las estrategias para disminuir el número de RAMs son múltiples, desde la suspensión de los medicamentos, el cambio de los mismos, reducir el número de prescriptores, y valorar la conciliación. Las RAMs afectan tanto a pacientes ingresados (1 de cada 6 presentaran una RAMs) como ambulatorios.. Además de su incidencia, las RAMs representan una elevada morbimortalidad. Existen distintos factores (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal), que predisponen a las mismas, suponiendo un aumento en los días de hospitalización con el consiguiente gasto económico. En los próximos 25 años, se espera que la población con edades superiores a 65 años, representen más de 70 millones. Actualmente la pirámide de edad está cambiando y la población mayor de 85 años representa un porcentaje de mayor crecimiento. Todos estos factores han contribuido a plantearnos este plan de mejora con objeto de mejorar la calidad de nuestros enfermos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Valorar las RAMs a fármacos en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna.
- Determinar las características epidemiológicas de estos pacientes.
- Cuantificar el porcentaje de pacientes que han precisado ingreso hospitalario por este motivo.

MÉTODO

- Reunión inicial para evaluar el protocolo.
- Reuniones periódicas según las necesidades para valorar los posibles problemas que puedan acaecer en la implantación del protocolo.
- Se realizará un estudio descriptivo y observacional

INDICADORES

- Número de pacientes con reacciones adversas a fármacos/número de pacientes tomadores de dichos fármacos en el Servicio de Medicina Interna.
- Porcentaje de pacientes que han requerido ingreso hospitalario por reacciones adversas a fármacos..
- Número de pacientes que consta en el diagnóstico del informe de alta la reacción adversa
- Porcentaje de pacientes que se les ha retirado medicación

DURACIÓN

Septiembre - marzo 2018 recogida de eventos.
Abril- junio 2018 análisis de datos.
Comunicación de resultados y propuestas de mejora

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 - 2018/1559

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" PROYECTO 2018_1559

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ARACELI JIMENO SAINZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SIERRA BERGUA BEATRIZ
HORMA OREJA OIHAMA
REIG ARTES MARIA CARMEN
SANCLEMENTE LABARTA CHARO
GARIJO CAMARA CHARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

* Se realizó solicitud a la Dirección Médica del centro, para la realización de estudios de investigación, incluyendo el acuerdo de confidencialidad.

* Enero 2018: Solicitamos permiso a las distintas secciones del servicio de Medicina Interna a través de sus jefes de Sección, para incluir la revisión de las reacciones adversas medicamentosas de los pacientes del Servicio.

* Febrero- marzo 2018 Realizamos revisión bibliográfica.

* Abril 2018 elaboramos protocolo de recogida de datos.

* Mayo-Junio 2018: Revisión en diversas ocasiones dicho protocolo atendiendo a la mayor accesibilidad en la recogida de datos por los componentes del plan de mejora, así como evitar la pérdida de casos en el estudio.

* Julio-agosto 2018: Creación de una base de datos, con objeto de su utilización posterior para el estudio estadístico.

* Septiembre-diciembre 2018: Se decidió hacer un estudio preliminar retrospectivo, con objeto de valorar la situación actual, así como comprobar la comunicación a farmacovigilancia de Aragón.

Se han utilizado los ordenadores del hospital para la recogida de datos, manteniendo en todo momento la confidencialidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualmente, está en proceso de análisis del estudio preliminar, y de recogida de datos de forma prospectiva

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Existe una gran motivación por los componentes del equipo, por la trascendencia que creemos que puede tener dicho proyecto, valorando según los resultados, la forma más adecuada de actuar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1559 ===== ***

Nº de registro: 1559

Título
REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

Autores:
JIMENO SAINZ ARACELI, RUIZ LAIGLESIA FERNANDO, SIERRA BERGUA BEATRIZ, REIG ARTES MARIA CARMEN, SAN CLEMENTE LABARTA CHARO, GARIJO CAMARA CHARO, HORMA OREJA OIHANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1559

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" PROYECTO 2018_1559

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según la definición de la OMS, una reacción adversa medicamentosa (RAM) viene definida como cualquier respuesta a un fármaco que es nociva ó no intencionada que ocurre a dosis habitual en pacientes para profilaxis diagnóstico ó tratamiento de una enfermedad relacionada con el uso de un determinado fármaco.
La polifarmacia representa uno de los principales problemas en la atención a los pacientes ancianos. Este grupo de edad, son generalmente pacientes pluripatológicos que requieren por ello un mayor consumo de fármacos. A veces, el equilibrio entre la necesidad del fármaco y las reacciones adversas (RAMs) a ellos supone un verdadero desafío. Casi en la mitad de los casos son evitables. Las caídas, la hipotensión ortostática, la insuficiencia cardíaca y el delirium son las más frecuentes. Ningún fármaco está exento de RAMs. Es bien conocido que los pacientes ancianos consumen un porcentaje elevado de fármacos en relación a la población más joven, tienen enfermedades médicas intercurrentes y además también sufren modificación en los parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos de los fármacos. Las RAMs son más frecuentes en la población anciana debido a la polifarmacia. Aproximadamente el 15% de la población es mayor de 65 años y representan un tercio de todas las prescripciones e incluso mayor en el consumo de fármacos no prescritos. Además, las RAMs no son únicamente idiosincrásicas, ó dosis dependiente sino que la interacción entre fármacos conlleva un aumento en la frecuencia de las mismas entre el 35 y 60% de los casos.
Las estrategias para disminuir el número de RAMs son múltiples, desde la suspensión de los medicamentos, el cambio de los mismos, reducir el número de prescriptores, y valorar la conciliación. Las RAMs afectan tanto a pacientes ingresados (1 de cada 6 presentaran una RAMs) como ambulatorios.. Además de su incidencia, las RAMs representan una elevada morbimortalidad.
Existen distintos factores (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal), que predisponen a las mismas, suponiendo un aumento en los días de hospitalización con el consiguiente gasto económico. En los próximos 25 años, se espera que la población con edades superiores a 65 años, representen más de 70 millones. Actualmente la pirámide de edad está cambiando y la población mayor de 85 años representa un porcentaje de mayor crecimiento. Todos estos factores han contribuido a plantearnos este plan de mejora con objeto de mejorar la calidad de nuestros enfermos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Valorar las RAMs a fármacos en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna.
- Determinar las características epidemiológicas de estos pacientes.
- Cuantificar el porcentaje de pacientes que han precisado ingreso hospitalario por este motivo.

MÉTODO
- Reunión inicial para evaluar el protocolo.
- Reuniones periódicas según las necesidades para valorar los posibles problemas que puedan acaecer en la implantación del protocolo.
- Se realizará un estudio descriptivo y observacional

INDICADORES
- Número de pacientes con reacciones adversas a fármacos/número de pacientes tomadores de dichos fármacos en el Servicio de Medicina Interna.
- Porcentaje de pacientes que han requerido ingreso hospitalario por reacciones adversas a fármacos..
- Número de pacientes que consta en el diagnóstico del informe de alta la reacción adversa
- Porcentaje de pacientes que se les ha retirado medicación

DURACIÓN
Septiembre - marzo 2018 recogida de eventos.
Abril- junio 2018 análisis de datos.
Comunicación de resultados y propuestas de mejora

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 - 2018/1559

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" PROYECTO 2018_1559

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0665

1. TÍTULO

EMPLEO DE SUERO SALINO HIPERTONICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE JORGE RUBIO GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CEBOLLADA DEL HOYO JESUS
SANCHEZ MARTELES MARTA
PEREZ CALVO JUAN IGNACIO
GARCES HORNA VANESA
JOSA LAORDEN CLAUDIA
CADARSO VISCASILLAS ANA
ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la puesta en marcha del plan de mejora, se impartió la correspondiente sesión divulgativa dentro del programa de formación de Medicina Interna del servicio durante el pasado mes de octubre de 2019, donde se explicaron los objetivos del plan de mejora, realizando una revisión bibliográfica acerca del uso de suero salino hipertónico (SSH) en pacientes con insuficiencia cardíaca y los diferentes protocolos avalados por las sociedades científicas en ese momento (Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y Sociedad Española de Cardiología (SEC)). Tras dicha sesión, se diseñó una base de datos informatizada (SPSS) a cargo del responsable principal del proyecto, donde se recogieron de manera prospectiva y anónima aquellos pacientes que recibieron tratamiento con suero salino hipertónico en el contexto de un cuadro de insuficiencia cardíaca aguda/ subaguda, ya fuese durante la hospitalización, o durante su estancia en el Hospital de Día del Crónico complejo de Medicina Interna (Planta 13). Dicho registro fue creado únicamente con el fin de poder proporcionar información a la administración tras finalizar dicho plan de mejora.
Por último, se contactó con la enfermería del hospital de día del paciente crónico complejo, con el fin de protocolizar la preparación de la dilución de suero salino hipertónico y homogeneizar, en la medida de lo posible, y siempre bajo supervisión del facultativo responsable, el tratamiento endovenoso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde la realización de la sesión de servicio y la puesta en marcha del plan de mejora en octubre de 2019, se han registrado un total de 11 tratamientos de "novo" con SSH en 11 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca.
Cinco tratamientos (45,5%), fueron realizados durante la hospitalización de los pacientes por insuficiencia cardíaca aguda y ante la persistencia de síntomas congestivos francos. Todos los pacientes habían recibido terapia previa con furosemida endovenosa. El resto de tratamientos con SSH, (6 [54,5%]), fueron tratamientos ambulatorios, administrados en el hospital de día del paciente crónico complejo de Medicina Interna, previa realización de analítica sanguínea y una vez comprobado el estado de la salud del paciente por un F.E.A. de Medicina Interna. La edad media de los pacientes tratados, fue de $78,0 \pm 8,4$ años, siendo un 63,7% hombres y un 36,4% mujeres. Todos los pacientes habían presentado un ingreso previo por insuficiencia cardíaca congestiva y se encontraban en clase funcional avanzada de la NYHA (III-IV), con concentraciones elevadas de péptidos natriuréticos previa a la infusión del tratamiento (Mediana 3669 pg/mL (2317 - 9396)). Entre las principales comorbilidades se encontraban: Hipertensión arterial (72,7%), Dislipemia (90,9%), Diabetes mellitus (45,5%), Fibrilación auricular (90,9%), Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (45,5%), Enfermedad renal crónica (63,6%) y Cardiopatía isquémica (36,4%).

En cuanto a los parámetros ecocardiográficos, la fracción de eyección ventricular izquierda media fue de $58,7 \pm 6,6$ %, con una presión arterial pulmonar estimada media de $55,9 \pm 16,4$ mmHg, lo que cual traduce de manera indirecta que se trataba de pacientes con cardiopatías estructurales avanzadas.
La dosificación del suero salino hipertónico se realizó en base a la natremia previa del paciente (mediana 139 mmol/L (138 - 142)), y la mediana de diurético endovenoso administrada fue de 250 mg, dosis que coincide con la recomendada por la bibliografía. Cabe destacar que no se detectaron efectos secundarios graves tras la infusión de terapia con suero salino hipertónico, únicamente se detectó un caso leve de hipopotasemia, efecto secundario descrito en todos los documentos de consenso publicados, y que requirió tratamiento con potasio oral, no existiendo repercusión clínica para el paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la aplicación de dicho programa de mejora, podemos concluir que:

- 1) Todos los pacientes que recibieron tratamiento con dicha terapia eran pacientes con múltiples comorbilidades y con cardiopatías avanzadas.
- 2) Se ha homogeneizado el tratamiento con suero salino hipertónico.
- 3) Los diferentes equipos de enfermería han aprendido a manejar dicho tratamiento.
- 4) La administración de SSH en el H de día evita ingresos en pacientes congestivos con una tasa de reingresos elevadas, por lo que probablemente es una medida coste-eficaz

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0665

1. TÍTULO

EMPLEO DE SUERO SALINO HIPERTONICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN MEDICINA INTERNA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/665 ===== ***

Nº de registro: 0665

Título
EMPLEO DE SUERO SALINO HIPERTONICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN MEDICINA INTERNA

Autores:
RUBIO GRACIA JORGE, SANCHEZ MARTELES MARTA, PEREZ CALVO JUAN IGNACIO, GARCES HORNA VANESA, JOSA LAORDEN CLAUDIA, CEBOLLADA DEL HOYO JESUS, CADARSO VISCASILLAS ANA, ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU

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 .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La insuficiencia cardíaca (IC) supone un importante volumen de ingresos hospitalarios a lo largo del año, con un crecimiento exponencial debido al progresivo envejecimiento de la población, la existencia de fármacos que han demostrado mejorar la supervivencia y la mejora de la asistencia sanitaria. Esta situación ha hecho que existan determinados casos en los cuales se presenta un estado de insuficiencia cardíaca refractaria definida como:

- Síntomas de IC grave con disnea y/o astenia en reposo o con esfuerzo mínimo (Clase funcional de la NYHA III-IV)
- Episodios de congestión pulmonar y/o sistémica, y/o gasto cardíaco reducido en reposo (hipoperfusión periférica)
- Datos objetivos de disfunción cardíaca grave caracterizada por, al menos, uno de los siguientes:
 - o FEVI < 30%
 - o Patrón de flujo transmitral pseudonormal o restrictivo
 - Concentración de péptidos natriuréticos elevados
 - Disminución marcada de la capacidad funcional caracterizada por, al menos, uno de los siguientes:
 - o Incapacidad para realizar ejercicio
 - o Distancia caminada en test de la marcha de 6 minutos = 300 mts.
 - Historia de una o más hospitalizaciones por IC en los últimos 6 meses.
 - Optimización del tratamiento farmacológico y no farmacológico, incluyendo la terapia de re-sincronización cuando se encuentre indicada.

Por todo ello, se han establecido nuevas estrategias terapéuticas, destinadas a intentar revertir dicha situación. Una de ellas es el empleo de suero salino hipertónico (SSH) junto con diuréticos. Debido a la novedad de este tratamiento, y la ausencia de unas recomendaciones específicas para su uso en nuestro hospital, consideramos oportuno poner en marcha un plan de mejora destinado a dicho fin.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Realizar formación entre los facultativos especialistas de área acerca de las indicaciones para la prescripción de suero salino hipertónico en los pacientes con IC.
2. Realizar y facilitar una estandarización del uso de suero salino hipertónico en el hospital de día del crónico complejo del servicio de Medicina Interna del H.C.U. "Lozano Blesa" de Zaragoza.
3. Estructurar su prescripción a través de las herramientas disponibles (Farmatools, Unidosis...) estableciendo un protocolo prefijado.

MÉTODO

Actividad divulgativa de dicho plan entre los distintos profesionales implicados, así como una actualización bibliográfica sobre las indicaciones y uso del suero salino hipertónico en los pacientes con IC. Reuniones trimestrales de los miembros de este plan de calidad a fin de supervisar la administración de suero salino hipertónico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0665

1. TÍTULO

EMPLEO DE SUERO SALINO HIPERTONICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN MEDICINA INTERNA

Diseño de un algoritmo de uso para la correcta administración del fármaco
Redacción de un protocolo en farmatools para su prescripción.
Recogida en una base datos informática con el fin de poder realizar análisis estadístico.

INDICADORES

Ejecución de sesión clínica acerca del uso del S.S.H. y su importancia en los pacientes con IC, incluido en el programa de formación de atención continuada de medicina interna del HCU "Lozano Blesa" a lo largo de los próximos 12 meses.
Elaboración de una estadística con los datos obtenidos de la aplicación farmatools.
Actualización de la bibliografía existente sobre el tema mediante los recursos online.

DURACIÓN

Marzo y Abril 2019: puesta en marcha del plan de proyecto de mejora.
• Diseño de los algoritmos y material divulgativo
• Programación de sesión clínica
• Protocolización de farmatools
Mayo 2019 a Febrero de 2020
• Ejecución de la sesión clínica
• Uso de los protocolos y puesta en marcha
Febrero a Marzo de 2020: análisis 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 - 2019/0766

1. TÍTULO

EMPLEO DE HIERRO ENDOVENOSO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA SANCHEZ MARTELES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUBIO GRACIA JORGE
GRACES HORNA VANESA
JOSA LAORDEN CLAUDIA
RUIZ LAIGLESIA FERNANDO
SAMPERIZ LEGARRE PILAR
CADARSO VISCASILLAS ANA
PEREZ CALVO JUAN IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la autorización del presente plan de mejora se diseñó en primer lugar un protocolo específico de prescripción de hierro carboximaltosa con las dosis disponibles en mercado para la prescripción en la Unidad de pacientes Crónico Complejos (UPCC) del servicio de Medicina Interna.

Además se realizó una revisión bibliográfica y basándose en ella y en los consensos nacionales e internacionales acerca de la prescripción de hierro endovenoso de las sociedades científicas de Cardiología y de Medicina Interna. Con ello, se diseñó en primer lugar un algoritmo para facilitar la identificación y diagnóstico de los pacientes con déficit funcional de hierro IC (con o sin anemia) y en segundo lugar tablas específicas con el fin de adecuar la dosis y la administración de hierro en función de la existencia o no de dicho déficit. Los documentos elaborados se adjuntan en el apartado de resultados conseguidos.

Por otro lado, se programó y realizó una sesión clínica en el servicio de Medicina Interna, divulgativa con una actualización bibliográfica acerca de la situación actual del déficit funcional de hierro y la anemia estos pacientes. Se desglosaron sus implicaciones, se actualizó el diagnóstico de acuerdo a los últimos consensos y asimismo se explicó el presente programa de mejora, los protocolos existentes y se suministró el material de apoyo elaborado que se ha descrito anteriormente.

De forma paralela, se ha realizado un registro de los pacientes a los que se administraba hierro carboximaltosa en la Unidad de paciente crónico complejo, desglosando la indicación de acuerdo a los datos que los distintos facultativos registraban en la historia clínica electrónica.

A partir de los datos registrados y de los datos suministrados por el servicio de farmacia de nuestro centro, se ha realizado un análisis de los datos y resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Formación y sensibilización de los Facultativos Especialistas de Área en medicina Interna para la adecuada prescripción de hierro endovenoso en los pacientes con IC
2. Elaboración de material de apoyo para la prescripción: en formato pdf y en papel
3. Elaboración de protocolo específico para la administración de hierro endovenoso en la Unidad de paciente crónico complejo del servicio de Medicina Interna general y en el programa farmatools.
4. Análisis de datos: se han analizado datos desde Febrero de 2019 a mitad de Enero de 2020. A lo largo de ese periodo, en la Unidad de paciente crónico complejo (UPCC) se han administrado un total de 151 dosis de hierro carboximaltosa. De ellas, 43 (28,48%) correspondieron a pacientes con insuficiencia cardiaca que tenían anemia y/o déficit funcional de hierro asociado e indicación de administración.
La administración de todos ellos siguió el protocolo de administración, sin que se registrasen incidencias. En estos 43 pacientes se comprobó la existencia de registró de diagnóstico a través de la historia clínica electrónica y del registro que el presente programa de mejora había puesto en marcha.
Se solicitó asimismo, datos obtenidos a través del programa farmatools. En dicho programa constaban sólo 17 pacientes con administración de hierro carboximaltosa e IC (39,5% del total de los pacientes antes descritos). Por tanto, se ha constatado una deficiencia en la cumplimentación de la pestaña de diagnóstico. No fue así, sin embargo, en el uso de la pestaña para protocolo de hierro iv que se utilizó en el 100% de los casos.
La reciente puesta en marcha de la historia clínica electrónica en paralelo a la prescripción de farmatools, ha podido influir en las dificultades para identificar adecuadamente a los pacientes con IC y déficit funcional de hierro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Se ha actualizado y homogeneizado el tratamiento con hierro endovenoso en pacientes con insuficiencia cardiaca en la UPCC.
2. Se ha protocolizado adecuadamente su prescripción y administración en los programas farmacéuticos y por parte de enfermería sin complicaciones.
3. Existe una necesidad de mejora en el registro del diagnóstico de IC en el programa de prescripción farmatools.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0766

1. TÍTULO

EMPLEO DE HIERRO ENDOVENOSO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN MEDICINA INTERNA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/766 ===== ***

Nº de registro: 0766

Título
EMPLEO DE HIERRO ENDOVENOSO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

Autores:
SANCHEZ MARTELES MARTA, RUBIO GRACIA JORGE, GARCES HORNA VANESA, JOSA LAORDEN CLAUDIA, RUIZ LAIGLESIA FERNANDO, SAMPERIZ LEGARRE PILAR, CADARSO VISCASILLAS ANA, PEREZ CALVO JUAN IGNACIO

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 .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El déficit funcional de hierro (DFH) se presenta aproximadamente en el 50% de los pacientes que presentan insuficiencia cardíaca (IC). Durante los últimos años, varios estudios han demostrado que la corrección de dicho déficit, produce una mejoría significativa de los pacientes con IC en términos de reingresos, mortalidad y calidad de vida. Por todo ello, las guías europeas y americanas recomiendan detectar y tratar el DFH (Nivel de evidencia IIa, grado de recomendación A).
La detección precoz y el tratamiento del DFH, conlleva la necesidad de una organización específica de los recursos necesarios para tratar dicha entidad.
Coincidiendo con la puesta en marcha de la Unidad de paciente crónico complejo con Hospital de día asociado del servicio de Medicina Interna del H.C.U. "Lozano Blesa" de Zaragoza, sería necesaria la realización de un plan de mejora, que permita optimizar los recursos disponibles y estandarizar el tratamiento del DFH con hierro endovenoso en pacientes con Insuficiencia Cardíaca en el hospital de día y en la hospitalización convencional.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Realizar formación entre los facultativos especialistas de área acerca de las indicaciones para la prescripción de hierro endovenoso en los pacientes con IC.
- 2- Realizar y facilitar una estandarización del uso de hierro endovenoso en el hospital de día de la Unidad del paciente Crónico Complejo del servicio de Medicina Interna del H.C.U. "Lozano Blesa" de Zaragoza.
- 3- Estructurar su prescripción a través de las herramientas disponibles (Farmatools, Unidosis...) estableciendo un protocolo prefijado.

MÉTODO

Con el fin de conseguir los objetivos arriba indicados se realizarían:

- 1) Actividad divulgativa de dicho plan entre los distintos profesionales implicados, así como una actualización bibliográfica sobre las indicaciones y uso del hierro endovenoso en los pacientes con IC.
- 2) Se realizará material de apoyo con algoritmos de uso y tablas (según peso y dosis de fármaco) para la correcta administración del fármaco
- 3) Redacción de un protocolo en farmatools para su prescripción en el Hospital de día Crónico Complejo.
- 4) Reuniones periódicas de los miembros del grupo para supervisar la correcta ejecución de los distintos objetivos planteados en el presente plan de mejora.

INDICADORES

Ejecución de sesión clínica acerca del uso del hierro y su importancia en los pacientes con IC, incluido en el programa de formación de atención continuada de medicina interna del HCU "Lozano Blesa" a lo largo de los próximos 12 meses.
Elaboración del material de apoyo con algoritmos y tablas adecuados a la prescripción.
Cuantificación de la prescripción en el Hospital de día de la Unidad del paciente crónico complejo de hierro endovenoso en pacientes con IC y la proporción de ellos en relación al total de las prescripciones de hierro endovenoso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0766

1. TÍTULO

EMPLEO DE HIERRO ENDOVENOSO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN MEDICINA INTERNA

Elaboración de una estadística con los datos obtenidos de la aplicación farmatools.

DURACIÓN

Marzo y Abril 2019: puesta en marcha del plan de proyecto de mejora.

- Diseño de los algoritmos y material divulgativo
- Programación de sesión clínica
- Protocolización de farmatools

Mayo 2019 a Febrero de 2020

- Ejecución de la sesión clínica
- Uso de los protocolos y puesta en marcha

Febrero a Marzo de 2020: análisis de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0829

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE FERNANDO 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.
GIRON FORCANO GEMMA
CADARSO VISCASILLAS ANA
ESPUELAS MONGE MARIA
ESQUILLOR RODRIGO MARIA JOSE
MARIN BALLVE ADELA
GRACIA TELLO BORJA
ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A finales de febrero de 2019 se puso en marcha el Hospital de Día del Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". (HDMI). Se ubicó en las habitaciones 1301 y 1317, sustituyendo 4 camas por 4 sillones eléctricos con ruedas, de altura variable. Quedó adscrito a la unidad C de dicho servicio. Se adjudicó un puesto de enfermería destinado al HDMI.

Las actividades previas a su puesta en marcha fueron:

- Equipar de material médico y hostelería
- Proveer material informático y comunicaciones
- Crear agendas y centro de gasto
- Implantar la prescripción electrónica para pacientes ambulantes.
- Informar y coordinarse con los servicios de Radiología y Laboratorio
- Difundir dl HDMI entre los facultativos de medicina interna.

De febrero al 31 de diciembre de 2019 se cumplimentaron 619 citas para administración de tratamientos, valoración clínica o ambos; 38 fueron en pacientes incluidos en el programa del crónico complejo. Durante los meses de enero, julio, agosto y primeros 15 días de septiembre no hubo actividad en el HDMI.

Se ha colaborado con los servicios de cardiología, nefrología y la unidad de enfermedades infecciosas

Los tratamientos administrados fueron: hierro intravenoso 145; antibióticos 97; enzimas de sustitución 89; inmunomoduladores biológicos 72; Inmunoglobulinas 34; corticoides 22, salinos hipertónicos 17; diuréticos 15; trasfusiones 6; varios 19.

Se ha elaborado un Manual de Funcionamiento (octubre 2019), diagrama de flujo de prescripción (marzo 2019), listado de productos susceptibles de prescripción y forma de infusión (marzo 2019), documento de consentimiento informado para vía venosa periférica domiciliaria (junio 2019) y realizado sesiones clínicas de divulgación.

El 17 de febrero de 2020 está previsto presentar en sesión los resultados al conjunto del servicio de medicina interna.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración de un Manual de Funcionamiento: SI. 100%
- Elaboración de diagrama de flujo de prescripción: SI. 100%
- Elaboración de listado de productos susceptibles de prescripción e instrucciones de infusión: SI. 100%
- Tratamiento de los pacientes que previamente acudían al HD oncohematológico:

Nº de pacientes tratados en HD Medicina Interna año 2019/Nº de pacientes

tratados en HD oncohematológico año 2018. Límite inferior 100%. SI.

Resultado 380%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se han cumplido los objetivos de este proyecto de mejora
- Enfermería es el eje sobre el que gira el funcionamiento del HDMI.
- Es necesario desarrollar la colaboración con servicios médicos estratégicos, por ejemplo Cardiología.
- Es necesario mejorar la recogida de datos de actividad.
- Por su impacto económico, se ha de mejorar la prescripción de inmunomoduladores biológicos y la coordinación con Farmacia Hospitalaria para su suministro.
- El HDMI da valor añadido a la atención en el servicio de medicina interna

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/829 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0829

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

Nº de registro: 0829

Título
PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

Autores:
RUIZ LAIGLESIA FERNANDO, GIRON FORCANO GEMMA, CADARSO VISCASILLAS ANA, ESPUELAS MONGE MARIA, ESQUILLOR RODRIGO MARIA JOSE, MARIN BALLVE ADELA, GRACIA TELLO BORJA, ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU

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: Las propias de Medicina Interna
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se entiende como Hospital de Día (HD) la estructura hospitalaria que permite la asistencia durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital.

El HD puede aportar ventajas para:

- Para los pacientes y cuidadores:
 - Permite compaginar el tratamiento con sus actividades laborales o domésticas.
 - Son menos probables demoras o cancelaciones.
 - Se percibe como una forma menos agresiva que la hospitalización convencional.
 - Reduce riesgos inherentes a la hospitalización convencional.
 - Para los clínicos, permite programar los tratamientos de forma más flexible.
 - Para los gestores, propicia un uso eficiente de los recursos

En el año 2018 el Servicio de Medicina Interna (SMI) prescribió 160 tratamientos en el HD oncohematológico del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (HCULZ). Entre ellos se incluyeron inmunomoduladores y terapias sustitutivas de hierro. Sin embargo, la posibilidad de otros tratamientos, tales como antibióticos de dosis única, está limitada por la saturación del HD oncohematológico. Desde febrero de 2019, el SMI dispone de cuatro puestos de asistencia en régimen de HD, cuya autogestión permitirá disminuir la presión sobre el HD oncohematológico y aumentar el número de pacientes tratados y productos prescritos sin precisar hospitalización convencional

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo: poner en funcionamiento el HD de Medicina Interna
Población diana: pacientes de Medicina Interna que precisen tratamiento ambulatorio con inmunomoduladores, terapias sustitutivas u otros tratamientos que puedan ser prescritos en régimen de HD
Servicios a quien va dirigido: Medicina Interna

MÉTODO

Acciones previstas:

- Elaboración de un Manual de Funcionamiento
- Elaboración de diagrama de flujo de prescripción
- Elaboración de listado de productos susceptibles de prescripción y forma de infusión.
- Sesiones clínicas de divulgación

Cambios previstos en la oferta de servicios:

- Tratamiento de los pacientes que previamente acudían al HD oncohematológico
- Ampliar oferta tratamientos en HD Medicina Interna, incluyendo la infusión de hemoderivados
- Realización de analítica y radiología simple

INDICADORES

- Elaboración de un Manual de Funcionamiento: 100%
- Elaboración de diagrama de flujo de prescripción: 100%
- Elaboración de listado de productos susceptibles de prescripción e instrucciones de infusión.: 100%
- Tratamiento de los pacientes que previamente acudían al HD oncohematológico
- o Nº de pacientes tratados en HD Medicina Interna año 2019/Nº de pacientes tratados en HD oncohematológico año 2018
- o Límite inferior 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0829

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

DURACIÓN

Fecha de inicio 1 de febrero 2019. Fecha fin: 31 de diciembre 2019

- Elaboración de un Manual de Funcionamiento: abril 2019. Responsables: Fernando J. Ruiz Laiglesia, Gemma Girón Jorcano, Ana Cadarso Viscasillas
- Elaboración de diagrama de flujo de prescripción. Marzo 2019. Responsable: Fernando J. Ruiz Laiglesia
- Elaboración de listado de productos susceptibles de prescripción y forma de infusión. Marzo 2019. Responsables: Fernando J. Ruiz Laiglesia, Gemma Girón Jorcano, Ana Cadarso Viscasillas.
- Sesiones clínicas de divulgación. Abril y mayo 2019. Responsables Fernando J. Ruiz Laiglesia, Gemma Girón Jorcano
- Tratamiento de los pacientes que previamente acudían al HD oncohematológico. Año 2019. Responsables: Fernando J. Ruiz Laiglesia, Ana Cadarso Viscasillas, Maria Espuelas Monge, Maria José Esquillor Rodrigo, Adela Marín Ballvé, Borja Gracia Tello y facultativos de Medicina Interna
- Evaluación resultados: diciembre 2019. Responsables: Fernando J. Ruiz Laiglesia, Gemma Girón Jorcano, María Aránzazu Alcácer López

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 15/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO LAZARO MARTA
TORRUBIA PEREZ CARMEN BLANCA
RUIZ LAIGLESIA FERNANDO
GARCIA BARRECHEGUREN ANA
MONCHE PALACIN ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Puesta en conocimiento del proyecto al Jefe de Servicio, personal médico y personal de enfermería de las 4 unidades de medicina interna (MI) y a las enfermeras gestoras de casos del HCU Lozano Blesa. Descripción del proyecto y previsión de plazos.
- Realización del primer borrador del cuestionario destinado a establecer incidencia, evolución y manejo de los cuadros de "Delirio agudo en el anciano" en las unidades de MI del HCU Lozano Blesa.
- Revisión bibliográfica Prevención y manejo no farmacológico del Delirio Agudo en el Anciano en unidades médicas (No UCI, No quirúrgicas)
- Revisión bibliográfica sobre manejo farmacológico del Delirio Agudo en el Anciano en unidades médicas (No UCI, No quirúrgicas)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Estamos en condiciones de poder iniciar Estudio de investigación descriptivo prospectivo sobre incidencia, evolución y manejo del delirio agudo en el anciano en unidades de MI del HCU Lozano Blesa.
Realización del Primer borrador del protocolo de prevención y manejo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos tenido problemas para mantener los plazos previstos. Será previsible que exista resistencia o problemas de motivación a la hora de implicar al personal de enfermería en la realización del estudio de investigación y a la hora de implantar el protocolo de actuación ya que se necesitan modificaciones organizativas. La intención de implicar a los cuidadores familiares e informales en el proyecto ha sido bien recibida por parte del personal de las unidades pero podrá generar conflictos en las relaciones personales.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0840

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

Autores:
JORGE SAMITIER PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En las unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa, ingresan fundamentalmente personas mayores de 75

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

1. TÍTULO

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0984

1. TÍTULO

HIGIENE BUCAL EN EL PACIENTE CON DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE EVA VALLES VILLAGRASA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TORRES GARCIA MARIA ELENA
MORENO ZAMORA LYDIA
FLORES RAYA MARIA JESUS
RODRIGUEZ IBAÑEZ RUBEN
OROS RODRIGO MARIA
HERNANDO GABAS MARIA EUGENIA
TEJADAS TEJERO SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Comunicación al equipo multidisciplinar del proyecto de mejora y de las actividades que se van a realizar.
Realización de una encuesta al paciente/cuidador y valoración del estado de la boca previo al seguimiento.
Educación al paciente/ cuidador sobre como realizar una correcta higiene, sus beneficios y los problemas derivados de no realizarla.
Seguimiento de los cuidados y el estado de la boca durante el ingreso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aumenta la participación y conocimiento de los implicados en el cuidado de la boca.
Mejora del seguimiento del cuidado de la boca.
Se aprecia disminución de la presencia de xerostomía y dolor bucal con los cuidados realizados.
Aumento del bienestar del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo de trabajo ha tenido dificultades para la comunicación del proyecto debido a la eventualidad del personal en la unidad.
Dificultad del seguimiento debido a la gran carga de trabajo que tiene el personal implicado en ello.
Falta del material en ocasiones.
Hemos observado que ha sido necesario fomentar la educación para el aporte hidrico al paciente (en casos no contraindicados).

7. OBSERVACIONES.

En general la respuesta ha sido positiva por parte de los cuidadores principales del paciente, si bien se ha observado en algún caso que empezaron a delegar los cuidados en el personal sanitario.
Dado que en la aparición de micosis hay otros factores implicados (tratamiento, estado inmunológico del paciente...) aunque parece que ha habido una mejora, esta es una valoración parcial.
La valoración podría ser más exhaustiva (por ejemplo: dejar registrada en la valoración la medicación que toma el paciente) pero debido a la carga asistencial se consideró más factible realizar una valoración más simplificada.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/984 ===== ***

Nº de registro: 0984

Título
HIGIENE BUCAL EN EL PACIENTE CON DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Autores:
VALLES VILLAGRASA EVA, TORRES GARCIA MARIA ELENA, MORENO ZAMORA LYDIA, FLORES RAYA MARIA JESUS, RODRIGUEZ IBAÑEZ RUBEN, OROS RODRIGO MARIA, HERNANDO GABAS MARIA EUGENIA, TEJADAS TEJERO SUSANA

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 .: Mejora de la Práctica Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0984

1. TÍTULO

HIGIENE BUCAL EN EL PACIENTE CON DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Un alto porcentaje de los pacientes hospitalizados en la unidad de Medicina Interna C son total o parcialmente dependientes para llevar a cabo su cuidado personal. Siempre que sea posible se debe procurar las técnicas de higiene para favorecer la máxima independencia. Sin embargo, en ciertos casos esto es imposible y la responsabilidad recae sobre el personal de enfermería o los cuidadores; estos últimos en muchos casos requieren educación al respecto.

Como señalan diversos estudios, la higiene y la salud bucal no sólo tienen influencia directa sobre la calidad de vida de los adultos, como puede ser malestar psicológico, dolor físico y limitación funcional, sino que también ejerce un papel importante en la prevención de patologías tanto bucales como sistémicas (xerostomía, periodontitis, trastornos en la nutrición por inadecuada masticación, afectaciones respiratorias y cardiacas).

NECESIDADES DETECTADAS:

Déficit de higiene bucal.

Presencia de micosis/ aftas y residuos adheridos a mucosa bucal y dientes.

Xerostomía.

Falta de piezas dentarias.

CAUSAS:

Paciente con déficit de autocuidado.

Pluripatología y polimedicación.

Alteraciones cognitivas, motoras y sensoriales.

Problemas sociales.

Déficit de conocimiento en cuanto a la importancia de la higiene bucal.

Falta de participación del cuidador/es en la higiene bucal del paciente.

CÓMO SE HAN DETECTADO:

Valoración general de necesidades de Virginia Henderson del paciente a su ingreso (revisión del estado bucal).

CUÁL ES LA SITUACIÓN DE PARTIDA:

Actualmente no se realiza una valoración continua y sistemática del estado

bucal del paciente, por lo que no se pueden evaluar las necesidades y resultados de las intervenciones realizadas durante su ingreso.

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:

El estado de la boca influye en: estado nutricional afectado, dolor, aumenta bienestar del paciente (imagen y confort), disminución de patologías bucales, cardiacas y respiratorias, concienciación del paciente y/o cuidadores de la importancia de una correcta higiene bucal.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar seguimiento y mejorar el cuidado bucal del paciente, pudiéndose evaluar de manera continua y más específica su cuidado.

Disminuir aparición de micosis bucal, xerostomía.

Aumentar bienestar del paciente.

Disminuir dolor bucal.

Implicar al paciente/cuidador en su cuidado bucal.

Población diana: paciente dependiente y/o cuidadores.

Servicio: Medicina Interna C (de ahora en adelante MIC)

MÉTODO

Creación de unas pautas para valoración del estado de la boca.

Educación del paciente y/o cuidadores en la importancia de la higiene bucal y método a usar.

PLAN DE COMUNICACIÓN:

Explicación al equipo multidisciplinar del servicio de MIC del proyecto.

Explicación al paciente y/o cuidadores y refuerzo durante la estancia del paciente.

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN:

Familiarizar al paciente y/o cuidadores en el uso de los diferentes sistemas de higiene bucal y frecuencia.

INDICADORES

Implicación del cuidador.

Pacientes ingresados en MIC con deterioro de la higiene bucal que han mejorado dicha higiene durante su ingreso respecto a los pacientes ingresados en MIC con déficit de autocuidado en boca.

DURACIÓN

Fecha de inicio: Junio de 2019

Fecha de finalización: Diciembre de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0984

1. TÍTULO

HIGIENE BUCAL EN EL PACIENTE CON DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Siendo los responsables de su implantación los participantes del proyecto con apoyo del equipo multidisciplinar de MIC.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha de entrada: 29/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

En cuanto a los valores cuantitativos para valorar los indicadores en el seguimiento del proyecto, nos vamos a centrar en una muestra de 25 pacientes, que es la muestra hasta la fecha registrada. Así pues, podemos establecer:

Número de pacientes mayores de 60 años valorados: 25, siendo el nivel estándar un mínimo de 40 pacientes valorados.

Un 76 % de los pacientes valorados cuenta con apoyo social cercano antes de las intervenciones, aumentando hasta un 88 % tras la aplicación de las intervenciones.
Al inicio del estudio un 60 % se evaluó con autoestima baja, un 28 % con autoestima media y un 12 % con autoestima elevada, obteniendo como resultado tras la aplicación de intervenciones un 12 % con autoestima baja, un 44 % con autoestima media y un 44 % con autoestima elevada.

De esta manera se observa, de manera clara, aun aumento del nivel de autoestima de esta muestra de 25 pacientes con la aplicación de las intervenciones, con una disminución del bajo nivel de autoestima casi en un 40 %.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con los resultados obtenidos hasta la fecha, podemos mencionar que hemos logrado evaluar e identificar a pacientes con baja autoestima situacional, en gran medida debido al proceso de hospitalización y lo que ello conlleva, así como mejorar el nivel de dicho autoestima.

Además hemos logrado aumentar la implicación social y familiar, así como el de los profesionales del servicio, obteniendo un mayor número de adultos mayores motivados, mostrando actitudes de autocuidado y afrontamiento necesarias para aquellos cambios propios de la edad y del propio proceso de hospitalización.

Queda pendiente la relación de los factores determinantes dolor y autonomía, con el nivel de autoestima en los pacientes evaluados, ya que los consideramos esenciales para un enfoque positivo por parte de los pacientes durante su estancia hospitalaria. Además de ampliar la muestra de pacientes hasta un mínimo de 40, siendo lo ideal entre 60 y 80, para poder valorar en mejor medida los resultados obtenidos, con una prorroga del proyecto, si es posible, hasta el mes de Junio.

7. OBSERVACIONES.

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

1. TÍTULO

MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

Nos gustaría ampliar la duración del proyecto hasta Junio, para poder ampliar la muestra de pacientes evaluados y mejorar la calidad de los resultados obtenidos.

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

Nº de registro: 1001

Título
MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACION

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos años se ha generado un especial incremento de la población de la tercera edad, así como el interés por conocer el bienestar de las personas mayores, consecuencia del aumento de las expectativas de vida de la población mayor en los países desarrollados.
La importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el buen estado emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante a todas las áreas de la vida, como establece el estudio de Mercedes Zavala G. Así pues, observándose su directa relación con el bienestar general de la persona, sería posible considerar la autoestima como un buen indicador de salud mental y de la calidad de vida a largo plazo.
Entre los determinantes mas fuertes de la autoestima en ancianos se encuentra el apoyo social y la autonomía funcional, aspectos, habitualmente perjudicados, en los procesos agudos a los que se ven expuestos los pacientes propios de la Unidad de Medicina Interna.
Por ello, y ante la detección de pacientes con una baja autoestima manifestado por sentimientos de tristeza, soledad y pesimismo ante la hospitalización, consideramos relevante en nuestra unidad de MIC, el llevar a cabo un proyecto de mejora basado en la prevención y afrontamiento de la baja autoestima situacional relacionado con el deterioro funcional y social, entre otros, ante los que permanecen expuestos la mayoría de pacientes de nuestra unidad, así como el mantenimiento de la misma. Logrando así, una mejor y breve recuperación y un menor numero de complicaciones potenciales durante su estancia hospitalaria.

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

MÉTODO
Proyecto encaminado hacia las acciones de mantener un funcionamiento normal para mejorar el estado de ánimo, suprimir síntomas evitando el dolor y el sufrimiento que estos producen, lograr la mínima interrupción de actividades, trabajo y responsabilidades, minimizar las consecuencias producidas en la vida familiar y colaborar en el proceso de recuperar la salud descubriendo los puntos fuertes y débiles de nuestra personalidad.

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

Para llevar a cabo dichas acciones se intentará contar con la colaboración activa tanto del personal sanitario de la unidad de MIC, como de los familiares/cuidadores del entorno de cada paciente. Además el uso de

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

1. TÍTULO

MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

recursos materiales como material didáctico para la evaluación de la autoestima de los pacientes (escalas), para su seguimiento durante la estancia hospitalaria y para la formación en este ámbito. Todo ello quedará reflejado y analizado en las reuniones con carácter mensual entre los miembros del equipo.

INDICADORES

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

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1029

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL MATERIAL AUDIOVISUAL (POWER POINT) DEL "TALLER DE CUIDADORES" DEL HCU LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE EUGENIA ALMERIA FERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ DOMINGUEZ MARIA PILAR
HERRERA SERRANO ANA ISABEL
CELMA MORALEJO ROCIO
ESTERUELAS CUARTERO PAULA
MONCHE PALACIN ANA MARIA
RUIZ GARCIA MARIA DOLORES
SANZ SANMIGUEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó revisión bibliográfica para adecuar y actualizar los contenidos.
Puesta en común con el resto del grupo y consenso para realizar los cambios adecuados.
Realización de un nuevo Power Point.
Difusión del Power Point a todos los miembros del grupo.
Implantación del mismo a partir de diciembre de 2019 en los Talleres de cuidadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejora del material didáctico y mejora en la comprensión del mismo.
Mejora de la duración de los talleres.
Los indicadores han sido: nº de asistentes que les parece correcta la duración /nº total de asistentes al taller.
nº asistentes al taller que responde la encuesta/nº total de asistentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con el nuevo material hemos mejorado la comunicación de los contenidos a través de nuevas imágenes que facilitan el aprendizaje, al mismo tiempo se disminuye el tiempo de duración de los talleres agilizando la atención de los asistentes y aumentando el tiempo dedicado a las prácticas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1029 ===== ***

Nº de registro: 1029

Título
ACTUALIZACION DEL MATERIAL AUDIOVISUAL (POWER POINT) DEL "TALLER DE CUIDADORES " DEL HCU LOZANO BLESA

Autores:
ALMERIA FERNANDEZ EUGENIA, PEREZ DOMINGUEZ MARIA PILAR, HERRERA SERRANO ANA ISABEL, CELMA MORALEJO ROCIO, ESTERUELAS CUARTERO PAULA, MONCHE PALACIN ANA MARIA, RUIZ GARCIA MARIA DOLORES, SANZ SANMIGUEL CARMEN

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: Paciente cronico dependiente
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la salud grupal

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ante la necesidad de reducir el tiempo de duración de los Talleres para Cuidadores, se plantea revisar el power point, recortando lo innecesario, actualizar los contenidos, dividirlos por temas y bloques y añadir

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1029

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL MATERIAL AUDIOVISUAL (POWER POINT) DEL "TALLER DE CUIDADORES" DEL HCU LOZANO BLESA

alguna diapositiva nueva con los contenidos apropiados

RESULTADOS ESPERADOS

Adecuar los contenidos del power point a las necesidades actuales

MÉTODO

Revisión de bibliografía

Adecuar los contenidos

Reuniones para la puesta en común y consensuar con el grupo los cambios a realizar

Editar e implementar su uso en los Talleres para Cuidadores.

Añadir a la encuesta de satisfacción las preguntas consensuadas

INDICADORES

nº de asistentes al taller de cuidadores que responden la encuesta / nº de asistentes totales al taller de cuidadores

nº de asistentes que les parece correcta la duración/ nº total de asistentes al taller de cuidadores

DURACIÓN

Mayo 2019: búsqueda bibliográfica . ANA M MONCHE, ROCIO CELMA

Y CARMEN SANZ SAN MIGUEL

Junio 2019 Revisión y Edición del POWER POINT y puesta en común, Pilar Perez, Eugenia Almeria y Ana Isabel Herrera

Julio 2019 Introducción de preguntas en la encuesta de satisfacción

Paula Esteruelas y Ana Monche Y M Dolores Ruiz

Septiembre-Octubre 2019 Implantación del nuevo Power en los Talleres y recogida de información en las Encuestas .

Todo el grupo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1043

1. TÍTULO

RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR RODRIGO AYLAGAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AGUILERA ENGUITA NATALIA
OLMOS BAQUEDANO CRISTINA
CASTELLANO PALLARES ELSA
ESPUELAS MONGE MARIA
ESQUILLOR RODRIGO MARIA JOSE
HERMOSILLA CABRERIZO TRINIDAD
TOYAS MIAZZA CARLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto del RAPPORT, sé empezó en la planta 13 el día 10 de abril del 2019, desde ese día realizamos de lunes a viernes (siempre días laborables) sesiones de unos 20-30 minutos, en las cuáles nos reunimos en una sala, personal médico, enfermería y tcaes.
En estas sesiones se habla de todos los pacientes, nuevos ingresos, se programan altas y cualquier incidencia, sugerencia o inquietud del personal.
Estas sesiones han sido valoradas mediante una encuesta de satisfacción a toda la plantilla de la planta 13, obteniendo una aceptación al proyecto del 100%.
Hemos comparado datos de estancia media, ingresos y altas desde que iniciamos el proyecto (abril 2019) hasta final de año con datos idénticos del año anterior (de abril del 2018 hasta diciembre del 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado obtenido ha sido el propuesto, un aumento en las relaciones entre el personal que forma él equipo interdisciplinar de la planta 13, fomentando la comunicación entre todos nosotros y obteniendo resultados positivos a la hora de gestionar el trabajo diario y poder realizarlo de una forma más eficaz y efectiva.
Este resultado se ha conseguido gracias a la implicación de todo el equipo que se ha reunido diariamente de lunes a viernes. En el proyecto se marcó un estándar de 14 y se ha conseguido superar, consiguiendo una media de 20-22 reuniones de rapport al mes.
El impacto ha sido medido con el número de sesiones cada mes desde que se inició en abril del 2019, de proponer 14 reuniones al mes, hemos conseguido superarlo y reunirnos todos los días hábiles de la semana. Con una media de 22 sesiones al mes.
También se ha alcanzado el 100% de satisfacción de la plantilla con las sesiones del rapport, medido con una encuesta de satisfacción.
Tras la comparación de datos (cedidos por servicio de codificación del propio hospital) de los meses de abril a diciembre del 2019 con el año anterior, vemos disminuida la estancia media de los pacientes siendo de media durante el año 2018 de 9,4 días y tras la puesta en marcha del rapport durante el año 2019 disminuyó a una media de 8,1 días. Con esta disminución se pudo aumentar el número de ingresos de pasar en el año 2018 de 1259 a tener 1325 en el 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto de mejora ha sido una idea satisfactoria para el trabajo diario del equipo interdisciplinar de la planta, traduciéndose en el beneficio del paciente ingresado en nuestra unidad.
El hecho de conocer la visión, por parte del personal médico, del esfuerzo que suponen ciertas tareas del día a día de TCAES y ENFERMERIA, ha ayudado a reducir gestos o actividades que anteriormente no eran conscientes.
Durante las sesiones de rapport se llega a conocer y compartir información desde el punto de vista no sólo asistencial si no también social, de cara a otras necesidades que necesitan nuestros pacientes (apoyo social, enfermera gestora de casos..)
Al favorecerse la comunicación entre todos se minimizan e incluso se evitan errores de tratamiento, flebitis por vías innecesarias y actitudes de cara a llevar en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico.
Al comentar los pacientes a diario entre todos los compañeros, se llega a conocer al paciente de una forma global lo cual permite actuar precozmente ante la situación de aislamiento, cambios de habitación, cambios de dieta, retirada de sondas, retirada de vías.

La implantación de este proyecto la recomendamos a todas las unidades de hospitalización, la implicación por parte de todo el personal hace que la unidad funcione satisfactoriamente, viéndose valorado el trabajo de todos los miembros del equipo, se aumenta la calidad en la atención a los pacientes y se disminuyen complicaciones innecesarias por la falta de comunicación

7. OBSERVACIONES.

Aunque se da por terminado el proyecto, en la unidad de Medicina interna C, planta 13, vamos a continuar diariamente con las sesiones de RAPPORT. Por parte de todo el personal que la formamos estamos muy

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1043

1. TÍTULO

RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

satisfechos con los resultados desde su implantación y animamos a todas las unidades a que lo implanten, ya que sus beneficios son muy positivos y su coste mínimo. Estaremos dispuestos a exponerlo si se considera por la dirección.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1043 ===== ***

Nº de registro: 1043

Título
RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

Autores:
RODRIGO AYLAGAS MARIA PILAR, AGUILERA ENGUITA NATALIA, OLMOS BAQUEDANO CRISTINA, CASTELLANO PALLARES ELSA, HERMOSILLA CABRERIZO TRINIDAD, TOYAS MIAZZA CARLA, ESQUILLOR RODRIGO MARIA JOSE, ESPUELAS MONGE MARIA

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: el proyecto va dirigido a los profesionales de la planta
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La complejidad de manejo del paciente ingresado en la unidad de Medicina Interna C requiere de una serie de conocimientos y habilidades que no están al alcance de un único profesional, por tanto se hace imprescindible el trabajo en equipo, que permita un abordaje completo e integral de las necesidades del enfermo. A esto se le suma que la unidad de MIC, es una planta con continuos cambios de personal debido a la carga de trabajo, por lo que se hace complicado formar un equipo interdisciplinar sólido. Se define como equipo interdisciplinar el que está constituido por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependientes e interactúan entre ellos de manera formal e informal. Puede valorar al enfermo por separado pero intercambian la información de una forma sistemática, comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados.

Ventajas del trabajo en equipo:

- Acceso a un mayor número de servicios y profesionales.
- Mayor eficiencia por mayor integración y coordinación de servicios para el paciente.
- Mayor comunicación y soporte entre profesionales.
- Mayor número de oportunidades para adquirir conocimientos y habilidades de máxima calidad.

La colaboración y la comunicación entre los miembros del equipo de salud es una de las variables sobre las que pivota la calidad asistencial, teniendo una relación directa sobre:

1. Los resultados en el paciente.
2. Los eventos adversos.
3. Las estancias hospitalarias.
4. El estrés de los profesionales.

Este proyecto de mejora nace de la iniciativa de varios profesionales de la unidad de MIC para mejorar la comunicación entre los miembros del equipo, con el objetivo final de mejorar la calidad de la asistencia que se presta a los pacientes ingresados. Para ello, la propuesta es la puesta en marcha de REUNIONES DIARIAS DEL EQUIPO MEDICO Y ENFERMERIA, con el fin de establecer una comunicación fluida en relación a la información obtenida del estado y la situación clínica de los enfermos y en relación también a la toma de decisiones conjuntas sobre las actuaciones que cada uno de los profesionales del equipo debe llevar a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto de mejora va dirigido directamente al personal que trabaja en la unidad de Medicina Interna C y con él queremos conseguir los siguientes objetivos:

- 1- Mejorar las relaciones entre el personal que forma el equipo interdisciplinar.
- 2- Disminuir complicaciones en la asistencia, relacionadas con la falta de comunicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1043

1. TÍTULO

RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

3-Aumentar la calidad en la atención de los pacientes.

MÉTODO

- Se van a realizar sesiones diarias, de lunes a viernes, entre el personal medico y el de enfermeria (incluidos enfermeros y técnicos auxiliares).

- Se realizaran planilla con información relevante del paciente.

-Encuesta para medir la satisfacción de los profesionales que participen en el proyecto (tipo likert).

INDICADORES

- El indicador será el numero de reuniones realizadas en el año, teniendo en cuenta que los fines de semana y festivos no se realizarán.

Las mediremos mensualmente, con un estándar de 14.

- Conseguir mejorar la relación entre los miembros del equipo, midiendo con una escala tipo likert. Pasaremos esta escala al inicio, a mitad y al finalizar el proyecto.

DURACIÓN

Duración de un año.

Calendario de actividades:

- Marzo y abril: elaborar el proyecto, planilla y escala.

- 10 de abril puesta en marcha las sesiones y pasar escala de satisfacción.

- Cada mes resumen de sesiones.

- Octubre: Volveremos a pasar escala de satisfacción al personal.
Resumen de sesiones de 6 meses.

- Abril 2020: Fin proyecto, pasar escala de satisfacción y medir el numero total de sesiones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1043

1. TÍTULO

RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR RODRIGO AYLAGAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AGUILERA ENGUITA NATALIA
OLMOS BAQUEDANO CRISTINA
CASTELLANO PALLARES ELSA
ESPUELAS MONGE MARIA
ESQUILLOR RODRIGO MARIA JOSE
HERMOSILLA CABRERIZO TRINIDAD
TOYAS MIAZZA CARLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto del RAPPORT, sé empezó en la planta 13 el día 10 de abril del 2019, desde ese día realizamos de lunes a viernes (siempre días laborables) sesiones de unos 20-30 minutos, en las cuáles nos reunimos en una sala, personal médico, enfermería y tcaes.
En estas sesiones se habla de todos los pacientes, nuevos ingresos, se programan altas y cualquier incidencia, sugerencia o inquietud del personal.
Estas sesiones han sido valoradas mediante una encuesta de satisfacción a toda la plantilla de la planta 13, obteniendo una aceptación al proyecto del 100%.
Hemos comparado datos de estancia media, ingresos y altas desde que iniciamos el proyecto (abril 2019) hasta final de año con datos idénticos del año anterior (de abril del 2018 hasta diciembre del 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado obtenido ha sido el propuesto, un aumento en las relaciones entre el personal que forma él equipo interdisciplinar de la planta 13, fomentando la comunicación entre todos nosotros y obteniendo resultados positivos a la hora de gestionar el trabajo diario y poder realizarlo de una forma más eficaz y efectiva.
Este resultado se ha conseguido gracias a la implicación de todo el equipo que se ha reunido diariamente de lunes a viernes. En el proyecto se marcó un estándar de 14 y se ha conseguido superar, consiguiendo una media de 20-22 reuniones de rapport al mes.
El impacto ha sido medido con el número de sesiones cada mes desde que se inició en abril del 2019, de proponer 14 reuniones al mes, hemos conseguido superarlo y reunirnos todos los días hábiles de la semana. Con una media de 22 sesiones al mes.
También se ha alcanzado el 100% de satisfacción de la plantilla con las sesiones del rapport, medido con una encuesta de satisfacción.
Tras la comparación de datos (cedidos por servicio de codificación del propio hospital) de los meses de abril a diciembre del 2019 con el año anterior, vemos disminuida la estancia media de los pacientes siendo de media durante el año 2018 de 9,4 días y tras la puesta en marcha del rapport durante el año 2019 disminuyó a una media de 8,1 días. Con esta disminución se pudo aumentar el número de ingresos de pasar en el año 2018 de 1259 a tener 1325 en el 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto de mejora ha sido una idea satisfactoria para el trabajo diario del equipo interdisciplinar de la planta, traduciéndose en el beneficio del paciente ingresado en nuestra unidad.
El hecho de conocer la visión, por parte del personal médico, del esfuerzo que suponen ciertas tareas del día a día de TCAES y ENFERMERIA, ha ayudado a reducir gestos o actividades que anteriormente no eran conscientes.
Durante las sesiones de rapport se llega a conocer y compartir información desde el punto de vista no sólo asistencial si no también social, de cara a otras necesidades que necesitan nuestros pacientes (apoyo social, enfermera gestora de casos..)
Al favorecerse la comunicación entre todos se minimizan e incluso se evitan errores de tratamiento, flebitis por vías innecesarias y actitudes de cara a llevar en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico.
Al comentar los pacientes a diario entre todos los compañeros, se llega a conocer al paciente de una forma global lo cual permite actuar precozmente ante la situación de aislamiento, cambios de habitación, cambios de dieta, retirada de sondas, retirada de vías.

La implantación de este proyecto la recomendamos a todas las unidades de hospitalización, la implicación por parte de todo el personal hace que la unidad funcione satisfactoriamente, viéndose valorado el trabajo de todos los miembros del equipo, se aumente la calidad en la atención a los pacientes y se disminuyen complicaciones innecesarias por la falta de comunicación

7. OBSERVACIONES.

Aunque se da por terminado el proyecto, en la unidad de Medicina interna C, planta 13, vamos a continuar diariamente con las sesiones de RAPPORT. Por parte de todo el personal que la formamos estamos muy

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1043

1. TÍTULO

RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

satisfechos con los resultados desde su implantación y animamos a todas las unidades a que lo implanten, ya que sus beneficios son muy positivos y su coste mínimo. Estaremos dispuestos a exponerlo si se considera por la dirección.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1043 ===== ***

Nº de registro: 1043

Título
RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

Autores:
RODRIGO AYLAGAS MARIA PILAR, AGUILERA ENGUITA NATALIA, OLMOS BAQUEDANO CRISTINA, CASTELLANO PALLARES ELSA, HERMOSILLA CABRERIZO TRINIDAD, TOYAS MIAZZA CARLA, ESQUILLOR RODRIGO MARIA JOSE, ESPUELAS MONGE MARIA

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: el proyecto va dirigido a los profesionales de la planta
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La complejidad de manejo del paciente ingresado en la unidad de Medicina Interna C requiere de una serie de conocimientos y habilidades que no están al alcance de un único profesional, por tanto se hace imprescindible el trabajo en equipo, que permita un abordaje completo e integral de las necesidades del enfermo. A esto se le suma que la unidad de MIC, es una planta con continuos cambios de personal debido a la carga de trabajo, por lo que se hace complicado formar un equipo interdisciplinar sólido. Se define como equipo interdisciplinar el que está constituido por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependientes e interactúan entre ellos de manera formal e informal. Puede valorar al enfermo por separado pero intercambian la información de una forma sistemática, comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados.

Ventajas del trabajo en equipo:
-Acceso a un mayor número de servicios y profesionales.
-Mayor eficiencia por mayor integración y coordinación de servicios para el paciente.
-Mayor comunicación y soporte entre profesionales.
-Mayor número de oportunidades para adquirir conocimientos y habilidades de máxima calidad.

La colaboración y la comunicación entre los miembros del equipo de salud es una de las variables sobre las que pivota la calidad asistencial, teniendo una relación directa sobre:
1. Los resultados en el paciente.
2. Los eventos adversos.
3. Las estancias hospitalarias.
4. El estrés de los profesionales.

Este proyecto de mejora nace de la iniciativa de varios profesionales de la unidad de MIC para mejorar la comunicación entre los miembros del equipo, con el objetivo final de mejorar la calidad de la asistencia que se presta a los pacientes ingresados. Para ello, la propuesta es la puesta en marcha de REUNIONES DIARIAS DEL EQUIPO MEDICO Y ENFERMERIA, con el fin de establecer una comunicación fluida en relación a la información obtenida del estado y la situación clínica de los enfermos y en relación también a la toma de decisiones conjuntas sobre las actuaciones que cada uno de los profesionales del equipo debe llevar a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS
Este proyecto de mejora va dirigido directamente al personal que trabaja en la unidad de Medicina Interna C y con él queremos conseguir los siguientes objetivos:

- 1- Mejorar las relaciones entre el personal que forma el equipo interdisciplinar.
- 2- Disminuir complicaciones en la asistencia, relacionadas con la falta de comunicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1043

1. TÍTULO

RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

3-Aumentar la calidad en la atención de los pacientes.

MÉTODO

- Se van a realizar sesiones diarias, de lunes a viernes, entre el personal medico y el de enfermeria (incluidos enfermeros y técnicos auxiliares).

- Se realizaran planilla con información relevante del paciente.

-Encuesta para medir la satisfacción de los profesionales que participen en el proyecto (tipo likert).

INDICADORES

- El indicador será el numero de reuniones realizadas en el año, teniendo en cuenta que los fines de semana y festivos no se realizarán.

Las mediremos mensualmente, con un estándar de 14.

- Conseguir mejorar la relación entre los miembros del equipo, midiendo con una escala tipo likert. Pasaremos esta escala al inicio, a mitad y al finalizar el proyecto.

DURACIÓN

Duración de un año.

Calendario de actividades:

- Marzo y abril: elaborar el proyecto, planilla y escala.

- 10 de abril puesta en marcha las sesiones y pasar escala de satisfacción.

- Cada mes resumen de sesiones.

- Octubre: Volveremos a pasar escala de satisfacción al personal.
Resumen de sesiones de 6 meses.

- Abril 2020: Fin proyecto, pasar escala de satisfacción y medir el numero total de sesiones.

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 - 2018/1016

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ENRIQUE PRATS RIVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABOS OLIVARES MARIA DOLORES
ALVAREZ RUIZ SOLEDAD
ANDRES GRACIA ALEJANDRO
DE LA CUEVA BARRAO LETICIA
DELGADO CASTRO MONSERRAT
FALGAS LACUEVA MARINA
NAVARRO BELTRAN PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Tumores hematológicos:

Documentos:

Indicaciones PET-TC en Mieloma múltiple
Indicaciones PET-TC en linfoma Hodgkin
Indicaciones PET-TC en linfoma no Hodgkin

Revisadas por la Dra. de la Cueva

o Realizadas y aprobados por el subcomité del HUMS
o En revisión por el Servicio Hematología HCULB

- Cáncer de pulmón:

Documento:

Indicaciones PET-TC en cáncer de pulmón
A. Carcinoma no microcítico de pulmón
B. Carcinoma microcítico de pulmón
C. Otros tumores pulmonares y torácicos

Revisadas por la Dra. Razola

o Realizadas y aprobadas por el subcomité del HCULB
o En revisión por el subcomité del HMS

- Cáncer de mama

Documento:

Indicaciones PET-TC en cáncer de mama
Revisadas por el Dr. Prats y la Dra. Álvarez
o Realizadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
o Aprobadas

- Melanoma

Documento:

Indicaciones PET-TC en melanoma

Revisadas por la Dra. Delgado

o Realizadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
o Aprobadas

- Cánceres urológicos

Documentos:

PET/TC con 18F-Colina en el Carcinoma de próstata
PET/TC con 18F-FDG en el Carcinoma renal
PET/TC con 18F-FDG en el Carcinoma vesical
PET/TC con 18F-FDG en tumores del tracto urinario superior
PET/TC con 18F-FDG en tumores de pene
PET/TC con 18F-FDG en tumores testiculares

Revisadas por la Dra. Falgas y Dra. De la Cueva

o Realizadas y aprobadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS

- Cáncer de tiroides

Documentos:

Indicaciones PET-TC en cáncer de Tiroides:
Carcinoma diferenciado de tiroides
Carcinoma medular de tiroides
Carcinoma anaplásico de tiroides

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1016

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Revisadas por Dr. Prats

- o Realizadas por el subcomité del HCULB
- o Revisadas por el subcomité del HMS
- o Aprobadas

- Cánceres de cabeza y cuello

Revisadas por el Dr. Navarro

Documentos:

Indicaciones PET-TC en tumores de cabeza y cuello. Se excluyen:

- Cáncer de tiroides
- Melanoma de submucosa
- Tumores de glándulas salivares

- o Pendientes de remitir al subcomité del HUMS
- o Pendientes de remitir al subcomité del HCULB

- Tumores pediátricos

Revisadas por el Dra. de la Cueva

Documentos:

Indicaciones PET-TC en tumores de cabeza y cuello. Se excluyen:

- Cáncer de tiroides
- Melanoma de submucosa
- Tumores de glándulas salivares

- o En revisión por el subcomité del HUMS
(no hay subcomité en el HCULB)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Indicador:

- Número de Indicaciones revisadas y redactadas por la Unidad Clínica Multidisciplinaria de Medicina Nuclear de Aragón: 8 de 8 (100%)

- Indicador:

- Número de Indicaciones revisadas y aprobadas por los respectivos subcomités del HCULB: 4 de 7
(no existe subcomité de tumores pediátricos) (57%)

- Indicador:

- Número de Indicaciones revisadas y aprobadas por los respectivos subcomités del HUMS: 6 de 8
(75%)

A la vista de estos resultados podemos concluir que nos encontramos por encima del 75% que era el objetivo propuesto para el 2018, primer año de desarrollo del proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

ASUNTOS PENDIENTES

- Finalizar revisión por parte de los subcomités pendientes
- Presentar indicaciones en subcomités de tumores de cabeza y cuello del HCULB y del HUMS
- Presentar documento final en Comité de Tumores y Unidad de Calidad

Estamos, como queda patente, ante un proyecto sostenible, finalizaba en el plazo indicado y de una indudable repercusión clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1016 ===== ***

Nº de registro: 1016

Título
PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Autores:
PRATS RIVERA ENRIQUE, DE LA CUEVA BORRAO LETICIA, DEGADO CASTRO MONTSERRAT, FALGAS LACUEVA MARINA, NAVARRO BELTRAN PABLO, RAZOLA ALBA PAULA, SANGROS SAHAUN MARIA JOSE, TARDIN CARDOSO LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1016

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El PET-TC es una técnica de diagnóstico por imagen de la especialidad de Medicina Nuclear con alto impacto en áreas como el diagnóstico oncológico, neurología, cardiología y patología infeccioso-inflamatoria. Sus indicaciones han aumentado desde comienzos del siglo actual al crecer la disponibilidad de los equipos y la investigación científica en torno a su eficacia y eficiencia. Dada la inminente implantación en el Sistema público de salud de la Comunidad Aragonesa, del equipo PET-TC en la Unidad de Medicina Nuclear, es necesario delimitar cuando está indicada la solicitud de la exploración. Basándonos en la demanda actual consideramos necesario optimizar el uso de este equipo y de los recursos disponibles para su puesta en marcha.

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer las indicaciones de realización de PET-TC basadas en la evidencia científica actual en patología oncológica para optimizar el rendimiento del nuevo equipo PET-TC y evitar exploraciones innecesarias que aumentan la dosis de radiación recibida de forma injustificada (seguridad)
- Consensuar las indicaciones de realización de PET-TC de cada patología con cada uno de los subcomités clínicos responsables.

MÉTODO
- Selección de las patologías que se van a estudiar. De inicio se pretende elaborar las indicaciones que van a ser asumidas por el PET-TC de la UCMHMNA:
o Tumores hematológicos
o Cáncer de pulmón
o Cáncer de mama
o Melanoma
o Cánceres de cabeza y cuello
o Cánceres urológicos
o Cáncer de tiroides
o Tumores pediátricos en los que se recomienda PET-TC
- Revisión bibliográfica de guías de práctica clínica actualizadas
- Elaboración de documento breve con las indicaciones de cada patología
- Puesta en común en el subcomité pertinente
- Incluir sugerencias de subcomités
- Presentación en el Comité de Tumores

INDICADORES
-Número de documentos realizados/ Número total de procedimientos PET-TC asumidos
2018: 75%
2019: 100%
Evaluación previa a la puesta en marcha del equipo PET-TC

DURACIÓN
El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.
Se presentarán los documentos en los diferentes subcomités una vez elaborados y posteriormente a las Unidades de Calidad.

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 - 2018/1016

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ENRIQUE PRATS RIVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA CUEVA BARRAO LETICIA
DELGADO CASTRO MOTSERRAT
FALGAS LACUEVA MARINA
NAVARRO BELTRAN PABLO
RAZOLA ALBA PAULA
SANGROS SAHUN MARIA JOSE
TARDIN CARDOSO LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Tumores hematológicos:

Documentos:

Indicaciones PET-TC en Mieloma múltiple
Indicaciones PET-TC en linfoma Hodgkin
Indicaciones PET-TC en linfoma no Hodgkin
Revisadas por la Dra. de la Cueva
o Realizadas y aprobadas por el subcomité del HUMS
o En revisión por el subcomité HCULB (recién constituido)
- Aprobadas provisionalmente

- Cáncer de pulmón:

Documento:

Indicaciones PET-TC en cáncer de pulmón
A. Carcinoma no microcítico de pulmón
B. Carcinoma microcítico de pulmón
C. Otros tumores pulmonares y torácicos
Revisadas por la Dra. Razola
o Realizadas y aprobadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
-Aprobadas

- Cáncer de mama

Documento:

Indicaciones PET-TC en cáncer de mama
Revisadas por el Dr. Prats y la Dra. Álvarez
o Realizadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
o Aprobadas

- Melanoma

Documento:

Indicaciones PET-TC en melanoma
Revisadas por la Dra. Delgado
o Realizadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
o Aprobadas

- Cánceres urológicos

Documentos:

PET/TC con 18F-Colina en el Carcinoma de próstata
PET/TC con 18F-FDG en el Carcinoma renal
PET/TC con 18F-FDG en el Carcinoma vesical
PET/TC con 18F-FDG en tumores del tracto urinario superior
PET/TC con 18F-FDG en tumores de pene
PET/TC con 18F-FDG en tumores testiculares
Revisadas por la Dra. Falgas y Dra. De la Cueva
o Realizadas y aprobadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
-Aprobadas

- Cáncer de tiroides

Documentos:

Indicaciones PET-TC en cáncer de Tiroides:
Carcinoma diferenciado de tiroides

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1016

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Carcinoma medular de tiroides
Carcinoma anaplásico de tiroides
Revisadas por Dr. Prats
o Realizadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
o Aprobadas

- Cánceres de cabeza y cuello
Revisadas por el Dr. Navarro
Documentos:
Indicaciones PET-TC en tumores de cabeza y cuello. Se excluyen:
Cáncer de tiroides
Melanoma de submucosa
Tumores de glándulas salivares
o Realizadas y aprobadas por el subcomité del HUMS

- Tumores pediátricos
Revisadas por el Dra. de la Cueva
Documentos:
Indicaciones PET-TC en tumores de cabeza y cuello. Se excluyen:
Cáncer de tiroides
Melanoma de submucosa
Tumores de glándulas salivares
o Realizadas y aprobadas por el subcomité del HUMS (no hay comité en el HULB)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Indicador:
- Número de Indicaciones revisadas y redactadas por la Unidad Clínica Multidisciplinaria de Medicina Nuclear de Aragón: 8 de 8 (100%)

- Indicador:
- Número de Indicaciones consensuadas por subcomités de tumores de ambos hospitales 6 de 8. En tumores hematológicos se acaba de constituir el subcomité del HCULB (enero 2020), por lo que no se ha podido consensuar aún (se siguen provisionalmente las del HUMS), y en cabeza y cuello se siguen las del HUMS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han consensuado Indicaciones del PET-TC para las neoplasias que inicialmente se van a valorar en el PET de la UCMHMNA, logrando optimizar el rendimiento del nuevo equipo PET-TC y evitar exploraciones innecesarias que aumentan la dosis de radiación recibida de forma injustificada.
De poder incrementar el número de pacientes estudiados en el PET-TC del SALUD, se redactarían indicaciones consensuadas para las neoplasias que se incluyan.
Consideramos pues, este proyecto sostenible y de una indudable repercusión clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1016 ===== ***

Nº de registro: 1016

Título
PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Autores:
PRATS RIVERA ENRIQUE, DE LA CUEVA BORRAO LETICIA, DEGADO CASTRO MONTSERRAT, FALGAS LACUEVA MARINA, NAVARRO BELTRAN PABLO, RAZOLA ALBA PAULA, SANGROS SAHAUN MARIA JOSE, TARDIN CARDOSO LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1016

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El PET-TC es una técnica de diagnóstico por imagen de la especialidad de Medicina Nuclear con alto impacto en áreas como el diagnóstico oncológico, neurología, cardiología y patología infeccioso-inflamatoria. Sus indicaciones han aumentado desde comienzos del siglo actual al crecer la disponibilidad de los equipos y la investigación científica en torno a su eficacia y eficiencia. Dada la inminente implantación en el Sistema público de salud de la Comunidad Aragonesa, del equipo PET-TC en la Unidad de Medicina Nuclear, es necesario delimitar cuando está indicada la solicitud de la exploración. Basándonos en la demanda actual consideramos necesario optimizar el uso de este equipo y de los recursos disponibles para su puesta en marcha.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer las indicaciones de realización de PET-TC basadas en la evidencia científica actual en patología oncológica para optimizar el rendimiento del nuevo equipo PET-TC y evitar exploraciones innecesarias que aumentan la dosis de radiación recibida de forma injustificada (seguridad)
- Consensuar las indicaciones de realización de PET-TC de cada patología con cada uno de los subcomités clínicos responsables.

MÉTODO

- Selección de las patologías que se van a estudiar. De inicio se pretende elaborar las indicaciones que van a ser asumidas por el PET-TC de la UCMHMNA:
 - o Tumores hematológicos
 - o Cáncer de pulmón
 - o Cáncer de mama
 - o Melanoma
 - o Cánceres de cabeza y cuello
 - o Cánceres urológicos
 - o Cáncer de tiroides
 - o Tumores pediátricos en los que se recomienda PET-TC
- Revisión bibliográfica de guías de práctica clínica actualizadas
- Elaboración de documento breve con las indicaciones de cada patología
- Puesta en común en el subcomité pertinente
- Incluir sugerencias de subcomités
- Presentación en el Comité de Tumores

INDICADORES

-Número de documentos realizados/ Número total de procedimientos PET-TC asumidos
2018: 75%
2019: 100%

Evaluación previa a la puesta en marcha del equipo PET-TC

DURACIÓN

El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019. Se presentarán los documentos en los diferentes subcomités una vez elaborados y posteriormente a las Unidades de Calidad.

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 - 2018/0772

1. TÍTULO

REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE IGNACIO HERNANDEZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

POZO RINCON ALICIA
LOPEZ DOMENECH CONCEPCION
LOPEZ MENDOZA HECTOR
MARECA DOÑATE ROSA
PRIETO ANDRES PURIFICACION
FELIX MARTIN MANUELA
AIBAR REMON CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han cumplido la totalidad de actividades previstas para el desarrollo de la acción de mejora relativa a la Consulta de Vacunas de acuerdo al calendario establecido:

1. En cuanto a las actividades "Elaboración del diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento", "Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades" y "Definir las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas", para dar respuesta a las mismas se redactaron los documentos "Rediseño de Procesos de la Consulta de Vacunas" y "Consulta de vacunas - Organización de enfermería", los cuales fueron difundidos entre todos los miembros del Servicio en reunión del Servicio del 20/07/18. Asimismo, se elaboró el documento "Organización de las citas de la consulta de Medicina Preventiva" tras reunión entre todos los facultativos del Servicio el 25/10/18.

2. En cuanto a la actividad "Elaboración de un listado de verificación de seguridad para el proceso de dispensación y administración de vacunas", se elaboró el cartel "Los 5 correctos para vacunar de manera segura" cuyo contenido se explicó a todos los miembros del Servicio en reunión del 20/07/18 y se ubicó en la consulta de vacunas desde el 24/07/18.

3. En cuanto a la actividad "Elaboración de un Registro de errores de administración de vacunas", se elaboró un "Registro de errores en la consulta de vacunas", disponible en formato Excel en el servidor común del servicio desde el 1/08/18, y cuya sistemática de uso fue explicada a todos los miembros del Servicio en reunión del Servicio del 20/07/18.

4. Además, se ha elaborado el díptico informativo "Consulta de Vacunas" que se distribuye a todos los pacientes que, desde el 1/08/18, solicitan cita en la consulta de vacunas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se cumplió el estándar (sí) del indicador "Diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento"
- Se cumplió el estándar (sí) del indicador "Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades"
- Se cumplió el estándar (sí) del indicador "Definición de las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas"
- Se cumplió el estándar (sí) del indicador "Existencia de un check list de verificación de seguridad para el acto vacunal"
- No se cumplió el estándar (0 casos en cuatro meses) del indicador "Errores de administración de vacunas" (dado que se detectó 1 error de administración en cuatro meses -de agosto a noviembre-)

Los mencionados indicadores se extrajeron del documento "Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública 2018" (en el que se recogen todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora), así como consultando el registro Excel de errores de administración de vacunas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Durante el año 2018 se desarrollaron y completaron todas las actividades previstas en este proyecto de mejora.
- Para el indicador "Errores de administración de vacunas" no se consiguió el estándar propuesto de 0 errores en cuatro meses, motivo por el que se ha planificado impartir en el año 2019 la sesión del servicio "Seguridad del paciente en el proceso de vacunación".
- El cartel que hemos elaborado titulado "Los 5 correctos para vacunar de manera segura" podría ser ubicado en otras consultas de vacunas de otros Servicios de Medicina Preventiva para ser utilizado como herramienta para contribuir a la seguridad del acto vacunal.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0772

1. TÍTULO

REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS

*** ===== Resumen del proyecto 2018/772 ===== ***

Nº de registro: 0772

Título
PROYECTO DE MEJORA "REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS"

Autores:
HERNANDEZ GARCIA IGNACIO, POZO RINCON ALICIA, LOPEZ DOMENECH CONCEPCION, LOPEZ MENDOZA HECTOR, MARECA DOÑATE ROSA MARIA, PRIETO ANDRES PURIFICACION, FELIX MARTIN MANUELA, AIBAR REMON CARLOS

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 susceptibles de vacunación por su patología de base o tratamiento inmunosupresor que tome
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la consulta de vacunas del Sº de Medicina Preventiva y Salud Pública se implementan los diferentes programas de vacunación de pacientes en situaciones especiales, según sus diagnósticos y tratamientos específicos.

Para el desarrollo de dicha actividad y con criterios de efectividad y seguridad, hasta el momento actual un médico y un diplomado universitario en enfermería pasan conjuntamente la consulta.

Dado que parece existir un criterio general en el SALUD y en el centro de diferenciación de consultas médicas y de enfermería, se han detectado varias áreas y oportunidades de mejora relacionadas con esta actividad, particularmente en lo que respecta a los siguientes aspectos:

- Adecuación a las sistemática de consultas de atención ambulatoria del centro
- Gestión eficiente de recursos humanos
- Distribución de actividades según estamento
- Competencias del personal
- Seguridad en el proceso de vacunación

RESULTADOS ESPERADOS

- Rediseñar el proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento y los flujos de los pacientes desde que solicitan la atención hasta que son dados de alta en la consulta
- Establecer los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades.
- Definir las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas y las actividades a desarrollar.
- Elaborar un listado de verificación encaminado a la mejora de la seguridad de la actividad relacionada con la prescripción y administración de las vacunas.

MÉTODO

El plan de actividades previsto para el desarrollo de la acción de mejora relativa a la Consulta de Vacunas incluye:

1. Elaboración del diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).
2. Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).
3. Definir las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).
4. Elaboración de un listado de verificación de seguridad para el proceso de dispensación ya administración de vacunas (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).
5. Elaboración de un Registro de errores de administración de vacunas (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0772

1. TÍTULO

REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS

INDICADORES

- Diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento (sí/no)
- Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades (sí/no)
- Definición de las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas (sí/no)
- Existencia de un check list de verificación de seguridad para el acto vacunal (sí/no)
- Errores de administración de vacunas (0 en cuatro meses)

Los mencionados indicadores para evaluar los resultados de esta acción se medirán, al finalizar el año, a partir del documento "Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública", que recoge todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora.

DURACIÓN

- Febrero-Marzo: Elaboración del diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento.
- Abril-Mayo: Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades.
- Junio: Definir las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas.
- Julio: Elaboración de un check list de verificación de seguridad para el acto vacunal y de un Registro de errores de administración de vacunas.
- Agosto-Noviembre: Implementación de las medidas anteriores
- Diciembre: Evaluación de resultados (cumplimiento de actividades y número de errores de administración de vacunas)

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 - 2018/0956

1. TÍTULO

REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO GARCIA MONTERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

YAGUE ALVAREZ PILAR
LAGUIA MARTIN PILAR
MOLINER LAHOZ FRANCISCO JAVIER
MARECA DOÑATE ROSA
LOPEZ MENDOZA HECTOR
AIBAR REMON CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisión del Sistema de Vigilancia de la IN Vigente: (SI)

- Se ha revisado el sistema y las actividades relacionadas, y comparado con otros sistemas actualmente vigentes o definidos en nuestro entorno, fundamentalmente con las propuestas/proyectos definidos para crear un Sistema de Vigilancia de la Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria a nivel nacional (consenso del CISNS). Como resumen de la información encontrada y principales puntos a debatir, se ha elaborado un documento (REVISIÓN DEL PROCESO DE VIGILANCIA-CONTROL DE IN) fechado en abril de 2018.
- A partir de dicha revisión, se ha realizado una reunión específica con todos los facultativos del Servicio (abril de 2018), en la que se han debatido y valorado las diferentes opciones existentes. A raíz de dicha reunión se decide repartir entre los facultativos del Servicio la labor específica de elaborar propuestas específicas de los principales ámbitos de la Vigilancia y Control de la IN (Vigilancia General de la IN; Infección de Localización Quirúrgica; Gérmenes Multirresistentes; Bacteriemias; EPINE; UCI).
- Se han elaborado documentos específicos de esas 6 áreas de Vigilancia y Control de la IN por diferentes facultativos del Servicio. En febrero de 2019 está pendiente realizar la revisión conjunta de estas propuestas (tanto una primera por parte de los facultativos, como una posterior con el personal de enfermería).
- Por parte del personal de Enfermería, se ha realizado también un proceso de revisión y documentación de las tareas relacionadas con la vigilancia y control de la IN.

Adaptación de los Sistemas de Registro de IN: (PARCIAL)

- Tras los primeros problemas identificados en la Base de datos de registro de la IN, se ha creado una nueva base de datos en ACCESS que simplifica y facilita el proceso de registro de la IN.
- Durante 2018 se ha coincidido en el tiempo con otros dos proyectos nacionales para registro de IN: a nivel nacional el "Proyecto WASPSS", coordinado por la AEMPS y que pretende pilotar una plataforma-sistema de información que facilite el trabajo de los PROA de Hospital y la Vigilancia de IN. Aunque se inició a finales de 2017, el proyecto ha avanzado muy lentamente y en febrero de 2019 no está implantado. Por otra parte, durante el segundo semestre de 2018 el Grupo autonómico "IRASPROA" ha iniciado un proyecto para registro de la Infección de Localización Quirúrgica que sea común para todos los hospitales del SALUD y sus Servicios de Medicina Preventiva; tras una primera versión "de prueba" disponible en diciembre de 2018, no hay todavía versión definitiva ni disponible para su uso cotidiano.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Revisión de documentos nacionales y autonómicos y comparación con el Sistema de Vigilancia actual: COMPLETO. Hay un documento general escrito, así como otros documentos específicos de las diferentes áreas de la Vigilancia y Control de la IN.

Definición del nuevo Sistema de Vigilancia y los cambios necesarios para su implementación: PARCIAL. Hay varios documentos elaborados en versión de borrador, pendientes de su revisión conjunta y elaboración definitiva.

Implantación progresiva del nuevo Sistema de Vigilancia: INCOMPLETO. Aunque se han modificado algunas cuestiones del Sistema de Vigilancia (como la base de datos específica de registro de IN), no es definitivo ni está completo.

Evaluación final y adaptación del procedimiento, en base a la evaluación, e implementación de los cambios precisos: NO REALIZADO. Pendiente de la implementación completa del nuevo Sistema de Vigilancia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión y reestructuración del Sistema de Vigilancia de Infección Nosocomial es un proceso especialmente complejo y dependiente de muchos factores (organizativos, personales, de recursos informáticos, etc.). Actualmente no hay uniformidad entre los diferentes sistemas vigentes (tanto a nivel local entre los diversos hospitales del SALUD, como a nivel nacional entre aquellas CCAA que tienen sistema específico propio). Tampoco las propuestas actuales de Vigilancia y Control de la IN de Ministerio de Sanidad - CISNS se han logrado implementar en ningún ámbito.

El que no exista un modelo que esté implementado de forma amplia muestra la dificultad de encontrar un sistema válido y fácil de poner en marcha. Al mismo tiempo, la coexistencia de diferentes propuestas de ámbitos nacionales y autonómicos dificulta el proceso de elegir un modelo concreto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0956

1. TÍTULO

REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

La escasez de recursos (informáticos, humanos, etc.) dificulta al mismo tiempo implantar nuevas propuestas, que ofrecen mayor utilidad pero exigen más carga de trabajo. El proceso por tanto demuestra ser "una carrera de fondo" en la que será necesario implicarse durante al menos otro año (2019) y contar con mayor apoyo de otros niveles implicados (Regionales y Nacionales).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/956 ===== ***

Nº de registro: 0956

Título
REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

Autores:
GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO, YAGUE ALVAREZ PILAR, LAGUIA MARTIN PILAR, MOLINER LAHOZ FRANCISCO JAVIER, MARECA DOÑATE ROSA MARIA, LOPEZ MENDOZA HECTOR, FELIX MARTIN MANUELA, AIBAR REMON CARLOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPySP) mantiene un sistema de vigilancia de la Infección Nosocomial (IN) prospectivo, activo, continuo y global desde hace muchos años. Hay una situación cambiante en el mundo de la vigilancia y control de la Infección Nosocomial: cambio en los gérmenes más prevalentes; pacientes cada vez más complejos y con alta comorbilidad; incremento de infecciones por gérmenes multirresistentes; aplicación de programas específicos como RZ y PROA; el desarrollo y ampliación de las TICs relacionadas con la atención de los pacientes; etc. A nivel institucional además hay una tendencia clara que pretende organizar un Sistema de Vigilancia específico de las Infecciones Nosocomiales (en teoría de todas las IRAS - Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria - pero centrado en la infección de origen nosocomial). Por un lado el Ministerio de Sanidad, ha impulsado con las CCAA un grupo de trabajo para implantar a medio plazo un Sistema Nacional de Vigilancia de las IRAS. Por otro lado, el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón ha creado a su vez un grupo de trabajo - Grupo IRASPROA - con el mismo objetivo (crear un Sistema de Vigilancia de las IRAS que unifique los criterios en los hospitales de la CCAA, y sirva a su vez para dar respuesta al Sistema de Vigilancia Nacional). Por todo ello, se hace necesario revisar y reestructurar el actual Sistema de Vigilancia de la Infección Nosocomial, para adaptarnos a las líneas de trabajo autonómica y nacional, y para optimizar los recursos humanos limitados actuales.

Se han detectado varias áreas y oportunidades de mejora relacionadas con estas actuaciones:

- Situación epidemiológica cambiante, con aparición de gérmenes multirresistentes de alta trascendencia epidemiológica.
- Existen documentos y protocolos, en parte en fase de borrador, que marcan las áreas prioritarias en la Vigilancia de las IRAS
- Alta carga de trabajo y situaciones de presión puntual sobre el personal de enfermería del SMPySP, asociadas a situaciones de sobrecarga asistencial y a recambio del personal (tanto propio como de las unidades de hospitalización) sin suficiente planificación, formación ni supervisión.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos específicos del presente programa de mejora son los siguientes:

- Revisar el actual Sistema de Vigilancia de la IN de nuestro Servicio, para identificar las áreas más prioritarias de acuerdo a las líneas definidas por el MSSSI y el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.
- Seleccionar los procesos de Vigilancia de IN que deben modificarse, incorporarse o derogarse.
- Definir los procesos de Vigilancia de IN que finalmente se adopten.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0956

1. TÍTULO

REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

Plan de actividades previsto para el desarrollo de la acción de mejora relativa a la reestructuración del Sistema de Vigilancia de Infección:

1. Revisión de los procesos de Vigilancia de IN existentes comparados con los planteamientos nacionales y autonómicos.
2. Identificación de aquellos procesos más prioritarios y actualmente factibles con los recursos disponibles en nuestro servicio.
3. Redacción de los procesos seleccionados y los cambios requeridos en el Sistema de Vigilancia de IN para su adopción.
4. Implementación de los cambios.
5. Evaluación de resultados (aplicabilidad real de los procesos definidos).

INDICADORES

Los indicadores seleccionados para evaluar los resultados de esta acción se medirán, al finalizar el año, a partir del documento "Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública", que recoge todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora.

Objetivos e Indicadores:

- Revisar el actual Sistema de Vigilancia de la IN: Documento de priorización de los procesos de Vigilancia de IN. (SI/NO/PARCIAL)
- Seleccionar los procesos de Vigilancia de IN que deben modificarse, incorporarse o derogarse: Documento de identificación de los procesos de Vigilancia de IN seleccionados, y cambios precisos para su implementación. (SI/NO/PARCIAL)
- Definir los procesos de Vigilancia de IN que finalmente se adopten: Manual de definición de los procesos de Vigilancia de IN seleccionados. (SI/NO/PARCIAL)

DURACIÓN

- Marzo-Abril: Revisión de documentos nacionales y autonómicos y comparación con el Sistema de Vigilancia actual.
- Abril-Mayo: Definición del nuevo Sistema de Vigilancia y los cambios necesarios para su implementación.
- Junio-Julio: Implantación progresiva del nuevo Sistema de Vigilancia.
- Septiembre-Diciembre: Adaptación del procedimiento, en base a la evaluación, e implementación de los cambios precisos. Evaluación anual.

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 - 2018/1044

1. TÍTULO

HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MANUELA FELIX MARTIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALVO LATORRE ARACELI
HERREROS SEÑALADA NATIVIDAD
LAGUIA MARTIN PILAR
PAESA GARZA MARIA CRUZ
PEREZ BENDICHO PEÑA
PRIETO ANDRES PURIFICACION
TEJERO TOMAS MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades	Fecha prevista, según el proyecto presentado	Fecha de realización
1. Actualizar el protocolo de limpieza y desinfección de suelos y superficies del Bloque quirúrgico		
Realizado el 11/01/2019		
Aprobado en la Comisión de Dirección: 5/02/2019		
Difusión a los profesionales	En 2019	

2. Elaborar las normas de higiene, limpieza y desinfección de Hemodinámica. fecha prevista Marzo-Abril 2019. En curso

3. Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades. Revisar las practicas que se están realizando y mejorarlas si procede. Según consultas de los servicios y unidades

Se ha atendido todas las consultas planteadas. Se ha credo 6 nuevos grupos de trabajo (uno por cada tipo de material especifico, o zona).

En cada consulta, se han difundido por escrito . Se han hecho sesiones y talleres de Limpieza y desinfección, productos en uso. En las Unidades de enfermería.

4. Indicar y difundir sobre las normas de limpieza y desinfección de los materiales y equipos sanitarios teniendo en cuenta las indicaciones de mantenimiento y seguridad de los mismos.

- Indicaciones generales
- Indicaciones específicas

Indicaciones generales:

En julio de 2018, se han elaborado las indicaciones de los materiales y equipos sanitarios. Han colaborado los servicios de Electromedicina y M. Preventiva. Estaba previsto para Septiembre de 2018.

Indicaciones específicas:

Se ha establecido la dinámica de trabajo en colaboración con el Servicio de Electromedicina, para dar las Indicaciones específicas, según el tipo de equipo y material sanitario.

5. Indicar y difundir sobre los productos de limpieza y desinfección en uso, teniendo en cuenta las indicaciones de mantenimiento y de seguridad de los equipos y materiales sanitarios.

- Indicaciones generales
 - Indicaciones específicas
- Indicaciones generales:

Mayo-Junio 2018

Se ha dado la indicaciones y dinfundido en la wed de M. Preventiva
En Mayo 2018.

Productos/Indicaciones Uso - intra2hcuz.hcuz.es

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVOS DESARROLLADOS EN EL AÑO:

1. Protocolo de limpieza y desinfección de suelos y mobiliario del Bloque quirúrgico

Elaborado

2. Protocolo de limpieza y desinfección de suelos y mobiliario de Hemodinámica

En proceso

3. Protocolo de Limpieza y desinfección de alto nivel de la sonda transdutora vaginal-rectal.

Elaborado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1044

1. TÍTULO

HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

4. Establecer las normas de limpieza y desinfección de equipos teniendo en cuenta las normas de mantenimiento y seguridad de los mismos. Difusión.
Elaborado
5. Disponer de información (procedimientos, fichas técnicas y de seguridad) sobre limpieza y desinfección en el medio sanitario en la pagina web del SMPySP y facilitar la información sobre limpieza y desinfección en el medio sanitario a todos los usuario del HCU y del Sector Zaragoza III
Elaborado en mayo 2018,
En proceso. Se debe actualizar en 2019. Está pendiente de resolver el nuevo concurso de productos de limpieza y desinfección 2019.
6. Se ha atendido a todas las demandas respecto a limpieza y desinfección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo realizado por el Equipo de mejora ha sido el mínimo necesario, según ha ido avanzado el proyecto durante 2018. Hay que destacar el gran esfuerzo por la falta de tiempo de los profesionales, ya que, hay que dedicar tiempo y asumirlo sin dejar de hacer las actividades diarias de cada uno de los componentes.

Este gran proyecto, solo se puede conseguir por el interés mostrado por los profesionales implicados y con el apoyo de la Dirección, a la que se ha solicitado su colaboración para implantar nuevas practicas de limpieza y desinfección (LyD) que requieren de nuevos productos.

La atención a las consultas sobre higiene limpieza y desinfección de los materiales sanitarios ha requerido el crear nuevos grupos de trabajo, específicos en cada caso, lo que indica la complejidad de los aparatos y equipos que se utilizan en el medio sanitario y el riesgo de transmitir infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) a los pacientes.

Si los procesos de Ly D, no se realizan según las indicaciones (tipo de material, contacto con el paciente y producto indicado).

Las revisiones de los procedimientos y practicas de LyD, que se están llevando a cabo permite observar que tenemos una amplia posibilidad de mejora.

Para realizar este gran proyecto, se requiere constancia, mantener la coordinación, el apoyo de la Dirección y la colaboración de los profesionales que atienden a los pacientes. Continuar esta línea de trabajo supondrá minimizar los riesgos de IRAS para los pacientes.
"Algo tan sencilllo como la LyD, no puede ser tan difícil de alcanzar".

En 2018, se ha coordinado un total de 6 grupos de trabajo. Es necesario continuar con el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1044 ===== ***

Nº de registro: 1044

Título
HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

Autores:
FELIX MARTIN MANUELA, CALVO LATORRE ARACELI, HERREROS SEÑALADA NATIVIDAD, LAGUIA MARTIN PILAR, PAESA GARZA MARIA CRUZ, PEREZ BENDICHO PEÑA, PRIETO ANDRES PURIFICACION, TEJERO TOMAS MARIA PILAR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1044

1. TÍTULO

HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

PROBLEMA

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son un problema importante para los pacientes que las padecen y para el sistema sanitario.

El último estudio EPINE (Prevalencia de infección nosocomial de España), indica que entre un 5% - 10% de pacientes hospitalizados desarrollan este tipo de infección.

La limpieza y desinfección de suelos, superficies y, en especial, de los materiales sanitarios que contactan con los pacientes, se considera una medida necesaria para evitar la transmisión de infecciones a los pacientes.

Contar con equipos de vigilancia, prevención y control de las infecciones; programas de higiene, limpieza y desinfección del entorno sanitario y de los materiales y equipos médicos son herramientas clave para disminuir las IRAS.

Las tareas de limpieza y desinfección las pueden realizar diferentes profesionales de los centros sanitarios: personal de limpieza, de enfermería u otros profesionales. Se requiere la coordinación entre ellos y sus responsables.

La magnitud y gravedad de las IRAS en los pacientes, el alto coste de los equipos médicos, la detección de prácticas incorrectas en técnicas de limpieza y desinfección, y la demanda de formación del personal sanitario en esta área hace que nos planteemos si son adecuados los procesos de limpieza y desinfección que se están realizando en estos momentos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar, revisar y/o actualizar normas de higiene, limpieza y desinfección de suelos, superficies de zonas críticas u otras si procede: Bloque quirúrgico, Hemodinámica...
- Elaborar, revisar y/o actualizar normas de limpieza y desinfección de materiales y equipos médicos.
- Atender a las consultas de higiene, limpieza y desinfección de material sanitario y equipos.
- Conocer si las prácticas que se están realizando son efectivas y seguras de acuerdo a las recomendaciones establecidas por el Servicio de Medicina Preventiva y Servicio de Electromedicina.
- Indicar y difundir las normas de higiene, limpieza y desinfección.

MÉTODO

- Actualizar el protocolo de limpieza y desinfección de suelos y superficies del Bloque Quirúrgico
 - Elaborar las normas de higiene, limpieza y desinfección en la Unidad de Hemodinámica.
 - Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades.
- Revisar las prácticas de limpieza y desinfección que se están realizando y mejorarlas, si procede.
- Indicar las normas de limpieza y desinfección de los materiales y equipos sanitarios teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y seguridad de los mismos, y difundirlas a los profesionales implicados.
 - Indicar los productos de limpieza y desinfección en uso, teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y de seguridad de los equipos y materiales sanitarios, y difundir la información a los profesionales implicados.

INDICADORES

Actualización del protocolo de limpieza y desinfección de suelos y superficies del Bloque Quirúrgico SI
Elaboración de las normas de higiene, limpieza y desinfección de la Unidad de Hemodinámica. SI
Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades. SI (>80%)
Revisar las practicas que se están realizando y mejorarlas si procede. SI (>80%)
Indicar las normas de limpieza y desinfección de los materiales y equipos sanitarios teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y seguridad de los mismos y difundirlas a los profesionales implicados. SI (>80%)

Indicar los productos de limpieza y desinfección en uso, teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y de seguridad de los equipos y materiales sanitarios y difundirlas a los profesionales implicados. SI (>80%)

DURACIÓN

Actualización del protocolo de limpieza y desinfección de suelos y superficies del Bloque Quirúrgico.
Octubre-Noviembre 2018

Elaboración de las normas de higiene, limpieza y desinfección de la Unidad de Hemodinámica. Mayo 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1044

1. TÍTULO

HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades. Atención a la demanda Revisar las practicas que se están realizando y mejorarlas si procede. Atención a la demanda Indicar las normas de limpieza y desinfección de los materiales y equipos sanitarios teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y seguridad de los mismos y difundirlas a los profesionales implicados. Indicaciones generales: Septiembre 2018
Indicaciones específicas: Respuesta a las consultas

Indicar los productos de limpieza y desinfección en uso, teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y de seguridad de los equipos y materiales sanitarios y difundirlas a los profesionales implicados. Indicaciones generales: Septiembre 2018
Indicaciones específicas: Respuesta a las consultas

OBSERVACIONES

Líneas estratégicas: Mejora de la práctica asistencial, eficiencia, prevención y control de las IRAS, seguridad de pacientes y adecuación de recursos.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0517

1. TÍTULO

MEJORA DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN LA CONSULTA DE VACUNAS

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE IGNACIO HERNANDEZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

POZO RINCON ALICIA
GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO
MARECA DOÑATE ROSA
PITARQUE PEÑIFER FERNANDO
RODRIGUEZ LUANGO ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 se desarrollaron y completaron todas las actividades previstas en este proyecto de mejora.

1. Se ha integrado la herramienta Salud-Infirma en la gestión de las citas de nuestra consulta de vacunas. Para ello se ha gestionado y verificado que funciona adecuadamente y que se envían los SMS recordando las citas en nuestra consulta con varios días de antelación a aquéllos de nuestros pacientes que han cursado la activación de dicha opción de la herramienta Salud-Infirma. Asimismo, se ha habilitado al secretario de nuestro Servicio en la aplicación SIRESA para que pueda visualizar todas las solicitudes de cambios/anulaciones de citas en nuestra consulta realizadas por nuestros pacientes a través de la herramienta Salud-Infirma.

2. Se ha promovido la utilización de la herramienta Salud-Infirma entre todos los pacientes atendidos en nuestra consulta para que, entre otras, reciban un SMS recordándoles sus citas con varios días de antelación

3. Se ha recordado a todos los pacientes atendidos en nuestra consulta la importancia de que acudan a nuestra consulta ajustándose a las fechas asignadas

4. Para lo anterior se ha incluido en el díptico informativo sobre nuestra consulta de vacunas, que se entrega a nuestros pacientes, las instrucciones de cómo proceder en caso de no poder acudir en el día asignado. Además, se han elaborado etiquetas que se pegan en cada hoja de citación en las que se especifica la importancia de acudir a consulta en la fecha asignada, así como se describen las instrucciones de cómo deben gestionar los pacientes sus citas en nuestra consulta en caso de no poder acudir en el día asignado, y cómo deben hacer para recibir un SMS recordándoles sus citas con varios días de antelación

6. Se ha monitorizado la frecuencia de absentismo de nuestros pacientes tras implementar todas las medidas descritas anteriormente (la mencionada monitorización se ha realizado desde el 15 octubre al 15 diciembre 2019)

7. Se ha realizado la evaluación de la implementación del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Porcentaje de absentismo de los pacientes en primeras citas en nuestra consulta: 11%
- Porcentaje de absentismo de los pacientes en citas sucesivas en nuestra consulta: 10%
Para la obtención de los dos indicadores anteriores se utilizó como fuente de información el registro de la actividad de nuestra consulta de vacunas, en la que se apunta si el paciente acude o no a consulta.

Para ambos indicadores, pese a no haberse alcanzado el estándar propuesto (de <6%), se ha de indicar que los resultados obtenidos mejoran los descritos en nuestra consulta antes de llevar a cabo este proyecto de mejora (con tasas de absentismo, en años anteriores, del 13,7% en primeras citas y del 11,7% en citas sucesivas)*.

*Hernández-García I, Chaure-Pardos A, Moliner-Lahoz J, Prieto-Andrés P, Mareca-Doñate R, Giménez-Júlvez T, et al. Absentismo, y factores asociados, en las citas programadas de una consulta externa de Medicina Preventiva. J Healthc Qual Res 2018;33:82-87.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Con las actividades desarrolladas en este proyecto se ha promovido, de una manera fácil y barata, el uso de una herramienta muy útil como es Salud-Infirma que, entre otras, permite recibir SMS recordando las citas con varios días de antelación. Cabe señalar que esta herramienta no era conocida por la mayoría de nuestros pacientes.

- Además, ha permitido que la dirección de nuestro centro fuera conocedora de que, en aquellas consultas que cuentan con secretaría propia para gestionar las citas, se les debía dar acceso a la aplicación SIRESA para que pudieran visualizar las solicitudes de cambios/anulaciones de citas en sus consultas realizadas por sus pacientes a través de la herramienta Salud-Infirma.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/517 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0517

1. TÍTULO

MEJORA DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN LA CONSULTA DE VACUNAS

Nº de registro: 0517

Título
MEJORA DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN LA CONSULTA DE VACUNAS

Autores:
HERNANDEZ GARCIA IGNACIO, POZO RINCON ALICIA, GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO, MARECA DOÑATE ROSA, PITARQUE PEÑIFER FERNANDO, RODRIGUEZ LUANGO ROSARIO

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 susceptibles de vacunación por su patología de base o tratamiento inmunosupresor que tome
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El absentismo del paciente a sus citas programadas representa un importante obstáculo en el coste-efectividad de la asistencia sanitaria, así como en la seguridad de los pacientes. Entre otras situaciones, genera infrautilización de recursos (humanos y materiales), costes derivados de proporcionar nuevas citas, incremento de listas de espera e implicaciones negativas en la salud por posibles retrasos diagnósticos, terapéuticos o implementación de medidas preventivas. Por ello, diversos autores consideran que su evaluación ha de ser parte del control de la calidad para la mejora continua, ya que representa un indicador de la gestión hospitalaria. En un estudio realizado en nuestra consulta de vacunas se ha detectado una tasa de absentismo del 12,5% (73/582); en particular, dicha tasa fue del 13,7% (34/249) en primeras citas y del 11,7% (39/333) en citas sucesivas. Todo ello supone el haber detectado varias áreas y oportunidades de mejora relacionadas con esta actividad, particularmente en lo que respecta a los siguientes aspectos:

- Adecuación a la sistemática de consultas de atención ambulatoria del centro, en relación a integrar la herramienta Salud-Infirma en la gestión de nuestras citas
- Gestión eficiente de recursos

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir el absentismo de los pacientes en primeras citas en nuestra consulta de vacunas.
- Reducir el absentismo de los pacientes en citas sucesivas en nuestra consulta de vacunas.

MÉTODO

- Integrar la herramienta Salud-Infirma en la gestión de nuestras citas.
- Promocionar la utilización de la herramienta Salud-Infirma entre todos los pacientes atendidos en nuestra consulta.
- Recordar a todos los pacientes la importancia de que acudan a nuestra consulta ajustándose a las fechas asignadas.
- Incluir en el díptico informativo que se entrega a nuestros pacientes sobre nuestra consulta de vacunas, instrucciones de cómo deben gestionar sus citas en nuestra consulta en caso de no poder acudir en el día asignado.
- Monitorizar la frecuencia de absentismo de nuestros pacientes tras implementar las medidas descritas anteriormente.

INDICADORES

- Porcentaje de absentismo de los pacientes en primeras citas en nuestra consulta (<6%)
- Porcentaje de absentismo de los pacientes en citas sucesivas en nuestra consulta (<6%)

Los indicadores seleccionados para evaluar los resultados de esta acción se medirán, al finalizar el año, a partir del documento "Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública", que recoge todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora.

DURACIÓN

- Marzo-Abril: Integrar la herramienta Salud-Infirma en la programación de nuestras citas. Verificar que funciona adecuadamente y que se envían los sms recordando las citas a los usuarios que tengan activo dicho sistema (responsables: I. Hernández, Jose Ignacio García y Fernando Pitarque)
- Mayo-Junio: Elaboración de material específico para promocionar la utilización de la herramienta Salud-Infirma entre todos los pacientes atendidos en nuestra consulta. Inclusión en el díptico informativo que se entrega a nuestros pacientes sobre nuestra consulta de vacunas, instrucciones de cómo deben gestionar sus citas en nuestra consulta en caso de no poder acudir en el día asignado. (Responsables: I. Hernández, Alicia Pozo, Rosa Mareca, Fernando Pitarque y Rosario Rodríguez)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0517

1. TÍTULO

MEJORA DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN LA CONSULTA DE VACUNAS

- Julio-Octubre: Implementación de las medidas de mejora para intentar reducir el absentismo (distribuir el díptico informativo actualizado a los pacientes, promocionar la utilización de la herramienta Salud-Infirma entre los pacientes atendidos en nuestra consulta y recordar a todos los pacientes la importancia de que acudan a nuestra consulta ajustándose a las fechas asignadas).

Monitorización del absentismo de pacientes.

(Responsables: I. Hernández, Alicia Pozo, Jose Ignacio García, Rosa Mareca y Fernando Pitarque).

- Noviembre-Diciembre: Evaluación de resultados (cumplimiento de actividades y cuantificación de los indicadores).

(Responsable: I. Hernández).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0660

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE REGISTRO Y ANALISIS DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JAVIER MOLINER LAHOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AIBAR REMON CARLOS
YAGUE ALVAREZ PILAR
TEJERO TOMAS MARIA PILAR
POZO RINCON ALICIA
HERNANDEZ GARCIA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En total el sistema ha registrado 26 incidencias durante el año 2019

5 de las notificaciones fueron realizadas por el "equipo de enfermería" y las 21 restantes por parte de 3 facultativos del Servicio.

Se estableció un periodo de prueba durante el mes de marzo: Se recogieron 12 notificaciones, que se revisaron de forma conjunta en la reunión del Servicio del viernes 5 de abril.

En la reunión del Servicio del día 12 de abril se revisaron tres casos:

- No detección de un caso SARM en la búsqueda de laboratorio por no incluir "consultas externas" en el filtro
- Paciente vista en consulta como primer día, que ya había sido vista con anterioridad
- Error en la hora de cita de un paciente, que había recibido en casa una hoja de cita con el horario equivocado

A partir de esa fecha se produjeron 2 notificaciones en el mes de abril, 2 en mayo, 6 en junio y 1 en septiembre.

Por diversas razones, en las posteriores reuniones del Servicio (una en abril, tres en mayo, dos en junio y dos en julio) no fueron analizados los casos notificados.
No se han producido más notificaciones al sistema.

El texto completo de las incidencias registradas se encuentra en el cajón compartido de la intranet del Hospital (Seguridad clínica/calidad/Registro de incidencias)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos comprobado que el sistema de registro de incidencias no ha sido aceptado por el Servicio, tal como fue planteado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoraremos reorientar el sistema en otra dirección

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/660 ===== ***

Nº de registro: 0660

Título
ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE REGISTRO Y ANALISIS DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

Autores:
MOLINER LAHOZ JAVIER, AIBAR REMON CARLOS, YAGUE ALVAREZ PILAR, TEJERO TOMAS MARIA PILAR, POZO RINCON ALICIA, HERNANDEZ GARCIA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0660

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE REGISTRO Y ANALISIS DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

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
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Hospital Clínico está adherido desde hace 5 años al Sistema de Notificación para el Aprendizaje en Seguridad de Pacientes (SiNASP), tiempo en el que se ha consolidado la notificación y el análisis de incidentes de seguridad como una actividad útil para aprender y mejorar.

Con el impulso de la Comisión de Seguridad y Mortalidad se realizan actividades de divulgación que tratan de fomentar la notificación de incidentes y eventos adversos y el análisis de causas. Este impulso ha llevado a que en algunas áreas del Hospital, como el Servicio de Urgencias, se haya implantado desde hace más de un año un sistema propio de notificación y análisis de incidencias que cuenta con la participación de un número elevado de profesionales, y que es considerado un caso de éxito.

Los sistemas de registro de incidencias (problemas en el proceso de asistencia, independientemente de si hubo daño al paciente) son obligatorios para los hospitales de algunos países, en Holanda desde el año 2016, y sirven para el registro de casos sobre todo por parte del personal de enfermería (De Vos et al. BMJ Quality & Safety 2018)

Los términos conceptos de "Incidencia" y "No conformidad" son utilizados en el sistema de la normas ISO para registrar los casos en que se han cumplido los criterios de calidad. Aunque en el Servicio de Medicina Preventiva no tenemos normalizados por escrito todos los procedimientos necesarios para obtener la certificación ISO, podríamos crear un procedimiento de registro y análisis de las incidencias que detectamos en nuestro ámbito de actuación.

Con la finalidad de identificar las oportunidades de mejora que se encuentren en nuestro campo de trabajo, definiremos las "incidencias" como los episodios en el funcionamiento del Servicio en que identificamos un fallo que se podría haber evitado si hubiéramos actuado de otra manera o si los sistemas de trabajo fuesen otros.

Como para mejorar primero hay que medir, proponemos mantener un registro de incidencias que puedan cumplimentar todos los profesionales del Servicio, con el objetivo de cuantificarlas, analizar cada caso dentro del grupo de mejora del Servicio, distinguir entre casos esporádicos y casos frecuentes, y evaluar si como consecuencia del análisis conviene modificar algún sistema.

RESULTADOS ESPERADOS

o Conocer qué casos en los que se identifican problemas en trabajo del Servicio (retrasos en la asistencia, pérdidas de información y de esfuerzos, incidentes), se considera que son mejorables y tienen una posibilidad de aprendizaje y de mejora.

o Cuantificar la frecuencia y los tipos de incidencias detectados, así como las propuestas de mejora asociadas.

MÉTODO

Una incidencia es un hecho que cualquier componente del SMP ha observado en su trabajo, y del que considera que se puede obtener un aprendizaje.

La finalidad del registro es conocer la frecuencia de determinados tipos de problemas, y dar a todos la posibilidad de anotar los casos para un análisis posterior en las reuniones del Servicio.

El formato inicial del registro es simple, con solo dos datos: 1. Descripción de los hechos (respondiendo a la pregunta ¿qué ocurrió?) y 2. Propuestas de aprendizaje y/o cambios de procedimientos de actuación, (respondiendo a cuestiones como "¿qué cambiarías?" o "esto no hubiera pasado si...").

Generar un registro de los casos a través de un formato de fichero de texto, un solo fichero compartido por todos los profesionales del Servicio, en el que todos pueden escribir las incidencias observadas.

El fichero de texto estará en un espacio del cajón común, accesible para todos.

Una o dos personas del grupo de mejora se ocuparán cada mes de leer los casos registrados y pedir aclaraciones en caso necesario, y hacer un resumen y análisis para la reunión periódica.

Se llevará un recuento de los casos analizados en las reuniones del Servicio de los viernes.

INDICADORES

- o Número de incidencias registradas cada mes
- o Número de incidencias analizadas cada mes en el grupo de mejora
- o Número de incidencias al mes en que, tras el análisis, se produce un cambio.

DURACIÓN

Fecha de inicio: 01/04/2019

Fecha de fin: 31/12/2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0660

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE REGISTRO Y ANALISIS DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1317

1. TÍTULO

REESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO GARCIA MONTERO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARECA DOÑATE ROSA
YAGUE ALVAREZ PILAR
FELIX MARTIN MANUELA
ROMAN CALDERON FRANCISCO
LAGUIA MARTIN PILAR
PRIETO ANDRES PURIFICACION
AIBAR REMON CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisión de los procesos de Vigilancia de IN y adaptación a los planteamientos nacionales y autonómicos (PARCIAL).

- Durante 2019 se ha realizado la revisión detallada de la Vigilancia de Infección Quirúrgica por procedimiento quirúrgico, analizando el cambio de CIE-9-MC a CIE-10-ES. Esta revisión ha puesto de manifiesto la dificultad de comparar ambos sistemas de codificación para la definición de los procedimientos quirúrgicos, fundamentalmente por la extrema complejidad (y cambios todavía no definitivos) en el sistema CIE-10-ES. Se concluye finalmente que no es viable mantener el sistema previo (hasta 2015, en que se usaba CIE-9-MC) y es necesario definir de forma precisa los procedimientos que interesa vigilar de forma conjunta y consensuada con los Servicios Quirúrgicos. La concurrencia del sistema de Vigilancia de Infección de Localización Quirúrgica Autonómico (IRASPROA), ha desaconsejado persistir en el desarrollo propio hasta tener una propuesta autonómica definitiva.

- Durante 2019, el Grupo IRASPROA ha diseñado y desarrollado el Sistema de registro para la Vigilancia de Infección de Localización Quirúrgica a nivel Autonómico. Este sistema se basa en la Historia Clínica Electrónica Unificada de Aragón, y se ha programado su inicio en todos los Hospitales del SALUD a partir de enero de 2020. Aunque el registro está en fase operativa, no está definitivamente consolidado. Además, el incremento de carga de trabajo que supone cumplimentar este registro de forma completa no se ha evaluado de forma completa, ni se han planificado los procesos de soporte asociados para su consecución.

- También durante 2019, el Grupo IRASPROA ha trabajado en la definición y desarrollo de un Sistema de registro para la Vigilancia de Gérmenes Multirresistentes. En diciembre se presentó un primer borrador que está pendiente de finalizar. Una vez revisado y aprobado, faltará el desarrollo informático del sistema de registro (basado en HCE). Este retraso en el desarrollo autonómico ha conllevado la reforma mínima de nuestro sistema de registro y análisis de GMR.

- El resto del Sistema Global de Vigilancia de las IRAS (Bacteriemias, Infección en UCI y Brotes) no ha tenido avances significativos a nivel autonómico. Vista la dificultad para definirlo de forma consensuada con los demás agentes implicados, y para evitar trabajo infértil, no se han realizado avances en nuestro centro.

- La implantación prevista del WASPSS (herramienta informática ofrecida por la AEMPS a nuestro hospital, en el contexto de apoyo a los PROA hospitalarios), no se ha llegado a realizar en 2019. Esta herramienta, tenía la intención de apoyar también el proceso de vigilancia de las IRAS y aunque se ha avanzado en su desarrollo a nivel nacional, no está todavía operativa.

Redacción definitiva de los procesos y cambios requeridos en el Sistema de Vigilancia de IN (NO REALIZADO)

- La imposibilidad de definir de forma definitiva la Vigilancia de la Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria, explicada en el punto anterior (ILQ y GMR fundamentalmente), ha impedido avanzar en este apartado del proyecto.

Implementación de los cambios (PARCIAL).

- Se han depurado algunos procesos y registros en el área de la Vigilancia de GMR, mejorando el sistema vigente. Esto ha permitido obtener datos de la incidencia de GMR durante el año anterior en nuestro hospital de forma más ágil que en años anteriores y está previsto que permita analizar la realidad de 2019 en el mes de febrero de 2020.

- Se ha avanzado bastante en las definiciones asociadas a la vigilancia de las IRAS en la herramienta WASPSS, pero sin que se haya podido implementar y comprobar su utilidad real.

Evaluación de resultados (NO REALIZADO)

- Los escasos avances, ya explicados, en los procesos previos ha impedido tener resultados reales y definitivos en ninguna de las áreas de la Vigilancia de las IRAS previstas inicialmente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Definir los procesos de Vigilancia y Control de IN que finalmente se adopten: INCOMPLETO. Aunque se han modificado algunas definiciones del Sistema de Vigilancia (como todo el proceso de vigilancia de GMR), no es definitivo ni puede considerarse como completo.

Implementación del Sistema de Vigilancia y Control global: NO REALIZADO. Pendiente de concretar las fases previas.

Evaluación del Sistema de Vigilancia y Control: NO REALIZADO. Pendiente de concretar las fases previas.

Informe final: NO REALIZADO. Pendiente de concretar las fases previas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión y reestructuración del Sistema de Vigilancia de Infección Nosocomial es un proceso complejo y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1317

1. TÍTULO

REESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL

dependiente de muchos factores ajenos al propio servicio (organizativos, personales, de recursos informáticos, etc.). Seguimos sin disponer de sistemas definitivos (tanto a nivel autonómico y entre los diversos hospitales del SALUD, como a nivel nacional Ministerio de Sanidad - CISNS) que se puedan tomar como referencia. Además hay nuevas áreas de trabajo que afectan a nuestro servicio, que posiblemente conlleven un incremento de las cargas de trabajo, sin que se hayan contemplado recursos adecuados. La escasez de recursos (informáticos, humanos, etc.) dificulta al mismo tiempo implantar nuevas propuestas, que ofrecen mayor utilidad, pero exigen más carga de trabajo. Será necesario contar con mayor apoyo de otros niveles implicados (Regionales y Nacionales), para poder llevar a efecto las propuestas de cambio que persisten desde hace más de dos años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1317 ===== ***

Nº de registro: 1317

Título
REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

Autores:
GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO, MARECA DOÑATE ROSA, YAGUE ALVAREZ PILAR, FELIX MARTIN MANUELA, ROMAN CALDERON FRANCISCO, LAGUIA MARTIN PILAR, PRIETO ANDRES PURIFICACION, AIBAR REMON CARLOS

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: VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA
Línea Estratégica : Seguridad clínica
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPySP) mantiene un sistema de vigilancia de la Infección Nosocomial (IN) prospectivo, activo, continuo y global. Este sistema consume una gran cantidad de recursos humanos. Ante la situación cambiante en el entorno sanitario, la vigilancia y control de la Infección Nosocomial necesita adaptarse estas nuevas situaciones: cambio en los gérmenes más prevalentes; pacientes cada vez más complejos y con alta comorbilidad; incremento de infecciones por gérmenes multirresistentes; aplicación de programas específicos como RZ y PROA; desarrollo y ampliación de las TICs relacionadas con la atención de los pacientes; etc.
A nivel institucional además se pretende organizar un Sistema de Vigilancia específico de las Infecciones Nosocomiales y las IRAS (Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria). Por un lado, el Ministerio de Sanidad ha impulsado con las CCAA un grupo de trabajo para implantar a medio plazo un Sistema Nacional de Vigilancia de las IRAS. Por otro lado, el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón ha creado a su vez un grupo de trabajo - Grupo IRASPROA - con el mismo objetivo (crear un Sistema de Vigilancia de las IRAS que unifique los criterios en los hospitales de la CCAA, y sirva a su vez para dar respuesta al Sistema de Vigilancia Nacional).

Por todo ello, en 2018 se realizó la revisión del actual Sistema de Vigilancia de la Infección Nosocomial, y se plantearon las bases para su adaptación a las líneas de trabajo autonómica y nacional. Se han definido las áreas prioritarias, así como las oportunidades de mejora relacionadas con estas actuaciones, y en 2019 se pretende su implementación y consolidación:

- Sistema de vigilancia y control de la infección quirúrgica.
- Vigilancia y control de Bacteriemias.
- Vigilancia y control de pacientes con GMR.
- Estudio EPINE y estudios de prevalencia.
- Vigilancia y control de infección en UCI.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos específicos del presente programa de mejora son los siguientes:

- Sustitución del actual Sistema de Vigilancia de la IN de nuestro Servicio, por otro sistema más específico y eficiente, de acuerdo a las áreas prioritarias y a las líneas definidas tanto por el MSCBS como por el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.
- Seleccionar los procesos de Vigilancia de IN que finalmente deben modificarse, incorporarse y derogarse.
- Definir detalladamente los procesos de Vigilancia de IN seleccionados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1317

1. TÍTULO

REESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL

- Implantar dichos procesos y evaluar su cumplimiento, para realizar las correcciones y adaptaciones necesarias.

MÉTODO

Plan de actividades previsto para el desarrollo de la acción de mejora relativa a la reestructuración del Sistema de Vigilancia de Infección:

1. Revisión de los procesos de Vigilancia de IN definidos inicialmente y adaptación a los planteamientos nacionales y autonómicos (estos últimos todavía no finalizados).
2. Redacción definitiva y detallada de los procesos seleccionados y los cambios requeridos en el Sistema de Vigilancia de IN para su adopción.
3. Implementación de los cambios.
4. Evaluación de resultados: aplicabilidad real de los procesos definidos y adaptación consiguiente.

INDICADORES

Los indicadores seleccionados para evaluar los resultados de esta acción se medirán, al finalizar el año, a partir del documento "Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública", que recoge todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora.

Objetivos e Indicadores:

- Definir los procesos de Vigilancia y Control de IN que finalmente se adopten: Documento específico para cada una de las 5 áreas definidas. (%)
- Implementación del Sistema de Vigilancia y Control global: listado de todos los indicadores definidos en cada uno de los 5 procesos y recuento de su medición (% de indicadores medidos sobre los planteados)
- Evaluación del Sistema de Vigilancia y Control: Índice sintético de cada uno de los 5 procesos (media ponderada de los indicadores incluidos en cada proceso).
- Informe final: evaluación de la implementación de los 5 procesos, y plan de mejora específico para cada uno de ellos (modificaciones necesarias, cronograma de adaptación, etc)

DURACIÓN

- Abril-Mayo: Revisión conjunta con personal de enfermería de los 5 procesos definidos.
- Mayo-Junio: Redefinición de los procesos de vigilancia y control, de acuerdo a la redistribución de trabajo del personal médico y de enfermería.
- Junio-Julio: Implantación progresiva del nuevo Sistema de Vigilancia.
- Septiembre-Diciembre: Adaptación del procedimiento, en base a la evaluación, e implementación de los cambios precisos.
- Enero-2020: Evaluación final.

OBSERVACIONES

PROYECTO QUE CONTINÚA DESDE 2018

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 - 2016/0273

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 - 2018/0289

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS PROCEDENTES O INNECESARIAS

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE RAFAEL BENITO RUESCA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIL TOMAS JOAQUINA
CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER
VITORIA AGREDA ASUNCION
SANCHEZ YANGÜELA ELENA
BELTRAN ROSEL ANTONIO
CAMEO RICO MARIA ISABEL
KHALIULINA TATIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Verificación de datos demográficos del paciente
- Introducción "homologada" de los datos demográficos
- Verificación de las muestras recibidas en el laboratorio: adecuación muestra-petición, correspondencia muestra-volante de petición, corrección de errores, consulta de datos dudosos.
- Detección y rechazo de pruebas improcedentes mediante la consulta de datos previos del paciente en el histórico de la base de datos del sistema informático.
- Informe del motivo del rechazo mediante el envío de un comentario explicativo codificado para cada prueba rechazada. Este informe cumple dos funciones: disponer de un marcador cuantificable de realización del proceso y "educar" al facultativo solicitante para evitar la repetición de la solicitud improcedente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 2018 se ha conseguido una reducción del gasto de 78084 euros
Se consideraron improcedentes o innecesarias 6493 pruebas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Está acción permite:
La disminución del gasto sanitario
Utilización eficiente de las pruebas empleadas en el diagnóstico microbiológico
Disminución de la carga de trabajo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/289 ===== ***

Nº de registro: 0289

Título
DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

Autores:
BENITO RUESCA RAFAEL, GIL TOMAS JOAQUINA, CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER, VITORIA AGREDA ASUINCION, SANCHEZ YANGÜELA ELENA, BELTRAN ROSEL ANTONIO, CAMEO RICO MARIA ISABEL, KHALIULINA TATIANA

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
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0289

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS PROCEDENTES O INNECESARIAS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El coste de las pruebas de laboratorio de Microbiología tiende a aumentar cada vez más, debido, entre otros factores al aumento de pacientes asistidos, la implantación de programas de prevención de enfermedades infecciosas o de protocolos de asistencia a inmigrantes o a pacientes complejos, etc.

Existe una utilización subóptima de los recursos diagnósticos que dispone el laboratorio de Microbiología como consecuencia de la solicitud y realización de pruebas innecesarias e improcedentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Contribuirá a la reducción del gasto sanitario. Hasta ahora se ha conseguido una reducción aproximada de 60000 € anuales, desde la implantación del programa.

MÉTODO

El sistema implica:

- Verificación de datos demográficos del paciente en la ventanilla de la UCL o en la fila de espera:
 - Ver si el nombre y apellidos del volante de petición está completo, es legible, no hay intercambio entre apellidos y nombre (pacientes extranjeros) y si está bien escrito (extranjeros).
 - Verificar otros datos como edad, sexo y país de origen del paciente que ayudan en la toma de decisiones en el laboratorio y en la identificación de pruebas previas de ese paciente, cuyos datos demográficos han podido introducirse de otra manera.
- Introducción "homologada" de los datos demográficos mediante el establecimiento de un protocolo que establezca la forma de introducir por parte de los administrativos de:
 - Los apellidos compuestos: del Hierro (preposición antes del 1º apellido o detrás del nombre), Pérez-García (con o sin guión), San Juan (junto o separado), El Moutadi ("El", antes del apellido o tras el nombre), etc.
 - Los apellidos en los recién nacidos y en los gemelos.
 - Los nombres: rechazo de diminutivos (Conchita), alias, apócope, iniciales, preposiciones (María del Pilar ó María Pilar), etc.
 - Los pacientes extranjeros con un único apellido (con o sin espacio/s detrás).
 - El nombre de los pacientes cuando no cabe en el campo informático correspondiente (por dónde se corta para que no conste el nombre).
 - Forma de utilización del campo comentarios (no utilizarlo para expresiones como "embarazo confirmado no deseado" que van contra la intimidad de la paciente, y definir para qué datos conviene utilizarlo).

Y que debería ser utilizado por los administrativos de la UCL (en general del hospital) y en la elaboración de las etiquetas para a los impresos del paciente.

- Verificación de las muestras recibidas en el laboratorio: adecuación muestra-petición, correspondencia muestra-volante de petición, corrección de errores, consulta de datos dudosos.
- Detección y rechazo de pruebas improcedentes mediante la consulta de datos previos del paciente en el histórico de la base de datos del sistema informático.
- Informe del motivo del rechazo mediante el envío de un comentario explicativo codificado para cada prueba rechazada. Este informe cumple dos funciones: disponer de un marcador cuantificable de realización del proceso y "educar" al facultativo solicitante para evitar la repetición de la solicitud improcedente.

INDICADORES

- Recuento de las pruebas rechazadas.
- Evaluación de la eficiencia económica del proyecto, en términos de disminución del gasto.

DURACIÓN

Años 2018 y 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0289

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS PROCEDENTES O INNECESARIAS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0294

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA SOLEDAD SALVO GONZALO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALGARATE CAJO SONIA
BENITO RUESCA RAFAEL
LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE
MUÑOZ MUÑOZ LARA
MENDOZA LOPEZ CLAUDIA
PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE
PERERA LERIN ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-SE VALIDARON INFORMES PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS DESDE EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA.
2- SE FORZÓ LA IMPRESIÓN DE DICHS INFORMES EN LAS IMPRESORAS DE LA SECRETARÍA DEL SERVICIO.
3-LOS RESULTADOS DE PACIENTES INGRESADOS EN UCI CENTRAL SE INFORMARON TELEFÓNICAMENTE A TRAVES DEL BUSCA 710566. LA INFORMACIÓN DEL RESTO DE PACIENTES, SE COMUNICO TELEFÓNICAMENTE AL FACULTATIVO PETICIONARIO O BIEN A LA PERSONA RESPONSABLE DEL GRUPO PROA HEMOCULTIVOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-TOTAL HEMOCULTIVOS SOLICITADOS: 1500
-POSITIVOS: 219
-PACIENTES CON HEMOCULTIVO POSITIVO:91
-INFORMES PRELIMINARES HEMOCULTIVOS POSITIVOS: 131 (59,8%)
-INFORMES PRELIMINARES DE LOS PACIENTES CON HEMOCULTIVOS POSITIVOS 88 (96,7%)
-INDICADOR > 50% DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS
LA INFORMACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS CONTRIBUYE AL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DEL PACIENTE INGRESADO EN UCI AÚN CUANDO LA PRUEBA NO ESTÉ TERMINADA Y PUEDE IR SEGUIDA DE UNA ACTUACIÓN CLÍNICA POR PARTE DEL FACULTATIVO RESPONSABLE DEL PACIENTE.
RESULTADOS OBTENIDOS DE MODULAB

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONSIDERAMOS IMPORTANTE INFORMAR A LOS CLÍNICOS DE LOS RESULTADOS QUE VAMOS OBTENIENDO EN LABORATORIO, MÁS AUN CUANDO LOS PROCEDIMIENTOS PUEDEN NO ESTAR TERMINADOS HASTA PASADOS UNOS DÍAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/294 ===== ***

Nº de registro: 0294

Título
ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Autores:
SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD, ALGARATE CAJO SONIA, BENITO RUESCA RAFAEL, LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE, MUÑOZ MUÑOZ LARA, MENDOZA LOPEZ CLAUDIA, PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE, PERERA LERIN 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: Pacientes con Bacteriemia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0294

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actuación dirigida a informar resultados positivos que puedan contribuir al diagnóstico o tratamiento del paciente ingresado en UCI aún cuando la prueba no esté terminada y que pueda ir seguida de una actuación clínica por parte del facultativo responsable.

RESULTADOS ESPERADOS

En 2017 se enviaron informes preliminares del 55,55% de los hemocultivos positivos solicitados desde el Servicio de Medicina Intensiva, que correspondían al 100% de los pacientes con hemocultivos positivos. Esperamos conseguir resultados similares durante este año

MÉTODO

Realizamos los siguientes informes preliminares:

- Tinción de Gram de las botellas de hemocultivo tras la incubación
- Cultivos con resultados significativos
- Identificación rápida a partir de las botellas positivas de los hemocultivos mediante espectrometría de masas.

En cada caso se elabora el informe especificando "Informe preliminar" y se procede a la validación y envío a través de las impresoras del S° de Medicina Intensiva

INDICADORES

35% de los hemocultivos positivos con informe preliminar
Los datos estarán disponibles en el laboratorio.
Se podrán obtener a través de las estadísticas del servicio

DURACIÓN

Fecha de inicio 1 de enero a 31 de diciembre 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 - 2018/0442

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 72 HORAS DE LOS HEMOCULTIVOS NEGATIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE SONIA ALGARATE CAJO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD
SERAL GARCIA CRISTINA
LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE
MUÑOZ MUÑOZ LARA
MENDOZA LOPEZ CLAUDIA
PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE
PERERA LERIN ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realizar un informe preliminar de negatividad en hemocultivos de pacientes pediátricos a las 72 horas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2018 se han recibido 317 hemocultivos de pacientes pediátricos de los cuales 297 fueron negativos. Se informaron preliminarmente un total de 263 (88,56 % de los hemocultivos negativos a las 72 horas).

El 91,19 % de los hemocultivos procedentes de neonatología han sido informados preliminarmente a las 72 horas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los hemocultivos se incuban durante 5 días antes de ser informados como negativos. Hemos incluido en nuestro protocolo la elaboración de informes negativos a las 72 horas para adaptarnos a los protocolos nacionales e internacionales de diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/442 ===== ***

Nº de registro: 0442

Título
ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 72 HORAS DE LOS HEMOCULTIVOS NEGATIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA

Autores:
ALGARATE CAJO SONIA, SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD, SERAL GARCIA CRISTINA, LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE, MUÑOZ MUÑOZ LARA, MENDOZA LOPEZ CLAUDIA, PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE, PERERA LERIN ANA ISABEL

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: Pacientes pediátricos que no precisan tratamiento antibiótico tras descartar bacteriemia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los hemocultivos de pacientes pediátricos son informados de forma preliminar a las 72 horas cuando estos son negativos. Esta acción orienta a la suspensión del tratamiento antibiótico siempre que se cumplan los criterios clínicos, analíticos y microbiológicos

RESULTADOS ESPERADOS

En 2017 se enviaron informes preliminares en el 80,39% de los hemocultivos negativos de los pacientes pediátricos tras 72 h de procesamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0442

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 72 HORAS DE LOS HEMOCULTIVOS NEGATIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA

MÉTODO

En cada caso se elabora el informe especificando "Informe preliminar" y se procede a la validación

INDICADORES

80% de los hemocultivos negativos pediátricos con informe preliminar a las 72 h.

Los datos estarán disponibles en el laboratorio.

Se podrán obtener a través de las estadísticas del servicio

DURACIÓN

Fecha de inicio 1 de enero a 31 de diciembre 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 - 2018/0488

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 24-48H DE LOS COPROCULTIVOS POSITIVOS

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA SERAL GARCIA
· Profesión MEDICO/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

BELTRAN ROSEL ANTONIO

SANCHEZ YANGÜELA ELENA

FRESNEÑA FRIAS BELEN

KHALIULIANA TATIANA

CONDADO CONDADO HECTOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Adelantar los resultados positivos obtenidos al reducir el tiempo de identificación por la introducción de la espectrometría de masas en el laboratorio como método de identificación. Se adelanta el informe de resultado al menos 24h. Se introduce el resultado de identificación en una prueba llamada preliminar y se valida 24h antes de que esté el antibiograma

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 83% de los resultados positivos fueron informados con un informe preliminar. Se procesaron 7223 coprocultivos el año 2018. De ellos resultaron positivos 710 (9.8%) y fue posible informar preliminarmente 597 coprocultivos (83.94% de los positivos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los coprocultivos que no pueden ser informados preliminarmente son los del fin de semana por no haber facultativo que los valide.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/488 ===== ***

Nº de registro: 0488

Título
ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 24-48H DE LOS COPROCULTIVOS POSITIVOS

Autores:
SERAL GARCIA CRISTINA, CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER, BELTRAN ROSEL ANTONIO, SANCHEZ YANGÜELA BELEN, FRESNEÑA FRIAS BELEN, KHALIULINA TATIANA, CONDADO CONDADO HECTOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Adelantar los resultados positivos obtenidos al reducir el tiempo de identificación por la introducción de la espectrometría de masas en el laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar informes preliminares al obtener el resultado positivo para adelantar el resultado al menos 24h. Todos los coprocultivos positivos por cultivo se informan en una prueba preliminar antes de tener el resultado definitivo y el antibiograma.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0488

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 24-48H DE LOS COPROCULTIVOS POSITIVOS

MÉTODO

En cada caso se elabora el informe especificando "informe preliminar" y se procede a la validación

INDICADORES

80% de los coprocultivos positivos con informe preliminar a las 72h. Se obtiene a través de las estadísticas del servicio

DURACIÓN

1 enero-31 diciembre 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 - 2018/0875

1. TÍTULO

CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ESTHER VIDAL GALINDO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la actualidad los folios de petición de hemocultivos positivos, junto con una copia de los resultados se guardan en archivadores en el laboratorio de Microbiología a pesar de que los resultados están disponibles en el programa informático MODULAB. El motivo fundamental es evitar que se pierdan datos contenidos en los folios tales como situación clínica del paciente, tratamiento antibiótico previo, presencia de dispositivos, antecedentes microbiológicos, números de teléfono a través de los que se ha informado a los facultativos etc.. En 2018 hemos digitalizado estos documentos (folios y resultados) con la finalidad de que fueran mas accesibles y no ocuparan espacio físico, pudiendo prescindir del papel en caso de que la Dirección del Hospital lo considere oportuno.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 01 junio al 31 diciembre 2018 se documentaron 1126 Hemocultivos positivos pertenecientes a 486 pacientes. Escaneándose el 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es una practica rápida, cómoda y permite la accesibilidad a los documentos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/875 ===== ***

Nº de registro: 0875

Título
CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

Autores:
VIDAL GALINDO MARIA ESTHER

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 .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Conservación y protección de resultados

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Conservación de la información de los hemocultivos positivos
El laboratorio de microbiología genera gran cantidad de información sobre la patología infecciosa de los pacientes tanto hospitalizados como extrahospitalarios.
La información, debe ser conservada, no solo para ser recuperada siempre que sea necesaria, sino además porque en ocasiones, es seguida de actuaciones preventivas y asistenciales por parte de las comisiones hospitalarias, de los servicios asistenciales y de las autoridades sanitarias.
La legislación española según el Artículo 17.1 de la Ley 41/2002 de 14 noviembre, de autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece que los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial. Además, en supuestos especiales cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0875

1. TÍTULO

CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Los sistemas de información del laboratorio deben ser capaces de almacenar y preparar estos datos para su posterior análisis.

La misión del Servicio de Microbiología del H.C.U. Lozano Blesa es el diagnóstico de las enfermedades infecciosas a partir de muestras clínicas de pacientes ingresados en nuestro hospital y de pacientes atendidos en consultas externas, consultorios y centros de salud pertenecientes al Sector III de Zaragoza.

A pesar de que la información queda registrada informáticamente una vez validados los resultados y finalizado el proceso asistencial, los volantes de solicitud junto con las anotaciones del facultativo y una copia del informe remitido al médico peticionario son archivados en carpetas por tiempo indefinido en un espacio destinado a aspectos administrativos.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las condiciones de conservación de los hemocultivos con resultados positivos, facilitar el acceso a dicha información y mejorar la seguridad de los datos del paciente.

MÉTODO

Scaneo de los volantes originales y de las copias de los resultados.
Conservación en archivos digitales

INDICADORES

100% de hemocultivos escaneados
Documentación disponible en el Servicio de Microbiología

DURACIÓN

01/06/2018 al 31/12/2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0098

1. TÍTULO

CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO Y AL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DIRIGIDO DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA SOLEDAD SALVO GONZALO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALGARATE CAJO SONIA
MENDOZA LOPEZ CLAUDIA
MATOVELLE OCHOA CRISTINA
CONDADO CONDADO HECTOR
PERERA LERIN ANA ISABEL
SOLER LUQUE LAURA
IBÁÑEZ DELER ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realizamos los siguientes informes preliminares:

- Tinción de Gram de las botellas de hemocultivo tras la incubación y una vez detectado crecimiento
- Identificación a partir de cultivos con resultados significativos.
- Identificación rápida a partir de las botellas positivas de los hemocultivos mediante espectrometría de masas.

En cada caso se elabora el informe especificando "Informe preliminar" y se procede a la validación y envío a través de las impresoras del Sº de Medicina Intensiva. Además, se contacta telefónicamente con el busca 710566 en caso de pacientes hospitalizados en UCI Central. Para información del resto de pacientes se contacta por teléfono con el médico responsable del paciente o con los facultativos del grupo PROA bacteriemia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante 2019 se recibieron 1455 hemocultivos de pacientes hospitalizados en UCI. De éstos, 229 fueron positivos. Correspondían a 85 pacientes. Se realizaron 137 informes preliminares totales (59,83% de los hemocultivos positivos). Se realizaron informes preliminares a 76 pacientes con hemocultivos positivos (89,42%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Esta actuación va dirigida a informar resultados que puedan contribuir al diagnóstico o tratamiento del paciente ingresado en UCI aun cuando la prueba no esté terminada y que pueda ir seguida de una actuación clínica por parte del facultativo responsable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/98 ===== ***

Nº de registro: 0098

Título
CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO Y AL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DIRIGIDO DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Autores:
SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD, ALGARATE CAJO SONIA, MENDOZA LOPEZ CLAUDIA, MATOVELLE OCHOA CRISTINA, CONDADO CONDADO HECTOR, PERERA LERIN ANA ISABEL, SOLER LUQUE LAURA, IBÁÑEZ DELER ALEJANDRO

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0098

1. TÍTULO

CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO Y AL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DIRIGIDO DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

PROBLEMA

Una de las funciones principales del laboratorio de Microbiología es el diagnóstico de la bacteriemia o de la fungemia. Bacteriemia y fungemia son complicaciones graves de las infecciones y pueden asociarse a una elevada mortalidad. Es necesario conocer el foco de infección e instaurar un tratamiento antibiótico. Desde el laboratorio de Microbiología, a través de informes preliminares podemos proporcionar información al clínico que ayude a instaurar el tratamiento antibiótico adecuado a la mayor brevedad posible, lo que permite mejorar la supervivencia de los pacientes. El clínico espera un diagnóstico rápido, que contribuya a la toma de decisiones en aquellas situaciones que así lo precisen.

Esta actuación va dirigida a informar resultados que puedan contribuir al diagnóstico o tratamiento del paciente ingresado en UCI aun cuando la prueba no esté terminada y que pueda ir seguida de una actuación clínica por parte del facultativo responsable.

RESULTADOS ESPERADOS

En 2018 se enviaron informes preliminares del 59,8% de los hemocultivos positivos solicitados desde el Servicio de Medicina Intensiva, que correspondían al 96,7% de los pacientes con hemocultivos positivos. Esperamos conseguir resultados similares durante este año.

MÉTODO

Realizamos los siguientes informes preliminares:

- Tinción de Gram de las botellas de hemocultivo tras la incubación y una vez detectado crecimiento
 - Identificación a partir de cultivos con resultados significativos.
 - Identificación rápida a partir de las botellas positivas de los hemocultivos mediante espectrometría de masas.
- En cada caso se elabora el informe especificando "Informe preliminar" y se procede a la validación y envío a través de las impresoras del Sº de Medicina Intensiva. Además, se contacta telefónicamente con el busca 710566 en caso de pacientes hospitalizados en UCI Central. Para información del resto de pacientes se contacta por teléfono con el médico responsable del paciente o con los facultativos del grupo PROA bacteriemia.

INDICADORES

50% de los hemocultivos positivos con informe preliminar Los datos estarán disponibles en el laboratorio. Se podrán obtener a través de las estadísticas del servicio.

DURACIÓN

Fecha de inicio 1 de enero a 31 de diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0175

1. TÍTULO

CONSERVACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ESTHER VIDAL GALINDO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEÑA NEBRA ANA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha procedido a la digitalización de todos los documentos (volantes y resultados) de los Hemocultivos positivos del periodo, evitando que se pierdan datos contenidos en los volantes tales como situación clínica del paciente, tratamiento antibiótico previo, presencia de dispositivos, antecedentes microbiológicos etc... y con la finalidad de que fueran más accesibles y no ocuparan espacio físico, pudiendo prescindir del papel en caso de que la Dirección del Hospital lo considere oportuno.
Se ha mantenido la documentación original de los volantes de petición de hemocultivos positivos, junto con una copia de los resultados en archivadores en el laboratorio de Microbiología.
No se han detectado incidencias en el manejo de la mencionada información y las consultas al sistema son rápidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 01 enero al 31 diciembre 2019 se documentaron 2102 Hemocultivos positivos pertenecientes a 950 pacientes. Escaneándose el 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es una práctica rápida, cómoda y permite la accesibilidad a los documentos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/175 ===== ***

Nº de registro: 0175

Título
CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

Autores:
VIDAL GALINDO MARIA ESTHER, PEÑA NEBRA ANA CARMEN

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 .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El laboratorio de Microbiología genera gran cantidad de información sobre la patología infecciosa de pacientes tanto hospitalizados como extra-hospitalarios.
La información debe ser conservada no solo para ser recuperada cuando sea necesaria con fines asistenciales, sino que además la legislación española establece que los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no sea necesariamente en el soporte original.
En la actualidad los volantes de petición de los hemocultivos positivos junto con una copia de los resultados se guardan en archivadores en el laboratorio de Microbiología durante tiempo indefinido, a pesar de que los resultados están disponibles en el programa informático MODULAD.El motivo es evitar que se pierdan datos contenidos en los volantes tales como situación clínica del paciente, tratamiento antibiótico previo, pruebas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0175

1. TÍTULO

CONSERVACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

complementarias, antecedentes, contactos con facultativos responsables de paciente.....

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las condiciones de conservación de los hemocultivos con resultados positivos, facilitar el acceso a dicha información y mejorar la seguridad de los datos del paciente.

MÉTODO

Escaneo de los volantes originales y de las copias de los resultados. Conservación en archivos digitales.

INDICADORES

99% de los hemocultivos escaneados
Documentación disponible en el servicio de Microbiología

DURACIÓN

01/01/2019 al 31/12/2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RE 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 - 2019/0215

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES SEMANALES SOBRE LA SITUACION DE LAS INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIOS EN LA TEMPORADA DE GRIPE (DIRIGIDAS AL HOSPITAL)

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE JOAQUINA GIL TOMAS
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
 · Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BENITO RUESCA RAFAEL
 ARANSAY LOPEZ RAQUEL
 LAPLAZA SOLANO MARIA ANGELES
 QUEROL ALQUEZAR MARIA NATIVIDAD
 RAMIREZ SOGUERO MARIA LUZ
 RODRIGUEZ ANDIA MARIA ISABEL
 FIGUER MONTERO NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Estadística diaria y semanal de los resultados de PCR rápida de gripe/VRS solicitadas desde urgencias o desde los servicios del hospital durante la temporada de gripe.
 - Envío de la estadística a los Servicios del Hospital, grupo de la gripes y equipo de Dirección (19 envíos en total).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SEMANA	A	B	VRS	A+B	A+VRS	B+VRS	A+B+VRS	IND	NEG	TOTAL
31/12/2018	8	0	24		0	1	0	0	0	35 67 135
07/01/2019	25	0	30		0	3	1	0	0	25 95 179
14/01/2019	44	0	19		0	2	0	0	0	27 91 183
21/01/2019	44	0	19		0	2	0	0	0	28 90 183
28/01/2019	61	13	0		1	0	0	0	10	166 251
04/02/2019	59	1	10		0	1	0	0	0	14 124 209
11/02/2019	65	0		3	0	0	0	0	0	19 140 227
18/02/2019	61	1		4	0	0	0	0	0	18 149 233
25/02/2019	51	2		4	0	1	0	1	0	10 138 207
04/03/2019	34	0		3	0	1	0	0	0	37 131 206
11/03/2019	24	1		0	0	0	0	0	0	33 89 147
18/03/2019	23	0		3	0	0	0	0	0	22 111 159
25/03/2019	17	1		2	0	0	0	0	0	14 125 145
01/04/2019	11	0		1	0	0	0	0	0	10 128 150
08/04/2019	11	0		0	0	0	0	0	0	23 95 129
15/04/2019	2	0		0	0	0	0	0	0	12 68 82
22/04/2019	1	0		0	0	0	0	0	0	8 51 60
29/04/2019	2	0		0	0	0	0	0	0	10 63 75
06/05/2019	0	0		0	0	0	0	0	0	4 55 59

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Conocer la carga de trabajo que supone la gripe en Urgencias y en Microbiología.
 - Disponer de información para un mejor gestión de camas en relación con las medidas de aislamiento.
 - Poder hacer previsiones para la previsión de stock de antigripales.
 - Evaluación de los tipos de virus gripal circulantes.
 - Evaluación de la repercusión de VRS en la temporada de gripe.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/215 ===== ***

Nº de registro: 0215

Título
 ELABORACION DE INFORMES SEMANALES SOBRE LA SITUACION DE LAS INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIOS EN LA TEMPORADA DE GRIPE (DIRIGIDAS AL HOSPITAL)

Autores:
 GIL TOMAS JOAQUINA, BENITO RUESCA RAFAEL, ARANSAY LOPEZ RAQUEL, LAPLAZA SOLANO MARIA ANGELES, QUEROL ALQUEZAR NATIVIDAD, RAMIREZ SOGUERO MARIA LUZ, RODRIGUEZ ANDIA MARIA ISABEL, FIGUER MONTERO NATIVIDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0215

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES SEMANALES SOBRE LA SITUACION DE LAS INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIOS EN LA TEMPORADA DE GRIPE (DIRIGIDAS AL HOSPITAL)

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La gripe está producida por los virus Influenza tipos A, B y C. Se caracteriza por su alta contagiosidad y su aparición en brotes anuales durante los meses fríos. Habitualmente se presenta de forma autolimitada, pero puede dar lugar a cuadros de vías respiratorias con repercusión sistémica y complicaciones graves. Tiene distribución mundial y puede afectar a todas las edades, siendo de especial importancia en ancianos, niños menores de 2 años, embarazadas, inmunodeprimidos y pacientes con enfermedades crónicas en quienes puede ocasionar cuadros graves e incluso la muerte.

Las epidemias anuales son consecuencia de las variaciones menores de los subtipos de virus A y con menor frecuencia del virus B. En la actualidad las cepas circulantes mas frecuentes son los subtipos A (H1N1) pdm 09 y A (H3N2) y el virus B.

La actividad de los virus gripales suele comenzar en los meses de noviembre y diciembre y puede extenderse hasta el mes de mayo, con un pico máximo en los meses de enero y febrero; si bien, pueden existir pequeñas variaciones en los diferentes años. Son indicadores de gripe: el número de consultas de pacientes ambulatorios con enfermedad similar a la gripe, los informes de hospitalización y fallecimiento por gripe y los resultados de las pruebas del laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocimiento de la evolución de la gripe en el HCU Lozano Blesa, con actualización semanal, durante la epidemia anual.

MÉTODO

Realización diaria de la técnica a demanda.
Exportación de datos desde el SIL.
Elaboración de estadística semanal de los resultados de la PCR de gripe/VRS rápida.
Informe semanal a todos los Servicios del Hospital y Equipo de Dirección

INDICADORES

Recuento de casos positivos, negativos e indeterminados para gripe A, B y VRS

DURACIÓN

1 de enero-30 de abril de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0324

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZODE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE RAFAEL BENITO RUESCA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIL TOMAS JOAQUINA
VITORIA AGREDA ASUNCION
CAMEO RICO MARIA ISABEL
KHALIULINA TATIANA
MUÑOZ MUÑOZ LARA
FERREIRA FERREIRA INGRID
PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas:

- Inclusión del resultado "NO PROCEDE" en las pruebas solicitadas en las que se haya considerado oportuno, tras revisar los antecedentes del paciente y la historia clínica proporcionada.
- Cuantificación de las pruebas rechazadas tras la exportación a una hoja Excel de las pruebas con resultado "NO PROCEDE". Cálculo del coste de las pruebas rechazadas.

Cumplimiento del calendario marcado:

- Las actividades se han realizado trimestralmente, de acuerdo con lo previsto en uno de los objetivos del programa de Acreditación según la norma ISO 9001 de ENAC.

Recursos empleados:

- Base de datos del programa Modulab del HCU Lozano Blesa.

Acciones realizadas de cara a comunicar a profesionales y pacientes el proyecto y sus resultados:

- Informe a Dirección en la Revisión por la Dirección prevista en la Acreditación por ENAC.
No se ha elaborado algún tipo de material para desarrollar el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultado alcanzado:

- Pruebas rechazadas en 1º trimestre (ahorro): 1297 (24766,40€)
- Pruebas rechazadas en 2º trimestre (ahorro): 2066 (22412,93€)
- Pruebas rechazadas en 3º trimestre (ahorro): 2299 (27381,79€)
- Pruebas rechazadas en 4º trimestre (ahorro): 2008 (20254,27€)
- Pruebas rechazadas en 2019 (ahorro): 5015 (94815,39€)

Relación con el standard marcado:

- Se cumple.

Impacto del proyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención:

- El proyecto permite un ahorro de gasto sanitario y establece una cultura de gestión sanitaria del día a día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gestión de la demanda contribuye al ahorro del gasto sanitario.

La unificación en la forma de introducción de los nombres de los pacientes contribuye a la mejora de la gestión de la demanda.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/324 ===== ***

Nº de registro: 0324

Título

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZODE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0324

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

Autores:

BENITO RUESCA RAFAEL, GIL TOMAS JOAQUINA, VITORIA AGREDA ASUNCION, CAMEO RICO MARIA ISABEL, KHALIULINA TATIANA, MUÑOZ MUÑOZ LARA, FERREIRA FERREIRA INGRID, PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE

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 .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: REDUCCIÓN DEL GASTO

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

El coste de las pruebas de laboratorio de Microbiología tiende a aumentar cada vez más, debido, entre otros factores al aumento de pacientes asistidos, la implantación de programas de prevención de enfermedades infecciosas o de protocolos de asistencia a inmigrantes o a pacientes complejos, etc.
Existe una utilización subóptima de los recursos diagnósticos que dispone el laboratorio de Microbiología como consecuencia de la solicitud y realización de pruebas innecesarias e imprecisas.

RESULTADOS ESPERADOS

Contribuir a la reducción del gasto sanitario y a la utilización eficiente de recursos.

MÉTODO

- Verificación de datos demográficos del paciente:
- Ver si el nombre y apellidos del volante de petición está completo, es legible, no hay intercambio entre apellidos y nombre (pacientes extranjeros) y si está bien escrito (extranjeros).
- Verificar otros datos como edad, sexo y país de origen del paciente que ayudan en la toma de decisiones en el laboratorio y en la identificación de pruebas previas de ese paciente, cuyos datos demográficos han podido introducirse de otra manera.
- Introducción "homologada" de los datos demográficos mediante el establecimiento de un protocolo que establezca la forma de introducir por parte de los administrativos de:
 - Los apellidos compuestos: del Hierro (preposición antes del 1º apellido o detrás del nombre), Pérez-García (con o sin guión), San Juan (junto o separado), El Moutadi ("El", antes del apellido o tras el nombre), etc.
 - Los apellidos en los recién nacidos y en los gemelos.
 - Los nombres: rechazo de diminutivos (Conchita), alias, apócopeos, iniciales, preposiciones (María del Pilar ó María Pilar), etc.
 - Los pacientes extranjeros con un único apellido (con o sin espacio/s detrás).
 - El nombre de los pacientes cuando no cabe en el campo informático correspondiente (por dónde se corta para que no conste el nombre).
- Verificación de las muestras recibidas en el laboratorio: adecuación muestra-petición, correspondencia muestra-volante de petición, corrección de errores, consulta de datos dudosos.
- Detección y rechazo de pruebas imprecisas mediante la consulta de datos previos del paciente en el histórico de la base de datos del sistema informático.
- Informe del motivo del rechazo mediante el envío de un comentario explicativo codificado para cada prueba rechazada. Este informe cumple dos funciones: disponer de un marcador cuantificable de realización del proceso y "educar" al facultativo solicitante para evitar la repetición de la solicitud imprecisa.

INDICADORES

Recuento de las pruebas rechazadas.

Evaluación de la eficiencia económica del proyecto, en términos de disminución del gasto.

DURACIÓN

1de enero-31 de diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0324

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0667

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO MICROBIOLÓGICO EN MENINGOENCEFALITIS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SONIA ALGARATE CAJO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SERAL GARCIA CRISTINA
SAHAGUN PAREJA JUAN
MENDOZA LOPEZ CLAUDIA
MATOVELLE OCHOA CRISTINA
PERERA LERIN ANA ISABEL
SOLER DUQUE LAURA
IBÁÑEZ DELER ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2019 se han recibido para estudio microbiológico 252 muestras de líquido cefalorraquídeo (LCR) obtenidas mediante punción lumbar. Fueron procesadas con las técnicas de diagnóstico habitual y adicionalmente se realizó diagnóstico etiológico rápido con FilmArray Meningitis/Encefalitis (ME) en 56 muestras de LCR de 51 pacientes con sospecha de meningitis o encefalitis tras evaluación de tinción gran y/o bioquímica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Fueron 17 las muestras en las que se identificó el agente causal con FilmArray ME y en 39 fue negativo. Todos los resultados fueron emitidos telefónicamente al clínico responsable y validados en el sistema informático en menos de 2 horas desde la recepción de la muestra de LCR. La concordancia de los resultados obtenidos comparados con la metodología habitual de diagnóstico de meningoencefalitis fue en 53 de las 56 muestras (94,65%). En 2 de los tres casos el agente causal (VEB) no está incluido en el panel FilmArray ME y 1 caso de VHS-2 solo fue detectado con PCR convencional. El 70,59% (12 de los casos) se encuentran en urgencias, pediatría, infecciosos, oncohematología y UCI. El tiempo de respuesta comparado con la metodología convencional fue menor a 48 horas en 52 de las 56 muestras (92,85%) y en el 100% de los casos menor a 24 horas. Todos los datos están registrados en el laboratorio y se pueden obtener a través de las estadísticas del servicio. Realizar un diagnóstico etiológico precoz de las infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) ayuda a elegir el tratamiento adecuado a tiempo y a mejorar el cuidado y la gestión del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las infecciones del SNC presentan un alto índice de morbilidad y mortalidad. En estos casos, la comunicación con el clínico responsable y el trabajo del equipo ha sido fundamental para poder seleccionar aquellos pacientes en los que el diagnóstico etiológico se ha realizado en menos de 2 horas. El esfuerzo debe seguir en esta línea para mejorar la atención de pacientes con sospecha de meningoencefalitis. La metodología convencional se debe seguir realizando por incluir mayor número de agentes causales, para confirmación y para probar la sensibilidad a antimicrobianos en las de etiología bacteriana.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/667 ===== ***

Nº de registro: 0667

Título
IMPLEMENTACION DE DIAGNOSTICO RAPIDO MICROBIOLOGICO EN MENINGOENCEFALITIS

Autores:
ALGARATE CAJO SONIA, SERAL GARCIA CRISTINA, SAHAGUN PAREJA JUAN, MENDOZA LOPEZ CLAUDIA, MATOVELLE OCHOA CRISTINA, PERERA LERIN ANA ISABEL, SOLER DUQUE LAURA, IBAÑEZ DELER ALEJANDRO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0667

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO MICROBIOLÓGICO EN MENINGOENCEFALITIS

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las infecciones del sistema nervioso central (SNC) presentan un alto índice de morbilidad y mortalidad. El FilmArray Meningitis/Encefalitis (ME) panel es una prueba de diagnóstico multiplexada y cualitativa de ácido nucleico in vitro que permite la detección e identificación simultáneas de 14 posibles patógenos directamente de líquido cefalorraquídeo (LCR) obtenidos a través de una punción lumbar procedente de individuos con signos o síntomas de meningitis o encefalitis en aproximadamente una hora.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar un diagnóstico etiológico precoz de meningitis o encefalitis para facilitar un tratamiento adecuado y a tiempo, mejorando el cuidado y la gestión del paciente.
Se realizará FilmArray ME para diagnóstico precoz en muestras de LCR procedentes de los Servicios de Pediatría, Urgencias, UCI e Infecciosos, en los cuales se concentran la mayor parte de meningitis o encefalitis en nuestro hospital. La técnica será empleada con los mismos criterios en LCR procedentes del Hospital Ernest Lluch de Calatayud.

MÉTODO

Las muestras serán procesadas con las técnicas de diagnóstico microbiológico habitual utilizadas hasta el momento. Adicionalmente, se realizará FilmArray ME para diagnóstico precoz en muestras de LCR de los servicios indicados. En pacientes con sospecha clínica de meningoencefalitis, bioquímica compatible y/o tinción de Gram directa de LCR sugestiva procedentes de otros servicios, se realizará la técnica de diagnóstico precoz. Se informará telefónicamente del resultado de la prueba o del rechazo de la misma y se validará en el sistema informático.

INDICADORES

Medición del tiempo de información de resultado tras la recepción de LCR y análisis de los resultados microbiológicos, con las técnicas disponibles hasta ahora y con el ensayo FilmArray ME.
El 80% de los resultados con FilmArray ME estarán disponibles al menos 48 horas antes que con las técnicas de diagnóstico empleadas actualmente
Los datos estarán disponibles en el laboratorio y se podrán obtener a través de las estadísticas del servicio.

DURACIÓN

1 de Enero a 31 de diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0684

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN CARTEL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS GENITALES PARA ESTUDIO MICROBIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE HECTOR CONDADO CONDADO
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ YANGÜELA ELENA
GREGORIO SANCHEZ IRENE
MUÑOZ MUÑOZ LARA
KHALIULINA TATIANA
FERREIRA FERREIRA INGRID
PASCUAL DEL RIQUELME BABE ALFONSO
LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró el cartel con una breve explicación y fotos de los contenedores adecuados para cada tipo de muestra genital, técnica y microorganismo.
La técnica para la investigación de Chlamydia trachomatis estaba próxima a cambiar en verano, así que la difusión del cartel no se hizo en julio tal como se pensó inicialmente, sino después del cambio de técnica.
Difusión del cartel actualizado (formato digital) entre los servicios que atienden habitualmente ITS: Urgencias, Dermatología, Infecciosos, Ginecología y Urología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores planteados:
Realización del cartel: sí 100%
Difusión del cartel entre los servicios planteados: sí 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde el Servicio de Microbiología se valora muy positivamente la acogida de la iniciativa por parte de los Servicios peticionarios. La variedad de microorganismos causantes de ITS y técnicas diagnósticas es amplia, así que creemos que el cartel solventa la mayoría de las dudas que puedan surgir en la práctica diaria.
El reto es mantenerlo actualizado en el futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/684 ===== ***

Nº de registro: 0684

Título
ELABORACION DE UN CARTEL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS GENITALES PARA ESTUDIO MICROBIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE, CONDADO CONDADO HECTOR, SANCHEZ YANGÜELA ELENA, GREGORIO SANCHEZ IRENE, MUÑOZ MUÑOZ LARA, KHALIULINA TATIANA, FERREIRA FERREIRA INGRID, PASCUAL DEL RIQUELME BABE ALFONSO JOSE

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: Infecciones de Transmisión Sexual
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0684

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN CARTEL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS GENITALES PARA ESTUDIO MICROBIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

PROBLEMA

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de Salud Pública a nivel mundial tanto en términos de morbilidad como mortalidad, debido a las complicaciones y secuelas que pueden producir si no se diagnostican y se tratan rápida y correctamente.

Existen más de 30 bacterias, virus y parásitos que se transmiten por contacto sexual, por lo que la variedad de técnicas empleadas para su diagnóstico es muy variada. Esto genera constantes dudas acerca de las muestras y contenedores más adecuados para cada uno de ellos.

RESULTADOS ESPERADOS

Según el síndrome clínico del paciente, se utilizarán unas determinadas herramientas y técnicas microbiológicas u otras, para el diagnóstico de las ITS.

Se elaborará un cartel con una breve explicación y fotos de los contenedores adecuados para cada tipo de muestra, técnica y microorganismo. El objetivo posterior es distribuir este cartel por las consultas hospitalarias que atienden con más frecuencia a pacientes susceptibles de padecer una ITS (Urgencias, Dermatología, Enfermedades Infecciosas, Ginecología y Urología).

MÉTODO

Se realizará el cartel en el Sº de Microbiología (facultativos, residentes, TEL). Tras consultar con los Servicios citados previamente, se tendrán en cuenta sus sugerencias y se modificará el cartel si procede. Posteriormente se procederá a su distribución definitiva.

INDICADORES

Realizar cartel si/no. Sí realización, 100%. No realización, 0%

Distribución a los Servicios (Urgencias, Dermatología, Enfermedades Infecciosas, Ginecología y Urología).

Estándar: distribución al 80% de los Servicios.

DURACIÓN

Realización del cartel y distribución posterior entre marzo y julio 2019.

Responsables de realización e implantación: Héctor Condado (R3 Microbiología) y Mª José Lavilla (FEA Microbiología).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0884

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES A LAS 24H DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS UROCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA SANCHEZ YANGÜELA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAMEO RICO MARIA ISABEL
BELTRAN ROSEL ANTONIO
PASCUAL DEL RIQUELME BABE ALFONSO
VITORIA AGREDA ASUNCION
LACARRA GARCIA NATALIA
LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE
FRESNEÑA FRIAS MARIA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elabora el informe especificando ``Informe preliminar`` y se procede a la validación y envío a través de las impresoras del S° de Medicina Intensiva.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MAS DEL75% DE LOS UROCULTIVOS POSITIVOS PROCEDENTES DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS SE HA REALIZADO INFORME PRELIMINAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

.A través de los informes preliminares hemos podido proporcionar información al clinico que ha ayudado a instaurar el tratamiento antibiótico adecuado a la mayor brevedad posible, lo que ha permitido mejorar la supervivencia de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/884 ===== ***

N° de registro: 0884

Título
ELABORACION DE INFORMES A LAS 24H DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS UROCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL S° DE MEDICINA INTENSIVA

Autores:

SANCHEZ YANGÜELA ELENA, CAMEO RICO MARIA ISABEL, BELTRAN ROSEL ANTONIO, PASCUAL DEL RIQUELME BABE ALFONSO JOSE, VITORIA AGREDA ASUNCION, LACARRA GARCIA NATALIA, LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE, FRESNEÑA FRIAS MARIA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las unidades de cuidados intensivos necesitan tener lo más precozmente posible los resultados de los cultivos microbiológicos .A través de informes preliminares podemos proporcionar información al clinico que ayude a instaurar el tratamiento antibiótico adecuado a la mayor brevedad posible,lo que permite mejorar la supervivencia de los pacientes.Esta actuación va dirigida a informar resultados que puedan contribuir al diagnóstico o tratamiento del paciente ingresado en UCI aun cuando la prueba no esté terminada y que pueda ir seguida de una actuación clínica por parte del facultativo responsable.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0884

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES A LAS 24H DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS UROCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

RESULTADOS ESPERADOS

Actuación dirigida a informar resultados preliminares de los urocultivos positivos de todos los pacientes ingresados en las UCI que pueda contribuir al diagnóstico o tratamiento de los mismos.,ayudando al facultativo responsable en la toma de decisiones

MÉTODO

Se elabora el informe especificando ``Informe preliminar`` y se procede a la validación y envío a través de las impresoras del Sº de Medicina Intensiva.

INDICADORES

75% de los urocultivos positivos con informe preliminar.los datos estarán disponibles en el laboratorio. Se podrán obtener a través de las estadísticas del servicio.

DURACIÓN

Fecha de inicio 1 de enero a 31 de diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0645

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ (HDIJ)

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE PABLO IÑIGO GIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALVAREZ LIPE RAFAEL
RUIZ DE LA IGLESIA JOSE ESTEBAN
BERNI WENEKERS ANA
MARTIN AZARA PILAR
PEÑA PORTA JOSE MARIA
GAMEN PARDO ANGEL
VERNET PERNA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades que se llevaron a cabo durante 2018 cumplieron los calendarios marcados y que venían guiados por los plazos del concurso.
Los pacientes candidatos fueron informados del traslado de Unidad y los criterios de selección, estando de acuerdo la totalidad de los mismos.
Se procedió al cambio del transporte de los mismos
Ha habido que realizar gestión de procesos nuevos tales como transporte de muestras biológicas, servicio de lavandería y hostelería para esta Unidad
Se solicitó la contratación de un FEA para cubrir la puesta en marcha de la Unidad a medio nivel de funcionamiento. También fue necesaria la incorporación de un celador para aquella Unidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La Unidad está funcionando como se había previsto, al 50% de su capacidad. El objetivo era ese, las primeras sesiones fueron con pocos pacientes que iban creciendo en número hasta que a la semana estábamos ya a ese pleno rendimiento (recuerdo que en esta fase pleno rendimiento se refiere al 50% del total).
La nueva Unidad funciona totalmente de forma informatizada sin papel, y esta conectada al menos para control de datos con la Unidad del HCU Lozano Blesa
la Unidad de aguas ha funcionado sin ninguna complicación cumpliendo los estándares de la Sociedad Española de Nefrología
Se realizan controles de Anticoagulantes de forma rutinaria sin desplazamiento de muestras en la propia Unidad y se dispone de análisis para las determinaciones urgentes de valores como potasio, hemoglobina etc.
Los pacientes crónicos son atendidos en consultas de crónicos de hemodiálisis como se venía haciendo en la Unidad hospitalaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha de la Unidad ha supuesto una mejora técnica y de calidad para el equipo médico, equipo de enfermería y pacientes de nuestro Sector.
Se están realizando sesiones de hemodiálisis con la mejor calidad técnica que hay en el mercado a un coste inferior al actual en la Unidad hospitalaria y por debajo del coste del concierto de diálisis con unidades externas
La persona (FEA Nefrología) que se encarga de la Unidad también se incorpora algunos días a la Unidad del HCU Lozano Blesa y esos días es sustituida allí por otros compañeros para integrar dicho FEA en el Servicio
El número de pacientes que temporalmente requieren del uso de nuestra Unidad por complicaciones ha crecido respecto a lo habitual en nuestra antigua Unidad
Queda pendiente como proyecto de mejora la puesta en marcha al 100% y la re-estructuración de la Unidad hospitalaria, que requieren de ampliación de plantilla médica y de personal de enfermería y auxiliares.
La Unidad se ha convertido en la Unidad de formación de otras nuevas Unidades de España habiendo recibido en tan solo 6 meses las visitas de 4 Servicios nacionales que requieren de nuevas instalaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/645 ===== ***

Nº de registro: 0645

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ (HDIJ)

Autores:
IÑIGO GIL PABLO, ALVAREZ LIPE RAFAEL, RUIZ DE LA IGLESIA JOSE ESTEBAN, BERNI WENEKERS ANA, MARTIN AZARA PILAR, PEÑA PORTA JOSE MARIA, GAMEN PARDO ANGEL, VERNET PERNA PATRICIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0645

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ (HDIJ)

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Unidad actual de Hemodiálisis del HCU Lozano Blesa requiere de una transformación pues desde que se diseñó está dimensionada y estructurada de forma provisional. Hay un déficit de puestos de HD en la sanidad pública que obliga a concertar esta prestación fuera de nuestras instalaciones. En caso de necesidad de alguno de los grandes centros de HD en Aragón no hay plazas suficientes para remplazarlos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Ampliar los puestos de HD de nuestro Sector (útiles para el resto de Sectores en caso necesario) sin depender de convenios externos
2. Modernizar conforme a lo requerido en las Normativas la Unidad de HD de nuestro hospital en las instalaciones del IJ
3. Disminuir el coste de la HD (precios por debajo del convenio con el proveedor externo)
4. Dar un Servicio de Calidad a nuestra población con ERC terminal que requiere Tratamiento Renal Sustitutivo en nuestro Sector con unas instalaciones acordes a la nefrología actual y con menor efecto hospitalario que el actual

MÉTODO

Se han realizado incontables reuniones entre Dirección, Especialistas Médicos, Enfermería para poner en marcha un Proyecto de esta envergadura.

Se ha transmitido a los pacientes el Proyecto, al que sólo serán trasladados aquellos pacientes cuyas condiciones generales permiten Diálisis en un Centro Extrahospitalario, quedando aquellos casos que requieren cuidados especiales en la Unidad Hospitalaria

INDICADORES

1. Funcionamiento superponible al de la Unidad actual, exceptuando las técnicas de Nefrología Intervencionista, la Unidad de Agudos, HD del Mieloma y HD en pacientes especiales que quedarán en la Unidad Hospitalaria
 2. Unidad de Aguas y Concentrados tal y como funciona en la Unidad Hospitalaria con los mismos estándares que marca la Sociedad Española de Nefrología y las Sociedades Internacionales
- Control de todas las variables a controlar clásicas en los pacientes en HD (KtV, PCR, Parámetros de serie roja, Metabolismo fosfo-cálcico, control de infecciones por catéter, etc, exactamente igual a los parámetros de protocolo de la Unidad actual)

DURACIÓN

1. Puesta en marcha de la instalación, monitores, unidad de agua, sistemas informáticos.
Febrero- Mayo 2018
Responsables Dr Alvarez Lipe, Dr Iñigo Gil, Dra Berni Weneekers, Supervisora de Enfermería
2. Inicio de traslado de pacientes
Junio- Julio 2018
Toda la plantilla médica y enfermería
Para el turno de mañana y tarde de Lunes-Miércoles-Viernes
3. Fases posteriores a partir de 2019

OBSERVACIONES

El Proyecto es de una envergadura tal que es imposible ser esquematizado en el espacio diseñado. Por ello se han minimizado muchísimas cuestiones importantes en el desarrollo del proyecto en aras de un mejor entendimiento del mismo

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 - 2018/1131

1. TÍTULO

APERTURA DEL NUEVO CENTRO DE HEMODIALISIS SECTOR III

Fecha de entrada: 14/03/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MORENO CUARTERO MARIA ANGELES
MARTINEZ CEREZO MARIA PILAR
VIZARRAGA SIMON MARIA PILAR
LOPEZ NIÑO OLGA
RAMIREZ SANCHEZ FABIOLA
CALVO DE JUAN AMELIA
CORELLANO LUMBREERAS MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al inicio del proyecto y durante el mes de mayo de 2018, se mantuvieron diversas reuniones con los técnicos especialistas en la instalación del circuito de agua ultrapura y de ácidos centralizado para su instalación y puesta en funcionamiento.
Se mantuvieron reuniones con la dirección y los distintos servicios del hospital : farmacia, almacén, suministros, lencería, hostelería para coordinar la provisión de todo lo necesario para poder dotar de infraestructura a la unidad.
Se mantuvo reuniones con el servicio de hematología para la estructurar el seguimiento de tratamientos anticoagulantes de los pacientes así como el tratamiento de hemoderivados y su transporte desde el hospital.
Se trabajo con la plantilla de enfermería para la organización de nuevos turnos asistenciales para dar cobertura a la unidad nueva en horario de 12 horas y compatibilizarlos con la continuidad de asistencia en la unidad del hospital.
Finalmente sé impartió formación al personal del nuevo programa informático.
Durante el mes de mayo se mantuvieron entrevistas personales con los pacientes para informarles de los próximos cambios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 11 de junio cumpliendo el plazo del calendario marcado para la apertura del nuevo centro de hemodiálisis del Sector III, se inaugura la unidad con una capacidad del 50 % en esta primera fase, dando cobertura a 48 pacientes. El nuevo centro puntero en Aragón en instalaciones y con capacidad suficiente tras la apertura de la segunda fase en 2019, para albergar a todos los pacientes del Area III evitando así el concierto externo de estos pacientes con el importante ahorro económico que esto supone para la sanidad en Aragón.
Se comienza tratamiento de hemodiálisis para los pacientes siguiendo las mismas directrices actuales instauradas en el Hospital Clínico y bajo la misma dirección, para pacientes crónicos, iguales tratamientos y coberturas sanitarias. Se mantienen los cuidados del personal de enfermería en cuanto a accesos vasculares, administración de medicamentos: hierro intravenoso, hemoderivados, y demás fármacos administrados intradiálisis como posdiálisis.
Se pone en funcionamiento el sistema informático, que permite la neutralización de posibles errores y una atención personalizada y de excelencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración por parte del equipo de mejora es que tras el esfuerzo realizado, se consigue una significativa mejora global de los pacientes allí tratados: se cuenta con unas instalaciones modernas, confortables y adecuadas a las necesidades del paciente en tratamiento sustitutivo renal.
Nos queda pendiente para 2019 la apertura total de la unidad, lo que conlleva poder trasladar finalmente todos los pacientes crónicos estables y no tener necesidad de derivar pacientes al centro externo concertado, colaborando por ello a controlar el gasto sanitario en la medida de nuestras posibilidades.

7. OBSERVACIONES.

El 11 de junio se inauguró esta segunda unidad de hemodiálisis perteneciente al Hospital Clínico Lozano Blesa en el Centro de Especialidades Inocencio Jiménez, dependiente del Sector III, al 50% de su capacidad funcional, en el 2019 se completará el proyecto con la apertura del 100% de su capacidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1131 ===== ***

Nº de registro: 1131

Título
APERTURA DEL NUEVO CENTRO DE HEMODIALISIS SECTOR III

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1131

1. TÍTULO

APERTURA DEL NUEVO CENTRO DE HEMODIALISIS SECTOR III

Autores:
CRIADO MAINAR MARIA CARMEN, MORENO CUARTERO ANGELES, MARTINEZ CEREZO MARIA PILAR, VIZARRAGA SIMON MARIA PILAR, LOPEZ NIÑO OLGA, RAMIREZ SANCHEZ FABIOLA, CALVO DE JUAN AMELIA, CORELLANO LUMBRERAS MARIA JOSE

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 RENAL
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Unidad actual situada en la planta -1 del HCU. Lozano Blesa, cuyo planteamiento inicial fue provisional, se ha prolongado a lo largo de los años, acumulando una serie de deficiencias estructurales y como consecuencia organizativas. No dando cabida a todo el flujo de pacientes que genera el Sector III, debiendo trasladar el excedente de pacientes al centro concertado.

RESULTADOS ESPERADOS

La nueva unidad ubicada en el CE. Inocencio Jiménez, cuenta con unas instalaciones pioneras y con la adecuada capacidad para absorber todos los pacientes del Sector, sin necesidad de mantener el actual concierto externo y con el importante ahorro que conlleva.
Con ello se espera conseguir:
-Con la apertura se obtendrán unas instalaciones modernas y adecuadas.
-Mayor comodidad para aquellos pacientes que reciban allí su tratamiento dialítico.
La población diana van a ser aquellos pacientes que mantengan de forma habitual una estabilidad hemodinámica que no requieran ingresos frecuentes.

MÉTODO

La Dirección y el Servicio de Nefrología han trabajado a lo largo de los meses para poner el proyecto en funcionamiento, puesto que hay que coordinar muchas áreas de trabajo:
-Desde reuniones con los técnicos especialistas en la instalación del circuito de agua ultrapura, circuito de ácidos centralizado.
-La supervisión de enfermería ha trabajado con la Dirección y los diferentes responsables para la provisión de la dotación inicial de : lencería, farmacia, material de almacén.
-Para establecer circuitos de transporte de muestras biológicas, hemoderivados, residuos, seguimiento de tratamientos anticoagulantes.
-Establecimiento de circuito de hostelería para los almuerzos y meriendas de los pacientes, así como la comida del personal.
-Se ha trabajado con toda la plantilla de enfermería para la organización de los nuevos turnos de trabajo para dar cobertura a la nueva unidad que tendrá un horario asistencial de 12 horas.
-Formación del personal para el programa informático Nefrolink.

INDICADORES

-Funcionamiento con las mismas directrices actuales para pacientes crónicos en una unidad de hemodiálisis.
-Puesta en marcha de la planta de aguas y ácidos centralizado, manteniendo el estándar de las sociedades científicas en nefrología.
-Tratamiento de diálisis a los pacientes:
Conexión y desconexión de los pacientes.
Cuidados del personal de enfermería de accesos vasculares: fístulas arterio-venosas y catéteres venosos centrales según protocolo.
-Administración de hierro intravenoso, hemoderivados y demás fármacos que precisen tanto intradiálisis como posdiálisis.
-Puesta en marcha del sistema informático Nefrolink

DURACIÓN

- Puesta en marcha circuito de agua, ácidos centralizados, amueblamiento de las instalaciones : Finales de mayo, primera semana de junio 2018
-1ª Fase : Traslado de 48 pacientes en dos turnos de diálisis, de mañana y de tarde de forma paulatina y progresiva : Mitad de junio 2018
-Traslado de la plantilla : 6 Enfermeras, 3 TCAEs y 1 Nefrólogo, coincidiendo con los pacientes : Mitad de junio 2018
Con el apoyo del Jefe de Servicio Dr. Álvarez, Jefe de Sección Dr. Iñigo y la Supervisora Carmen Criado, asumiendo todos la responsabilidad de la apertura de la nueva unidad.
-2ª Fase : apertura total con una capacidad para 96 pacientes y con incremento de la plantilla : Año 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1131

1. TÍTULO

APERTURA DEL NUEVO CENTRO DE HEMODIALISIS SECTOR III

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 - 2018/1134

1. TÍTULO

TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SANCHEZ MARTIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRIADO MAINAR MARIA CARMEN
TELLO SANCHO MATILDE
GARCIA LANZAN MARIA JOSE
PEREZ VALLE RAQUEL
TOBIAS RUIZ ELVIRA
ALVIRA MATEO FRANCISCA
SANCHEZ DE PAZ ENCARNACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se comienza el proyecto haciendo un análisis de la situación de partida.
Paciente en tratamiento renal sustitutivo con terapia de hemodiálisis tres veces por semana, presenta múltiples úlceras en ambas EEII, en diferentes estadios de evolución, en el que se confirma por biopsia cutánea la presencia de calcifilaxis.
Se comienza con la toma de diversas muestras para establecer estudio microbiológico para valorar la posible sobre infección de las heridas a tratar.
Se establece un calendario de curas después de cada sesión de hemodiálisis, es decir tres veces por semana y para ello se cuenta con los recursos personales de la plantilla de enfermería de la unidad y con los recursos materiales que dispone el hospital, siguiendo este calendario hasta conseguir la curación de las úlceras.
Se inicia el protocolo de curas establecido para conseguir la epitelización de las úlceras por calcifilaxis.
Se comienza con la administración intravenosa de Tiosulfato sódico al 20% al finalizar cada diálisis.
Se ha ido haciendo un seguimiento semanal mediante fotografías de las diversas úlceras para ir contrastando la evolución.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se consigue la epitelización total de las úlceras por calcifilaxis de nuestro paciente.
Se alcanza a través de la consecución de los diferentes indicadores establecidos: diversos cultivos microbiológicos de las úlceras, estudios de portador y ante la aparición de gérmenes multirresistentes aislamiento del paciente hasta negativizarlo, siempre consensuado con el servicio de Medicina Preventiva del hospital, facilitar la analgesia previa a la cura y monitorizar el dolor con escala EVA en cada sesión y como último indicador conseguir mantener el buen estado nutricional de nuestro paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valorando que la úlcera por calcifilaxis presenta un 80% de morbimortalidad por el riesgo de infección y de necrosis es vital el hecho de tratar estas heridas y conseguir su curación.
Muy importante vigilar cualquier herida que pueda indicar la formación de úlceras, y detectarlas con prontitud para iniciar diagnóstico y tratamiento con la mayor rapidez posible, ayudando así a evitar la infección y la necrosis.
Junto con este paciente surgieron tres casos nuevos de pacientes en la Unidad de diálisis con calcifilaxis, dos de ellos en las EEII y el tercero diagnosticado en el pene.
En el momento de esta valoración final de la memoria ya estaba concluido el proyecto, informando de ello en el seguimiento del programa de calidad.
En la actualidad seguimos trabajando con los pacientes que se diagnosticaron a posteriori.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1134 ===== ***

Nº de registro: 1134

Título
TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS

Autores:
SANCHEZ MARTIN MARIA PILAR, CRIADO MAINAR MARIA CARMEN, TELLO SANCHO MATILDE, GARCIA LANZAN MARIA JOSE, PEREZ VALLE RAQUEL, TOBIAS RUIA ELVIRA, ALVIRA MATEO FRANCISCA, SANCHEZ DE PAZ ENCARNACION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1134

1. TÍTULO

TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La calcifilaxia también conocida como artiriopatía urémica calcificante (AUC), es una importante causa de morbimortalidad en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis con una prevalencia entre el 1% y el 4%. Su patogenia es compleja y se relaciona con varios factores de riesgo, parece que el medio urémico es adecuado para su desarrollo, aunque también esta descrita en pacientes con función renal normal. Clínicamente cursa con isquemia y necrosis de la piel y tejido subcutáneo, secundarias a la calcificación, fibrodisplasia de la íntima y trombosis de pequeñas arteriolas dermoepidérmicas. Histológicamente es específica y se caracteriza por depósitos de calcio en pequeñas arterias. Tiene mal pronóstico con una mortalidad del 32% en lesiones distales y de un 63% en lesiones proximales, relacionada generalmente con una sepsis generalizada. Ante un incipiente aumento de pacientes en la unidad de diálisis, con úlceras en extremidades inferiores, detectamos la necesidad de incidir en el cuidado y tratamiento de estas úlceras.

RESULTADOS ESPERADOS

Diagnosticar la calcifilaxia.
- Epitelización total de la úlcera de los pacientes.
- Control del dolor.
- Prevenir la infección.
- Mantener sus sesiones de diálisis.

MÉTODO

Hacer cultivos de las úlceras, para conocer el punto de partida.
- Si los cultivos son negativos, curar al paciente al finalizar la sesión de diálisis fuera de la unidad, en la consulta de enfermería.
- Si los cultivos son positivos investigar si son portadores de algún germen multirresistente, en cuyo caso se aislará por contacto al paciente del resto que están en sala .
- Analgesia previa a la cura de la úlcera.
- Después cura de la úlcera . Esta dependerá de la situación de cada úlcera el estadio y la fase en que se halle.
- Utilizaremos : desbridante enzimático y si fuera necesario desbridante mecánico, hidrogel, bactericidas, apósitos secundarios, espumas, alginatos y cuando esté en la fase de granulación, activadores del crecimiento que promuevan la proliferación de fibroblastos con producción de colágeno y angiogénesis que ayuden a la formación de tejido de granulación, para conseguir su posterior cicatrización. Cuidado de la piel perilesional con ácidos grasos hiperoxigenados tópicos.
- Administración de tiosulfato intravenoso al 20% en cada sesión de diálisis.
Trabajaremos todo esto a través de una persona, en este caso, la supervisora que canalizará la información y mediante la supervisión de cada caso irá indicando las pautas a seguir, pudiendo hacer un seguimiento continuo y personalizado.

INDICADORES

- Cultivo de la úlcera.
- En caso de aparecer un germen multirresistente, cultivo de portador, y si procede aislamiento del paciente.
- Analgesia previa a la cura de la úlcera, monitorizar el dolor.
- Conseguir la epitelización total de la úlcera.
- En caso de haber sido portador de algún multirresistente negativizarlo.
- Administración de tiosulfato intravenoso al 20% en cada sesión de diálisis.
- Mantener un buen estado nutricional.

DURACIÓN

La duración será desde la presentación de este proyecto hasta fin del 2018.
La duración de las curas vendrá determinada en cada caso particular, haciendo una estimación que oscila entre media hora y cuarenta y cinco minutos.
La responsable de la implantación del proyecto será la supervisora de la unidad de diálisis Carmen Criado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1134

1. TÍTULO

TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS

Será la encargada de evaluar la situación inicial, coordinar las actividades a realizar en cada caso y comunicar al resto de personal cuales son las acciones a desarrollar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0791

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL PARA LA ACOGIDA DEL PERSONAL NUEVO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA Y EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ANCHEL MERIDA DONOSO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDRES BALSA ISABEL
GASPAR AMO MERCEDES
MENESES BERNAD GLORIA
MARTINEZ CEREZO PILAR
MARTIN ETXEBARRIA SILVIA
BENITO ORMEÑO ADOLFO
MARTINEZ MARTINEZ IDOIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una reunión en Abril del grupo de trabajo de este proyecto para definir el nuevo protocolo para la acogida del personal de nueva incorporación a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa e Inocencio Jiménez.

Se inició la elaboración de un manual de acogida pero el servicio se trasladó por obras a la UCI y se retrasó la finalización del mismo, una vez abierto el nuevo espacio de diálisis en Septiembre se maquetó y se imprimió para estar disponible a finales del año 2019. Se contó con la aprobación de la supervisora del servicio y con la colaboración de todo el personal de enfermería de diálisis para la instauración del protocolo. En el mismo se incluyen las siguientes actividades a realizar con el nuevo personal:

-Visita guiada al servicio.

- Entrega de los protocolos de los que dispone la unidad.

- Entrega del manual de acogida en el que se explica conceptos básicos de la hemodiálisis, el funcionamiento de la unidad, actividades de enfermería en "aislamiento", UCI, quirófano, sala de crónicos y de agudos en hemodiálisis, tiempos de aprendizaje orientativos, etc.

- Entrega de manual básico del funcionamiento de las máquinas de hemodiálisis que actualmente se utilizan.

Para la realización del manual de acogida se hizo una revisión bibliográfica de otros textos utilizados en otras unidades de diálisis del Sistema Sanitario. La información conseguida se adaptó a nuestro servicio de diálisis y el manual resultante se imprimió en la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se posee un nuevo protocolo y un manual de acogida para la unidad. Durante este periodo no se ha incorporado personal nuevo sin experiencia en la unidad de diálisis pero se esperan traslados en los próximos meses y se realizará la medición de los indicadores mediante una encuesta autoadministrada de satisfacción del nuevo personal para valorar el impacto del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante la realización del proyecto se incrementó el conocimiento de los distintos protocolos utilizados en otras unidades del Sistema Nacional de Salud, se mejoró la relación entre el personal del servicio y se creó un nuevo manual actualizado para la acogida del personal nuevo. Queda pendiente la valoración de impacto del nuevo proyecto que se realizará cuando se incorpore el personal nuevo a la unidad. El proyecto es fácilmente sostenible y necesario en la unidad. El coste ha sido mínimo y podría replicarse en otras unidades.

7. OBSERVACIONES.

Por necesidades del servicio se trasladó la unidad a la UCI mientras se realizaban obras y se modificaba la distribución de la misma, se tuvo que esperar a la finalización de las obras para poder terminar el manual de acogida con la nueva distribución de la unidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/791 ===== ***

Nº de registro: 0791

Título

CREACION DE UN MANUAL PARA LA ACOGIDA DEL PERSONAL NUEVO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA Y EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ

Autores:

MERIDA DONOSO ANCHEL, ANDRES BALSA ISABEL, GASPAR AMO MERCEDES, MENESES BERNAD GLORIA, MARTINEZ CEREZO PILAR, MARTIN ETXEBARRIA SILVIA, BENITO ORMEÑO ADOLFO, MARTINEZ MARTINEZ IDOIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0791

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL PARA LA ACOGIDA DEL PERSONAL NUEVO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA Y EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ

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: Enfermedad crónica renal en hemodiálisis
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El trabajo de enfermería en un centro de hemodiálisis es muy específico. Por ello consideramos la necesidad de crear un manual de acogida para el personal del servicio de hemodiálisis, explicando técnicas, los periodos en que estarán "tuteladas" por otras enfermeras con experiencia, las características propias del servicio etc.

RESULTADOS ESPERADOS

- Crear medidas que mejoren la eficacia del proceso de acogida del personal de enfermería de nueva incorporación.
- Diseñar un proceso de acogida que se adapte a las necesidades detectadas en el personal de nueva incorporación.
- Fomentar desde el inicio la relación laboral, la motivación e implicación de los profesionales en la consecución de los objetivos de la unidad.
- Facilitar el aprendizaje del tratamiento en la insuficiencia renal y las posibles complicaciones que puedan suceder durante el mismo.

MÉTODO

- Visita guiada al servicio.
- Entrega de los protocolos de los que dispone la unidad.
- Entrega del manual de acogida en el que se explica conceptos básicos de la hemodiálisis, el funcionamiento de la unidad, actividades de enfermería en "aislamiento", UCI, quirófano, sala de crónicos y de agudos en hemodiálisis, tiempos de aprendizaje orientativos, etc.
- Entrega de manual básico del funcionamiento de las máquinas de hemodiálisis que actualmente se utilizan.

INDICADORES

- Encuesta autoadministrada de satisfacción del nuevo personal.

DURACIÓN

Inicio en marzo del 2019 y puesta en marcha en junio del 2019. En abril se realizará una reunión del grupo de trabajo de este proyecto para definir el guión del manual de acogida. Se maquetará y se imprimirá para estar disponible en junio de 2019. Una vez puesto en marcha, a partir de junio, mediremos los indicadores propuestos anteriormente hasta el fin del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

REFORMA DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL CLÍNICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLASCO PARIS SANDRA
TELLO SANCHO MATILDE
ALVIRA MATEO FRANCISCA
GARCIA LANZAN MARIA JOSE
VIZARRAGA SIMON MARIAPILAR
SANCHEZ DE PAZ ENCARNACION
TOBIAS RUIZ ELVIRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras varias reuniones con la dirección del hospital y la empresa adjudicataria de la reforma se comienza el proyecto el día 31 de julio trasladando todo lo necesario a una de las UCI del hospital donde se va a ubicar de forma provisional la unidad durante el período que duren las obras previa adecuación de ésta. Previamente se ha organizado a los pacientes en los diferentes turnos, se les ha explicado de forma verbal y por escrito de la nueva situación transitoria,, a las empresas de transporte de pacientes, al servicio de hostelería del hospital, al servicio de almacén, para los tres meses previstos de duración de las obras. Ha habido que reestructurar de forma temporal al personal de la unidad puesto que ha habido que trasladar pacientes a la nueva unidad de Inocencio Jiménez de forma provisional. El Día 1 de agosto se comienza la actividad en la UCI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aunque previamente se organizó para que el traslado fuera en Junio de 2019, finalmente se retraso y no se pudo comenzar hasta el 1 de Agosto. La duración prevista de las obras eran tres meses para interrumpir lo mínimo posible la actividad de la UCI. El día 11 de Noviembre se abre la nueva unidad, aunque siguen faltando muchos detalles de fin de obra, pero ya pudimos reanudar la actividad con los pacientes y dejar libre la UCI ocupada. Siguen muchas pequeñas cosas sin terminar, como la instalación de una almacén tipo Kanban que está pendiente de instalar, trabajos que no interfieren con el desarrollo diario de la actividad,

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A los seis meses se realizará una revisión de seguimiento del proyecto, valorando si cada sala y ubicación de la nueva unidad cumple con los estándares establecidos y evaluando estos resultados obtenidos hasta el momento. Al frente de las obras de la unidad el jefe de servicio, el jefe de sección y la supervisora de la unidad. El proyecto no finalizará hasta cumplimentar la revisión a los seis meses para poder valorar si cada sala dentro de la unidad cumple con los estándares establecidos y entonces poder evaluar la fianlización del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0808

Título
REFORMA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS HOSPITAL CLINICO

Autores:
CRIADO MAINAR CARMEN, BLASCO PARIS SANDRA, TELLO SANCHO MATILDE, ALVIRA MATEO FRANCISCA, GARCIA LANZAN MARIA JOSE, VIZARRAGA SIMON MARIA PILAR, SANCHEZ DE PAZ ENCARNACION, TOBIAS RUIZ ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Insuficiencia Renal

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

1. TÍTULO

REFORMA DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL CLÍNICO

Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La unidad de Diálisis del Hospital Clínico Lozano Blesa situada en la planta semisótano, cuenta con unas instalaciones antiguas de más de treinta años, que no han sido reformadas en ningún momento, de hecho la ubicación actual de la unidad se contempló entonces de forma provisional, esperando una reforma o un emplazamiento diferente.
Son instalaciones viejas, obsoletas y en algunas ocasiones podríamos definir las como insuficientes e inapropiadas. Con el paso del tiempo esta situación ha ido empeorando y las deficiencias interfieren en el trabajo diario.

RESULTADOS ESPERADOS

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

Los pacientes que serán objeto de la mejora son :

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

MÉTODO

Reuniones con la dirección para estructurar las obras de la reforma.
Reuniones con la empresa que resulte adjudicada por concurso.
Traslado provisional de la unidad actual a la ubicación que la dirección determine.
Reuniones con los pacientes crónicos para informar del nuevo proyecto y la ubicación provisional.
Informar a los servicios de transporte de los pacientes crónicos de los cambios, y coordinar las modificaciones.
Reuniones con la plantilla para definir estrategias para la nueva organización provisional.

INDICADORES

- Funcionamiento con las mismas directrices de la dirección del servicio de:
Sala de pacientes crónicos
Sala de pacientes agudos
Puesto para aislamiento
Sala blanca o quirófano para la inserción de catéteres vasculares y realización de biopsias.

DURACIÓN

Marzo de 2019 Sale a concurso la licitación de las obras.
Junio 2019 comienzan las obras de reforma de la unidad, que tienen que coincidir con el período vacacional, puesto que la actual unidad se cerrará por completo, la dirección tiene que reubicar el servicio de forma provisional aprovechando los cierres estivales de ici, planta...
Octubre 2019 la reforma debe estar concluida, puesto que finalizan los cierres de verano.
Noviembre 2019 la Unidad estará finalmente instalada en la nueva unidad.
A los seis meses se realizará una revisión de seguimiento del proyecto, valorando sí cada sala y ubicación de la nueva unidad cumple con los estándares establecidos y evaluando estos resultados obtenidos hasta el momento.
Al frente de las obras de la unidad el jefe de servicio, el jefe de sección y la supervisora de la unidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR 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 - 2019/0816

1. TÍTULO

RE-ESTRUCTURACION DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HCU LOZANO Blesa Y PUESTA EN MARCHA COMPLETA (SEGUNDA FASE) DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE PABLO IÑIGO GIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALVAREZ LIPE RAFAEL
BERNI WENEKERS ANA
RUIZ DE LA IGLESIA JOSE ESTEBAN
MARTIN AZARA PILAR
GAMEN PARDO ANGEL
PEÑA PORTA JOSE MARIA
BERGASA LIBERAL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PUESTA EN MARCHA DE LA SEGUNDA FASE DE LA UHDIJ y PUESTA EN MARCHA DE UNIDAD SATELITE DE DIALISIS PERITONEAL
Esta fase dependía de contratación de personal por parte de la Gerencia y se va a reslizar en Marzo 2020 por lo que este apartado no se ha llevado a cabo
Esto hace que presentemos esta Memoria que debería ser final como memoria de seguimineto y lo daremos por finalizado al concluir esta fase
Los pacientes de HD de San Juan de Dios de nuestro Sector y los pacientes que están en la Unidad Hospitalaria que se trasladarán ya están seleccionados e informados en febrero del 2020. El Nefrólogo está contratado y es inminente la ampliación del personal de enfermería y auxiliares

RE-ESTRUCTURACIÓN Y REDIMENSIONAMIENTO DE LA UHDLB DE CRÓNICOS/AGUDOS, RE-ESTRUCTURACIÓN DE LA SALA DE NEFROLOGÍA INTERVENCIONISTA.

Actividad realizada, temporalmente en verano y otoño del 2019 nos trasladamos a la UCI coronaria de nuestro Hospital para poder llevar a cabo la obra de re-estructuración de la Unidad de HD hospitalaria, a la cual regresamos el día 5 de Noviembre del 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo de este proyecto era redimensionar la Unidad hospitalaria de Hemodiálisis del HCU Lozano Blesa y reformarla y aprovechar ese momento para llevar a cabo la puesta en marcha en turnos completos de lunes a Sábado de la Unidad del Inocencio Jiménez.
La primera parte se ha llevado a cabo con éxito, no hubo ningún problema ni durante la reforma y estancia en la UCI coronaria ni en la puesta en marcha de la nueva Unidad Hospitalaria. Lo ideal habría sido acometer la puesta en marcha de Martes-Jueves-Sabados de la Unidad del IJ pero por un problema de personal y según la decisión de la gerencia se pstergó al primer trimestre de 2020. Actualmente, la apertura de la Unidad los M-J-S es inminente, el nefrólogo ya está contratado y se está realizando los trámites para el personal restante, los pacientes de San Juan de Dios ya han sido informados
la informatización de ambas Unidades de HD es completa, de forma que los pacientes pueden ser trasladados de una unidad a la otra en caso de necesidad sin requerir documentación ni papel.
Así mismo, el manejo informático, incrementa la seguridad del paciente a la hora de la prescripción de fármacos y de técnicas y cuestiones propias de la Diálisis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es muy positiva. El Servicio dispone por fin de una sala de reuniones en las que realizar las actividades propias de un Servicio Médico, sesiones diarias y sesiones docente y formativas, nuevas instalaciones de la Unidad de Aguas, ampliación y mejora del quirófano o Sala de Nefrología Intervencionista. esto ha requerido de la ayuda de todos los facultativos del Servicio, tanto de la Unidad de Diálisis como del resto de compañeros. Queda pendiente también la decisión de la gerencia sobre la puesta en marcha de actividad en Diálisis peritoneal en la Unidad del Inocencio Jiménez, pero nuestro Servicio tiene esos planes dispuestos por si se da el visto bueno a dicho proyecto
El proyecto es sostenible, va a tener una durabilidad en el tiempo elevada y era necesaria la renovación y ampliación de la capacidad de tratamiento renal sustitutivo en nuestro Sector. disponemos de una de las más nuevas y mejor dotada Unidad de HD de nuestro estado y hemos pasado a convertirnos en unidad formadora y de referencia para el resto de nefrólogos de nuestro país, que acuden par replicar este proyecto en sus respectivos hospitales

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/816 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0816

1. TÍTULO

RE-ESTRUCTURACION DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HCU LOZANO Blesa Y PUESTA EN MARCHA COMPLETA (SEGUNDA FASE) DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ

Nº de registro: 0816

Título
RE-ESTRUCTURACION DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HCU LOZANO Blesa Y PUESTA EN MARCHA COMPLETA (2ªFASE) DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ

Autores:
IÑIGO GIL PABLO, ALVAREZ LIPE RAFAEL, BERNI WENEKERS ANA, RUIZ DE LA IGLESIA JOSE ESTEBAN, MARTIN AZARA PILAR, GAMEN PARDO ANGEL, PEÑA PORTA JOSE MARIA, BERGASA LIBERAL BEATRIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LA 1ª FASE DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL INOCENCIO JIMÉNEZ (UHDIJ) SE REQUIERE EL USO DEL 100% DE LA UNIDAD PARA SU RENTABILIDAD. DEBIDO A LA NECESIDAD DE REFORMAR LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HOSPITAL LOZANO Blesa (UHDLB) ES EL MOMENTO ADECUADO PARA EL USO DE LA UHDIJ COMO UNIDAD PROVISIONAL PARA LOS PACIENTES DEL LOZANO Blesa
ES NECESARIO REDIMENSIONAR LA UNIDAD HOSPITALARIA Y ADECUARLA A LOS REQUERIMIENTOS ESTANDARES INTERNACIONALES. EN EL IJ PODEMOS TAMBIÉN PONER A EN MARCHA UNA UNIDAD PERIFÉRICA DE DIALISIS PERITONEAL (DP) COMPLEMENTARIA DE LA HOSPITALARIA CON SUS CONSULTAS CORRESPONDIENTES.

RESULTADOS ESPERADOS
PUESTA EN MARCHA DE LA SEGUNDA FASE DE LA UHDIJ.
PUESTA EN MARCHA DE UNIDAD SATELITE DE DIALISIS PERITONEAL.
RE-ESTRUCTURACIÓN Y REDIMENSIONAMIENTO DE LA UHDLB DE CRÓNICOS Y AGUDOS.
RE-ESTRUCTURACIÓN DE LA SALA DE NEFROLOGÍA INTERVENCIONISTA
TODAS ESTAS ACTUACIONES VAN DIRIGIDAS A LOS PACIENTES EN HD QUE DEPENDEN DEL HCU LOZANO Blesa Y DE DP DE TODO EL SECTOR 3, ASÍ COMO LOS PACIENTES CON ERC AVANZADA Y CON FRACASO RENAL AGUDO EN EL ÁMBITO DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA

MÉTODO
INFORMACIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS DEL PROCESO A REALIZAR. TRASLADO DE PACIENTES AL IJ Y UCI CORONARIA SEGÚN PROCEDA. . (PACIENTES NO TRASLADABLES Y AGUDOS). LAS REUNIONES SON CONSTANTES CON DIRECCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA. RESPECTO A LA OFERTA GENERAL CRECEREMOS EN CUANTO A LA UNIDAD DE DP EN EL IJ

INDICADORES
TRASLADO DE PACIENTES AL IJ . PACIENTES NO TRASLADABLES Y AGUDOS A LA UNIDAD UCI CORONARIA. OBJETIVO SI/NO
INICIO DE OBRAS EN EL HCU SEGÚN CONCURSO PÚBLICO. OBJETIVO SI/NO
FIN DE OBRAS OCTUBRE 2019. SEGÚN CONCURSO PÚBLICO. OBJETIVO SI/NO
UHDIJ ABIERTA 100% A PARTIR DE OCTUBRE CON SUS PROPIOS PACIENTES. SI/NO
UNIDAD DP DEL IJ A PARTIR DE OCTUBRE 2019. SI/NO
UHDLB REFORMADA INCLUIDA UNIDAD DE AGUAS A PARTIR DE OCTUBRE 2019. SI/NO

DURACIÓN
TRASLADO DE PACIENTES AL IJ Y UCI CORNOARIA EN MAYO/JUNIO 2019.
INICIO DE OBRAS EN EL HCU EN JUNIO 2019
FIN DE OBRAS OCTUBRE 2019
UHDIJ ABIERTA 100% A PARTIR DE OCTUBRE CON SUS PROPIOS PACIENTES
UNIDAD DP DEL IJ A PARTIR DE OCTUBRE 2019
UHDLB REFORMADA A PARTIR DE OCTUBRE 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0816

1. TÍTULO

RE-ESTRUCTURACION DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HCU LOZANO Blesa Y PUESTA EN MARCHA COMPLETA (SEGUNDA FASE) DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ

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 - 2018/0517

1. TÍTULO

REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA REALIZACION DE POLIGRAFIA DE SUEÑO

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE PABLO HERRERO JARQUE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TELLER JUSTE PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El planteamiento propuesto inicialmente para la consecución del objetivo, incluía la realización de consultas ambulatorias de patología del sueño por la tarde mediante la creación de un módulo MAC para el Dr, Herrero, que finalmente no se pudo materializar por problemas administrativos.
Se creó una Consulta semanal de resultados para el Dr. Herrero en horario de mañana.
Se ha aumentado el número de poligrafías domiciliarias realizadas a 872 (652 en 2017).
Se ha aumentado el número de registros de poligrafía domiciliaria leídos semanalmente con la participación de otros miembros del Servicio que dedican parte de la jornada diaria a esta actividad.
Se ha aumentado el número de visitas para resultados de poligrafías domiciliarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La Lista de Poligrafías pendientes de realizar a 31-12-18 era de 362 (725 en 2017) por lo que se ha alcanzado el objetivo 1 de reducir a menos de 500 los estudios en lista de espera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha alcanzado el objetivo de reducción de poligrafías en lista de espera. Sin embargo será necesario mantener la mayor actividad de lectura de las poligrafías para evitar demoras en la entrega de resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/517 ===== ***

Nº de registro: 0517

Título
REDUCCION DE LISTA DE ESPERA PARA REALIZACION DE POLIGRAFIA DE SUEÑO

Autores:
COSTAN GALICIA JOAQUIN, HERRERO JARQUE JOSE PABLO, TELLER JUSTE PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A fecha 31 de diciembre de 2017 existen para realizar 725 estudios de sueño poligráficos, lo que hace que la demora para realizar los estudios considerados normales sea de alrededor de 3 años y estudios preferentes de 1 año. La demora para estudios denominados "plus" es de 1 a 3 meses.

Creemos que es necesario aumentar el número de estudios domiciliarios, pero esto requiere de más tiempo para corregirlos y para dar el resultado da los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Reducir a la mitad la lista de espera de poligrafías nocturnas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0517

1. TÍTULO

REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA REALIZACION DE POLIGRAFIA DE SUEÑO

Reducir el tiempo de espera para realización de poligrafía nocturna a un año para los estudios normales y a 5 meses para los preferentes.

MÉTODO

La presencia de consultas de tarde para completar jornada con módulos predeterminados (MAC) permitirá ver pacientes de patología de sueño por la tarde y destinar más tiempo de la jornada laboral normal a informar las poligrafías y dar resultados a pacientes.

Realizar 3 poligrafías por día de forma ambulatoria de lunes a viernes y 2 poligrafías al día de forma hospitalaria de lunes a jueves.

INDICADORES

INDICADOR 1: < 500 poligrafías en lista de espera.

INDICADOR 2: Tiempo de espera para estudios normales menor de 1 año y preferentes menor de 6 meses.

ESTANDAR: 95% de las peticiones de poligrafía realizadas en los tiempo establecidos.

DURACIÓN

Inicio primer trimestre 2018.

Al mes se solucionarán unas 92 poligrafías, recortando a final de año a la mitad la lista de espera.

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 - 2018/0518

1. TÍTULO

REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA CONTROL DE CPAP Y PRESCRIPCION ADECUADA A FORMA Y TIEMPO

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE JOAQUIN COSTAN GALICIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El planteamiento propuesto inicialmente para la consecución del objetivo, incluía la realización de consultas ambulatorias de patología del sueño por la tarde mediante la creación de un módulo MAC para el Dr, Herrero y el Dr. Costán, que finalmente no se materializó por problemas administrativos. Se aumentó el número de pacientes portadores de CPAP revisados en la Consulta de Trastornos Respiratorios de Sueño (NMLTRS).
En el momento actual no hay datos definitivos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Muy avanzado pero sin resultados o con resultados parciales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendiente de datos finales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/518 ===== ***

Nº de registro: 0518

Título
REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA CONTROL DE CPAP Y PRESCRIPCION ADECUADA A FORMA Y TIEMPO

Autores:
COSTAN GALICIA JOAQUIN, HERRERO JARQUE JOSE PABLO, TELLER JUSTE PABLO, PEREZ TRULLEN ALFONSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Existen en buzón de consulta de Trastornos Respiratorios del Sueño (TRS), a fecha 31 de diciembre de 2017; 1107 pacientes pendientes de revisar en un periodo menor a un año de carácter normal. Son pacientes bien adaptados al dispositivo CPAP y sin pruebas añadidas a las revisiones.

En el caso de poder contar con tres neumólogos para jornadas de tarde (MAC); se podrían revisar alrededor de 40 pacientes semanales, unos 1200 al año, con lo que se conseguiría mantener las prescripciones de CPAP al día y disponer de más tiempo en las consultas de jornada laboral de mañana para manejo de pacientes complejos y de resultados de pruebas solicitadas desde la consulta de TRS.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantener las revisiones seguimiento de pacientes con prescripción de CPAP al día.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0518

1. TÍTULO

REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA CONTROL DE CPAP Y PRESCRIPCION ADECUADA A FORMA Y TIEMPO

Mejorar la atención a pacientes con terapias respiratorias domiciliarias con problemas más complejos.

MÉTODO

Consultas de tarde para revisión de pacientes en tratamiento con CPAP.
Consulta MAC tardes Dr. Teller. Ya existente.
Consulta MAC tarde Dr. Costán. Nueva creación.
Consulta MAC tarde Dr Herrero. Nueva creación.

Citación de pacientes en tratamiento con CPAP para revisión. Unos 39 pacientes semanales.

INDICADORES

INDICADOR: Pacientes portadores de CPAP revisados en los tiempos establecidos.

ESTANDAR: 90 % de pacientes se les revisa en el periodo de tiempo de un año como mínimo.

DURACIÓN

Creación de consultas Dr, Herrero y Dr. Costán en primer trimestre de 2018.
Organización de agenda de citas.

Evaluación finales 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 - 2018/0520

1. TÍTULO

REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)

Fecha de entrada: 24/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ BONAGA MARIA
HERRERO JARQUE JOSE PABLO
ORCASTEGUI CANDIAL JOSE LUIS
GRACIA AGUELO ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha completado el contenido del díptico para pacientes en tratamiento con Oxígeno domiciliario y parcialmente el diseño gráfico del mismo.

Se encuentran en proceso los dípticos para pacientes en tratamiento con CPAP y VMNI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos no alcanzados. Se hab comenzado a realizar algunas actividades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos planteamos completar el proyecto durante el año 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/520 ===== ***

Nº de registro: 0520

Título
REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)

Autores:
COSTAN GALICIA JOAQUIN, HERNANDEZ BONAGA MARIA, HERRERO JARQUE JOSE PABLO, ORCASTEGUI CANDIAL JOSE LUIS, GRACIA AGUELO ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según datos facilitados por la empresa gasística ETH, a lo largo de 2017 se iniciaron en nuestro Sector 790 terapias de oxígeno, 420 de nebulizadores de bajo flujo, 335 CPAP, 45 autoCPAP y 90 BiPAP.

Tan sólo en el caso de CPAP, a los pacientes se les entrega información escrita describiendo el equipo. En el resto de terapias no se entrega ninguna información a los pacientes por parte del médico prescriptor, tan sólo, como es el caso del oxígeno o BiPAP o Nebulizadores, el volante de prescripción con el teléfono de contacto de la empresa proveedora, es luego la empresa la que entrega información a los pacientes.

Desde el Servicio de Neumología creemos necesario crear un documentos sencillo para cada una de las terapias en donde conste información sobre los equipos, beneficios esperados con el uso, posibles complicaciones con sus soluciones y preguntas más frecuentes que acarrearán las TRD.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0520

1. TÍTULO

REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la información de los pacientes en tratamiento con terapias respiratorias domiciliarias.

Aportar información sencilla y comprensible sobre:

- Uso correcto de los dispositivos.
- Características básicas de los equipos de TRD.
- Objetivo del tratamiento y beneficios que se esperan del mismo.
- Posibles riesgos y problemas relacionados y su solución.
- Preguntas frecuentes.

MÉTODO

Crear una hoja informativa (Díptico) para los pacientes de las siguientes terapias domiciliarias:

- Oxigenoterapia domiciliaria
- CPAP
- Aerosolterapia-Nebulizadores
- Soporte Ventilatorio No Invasivo (VMNI)

Entregar la correspondiente información a los pacientes a los que se prescriba alguna de estas terapias domiciliarias.

INDICADORES

INDICADOR: Díptico creado para las TRD más demandas:

- Oxigenoterapia domiciliaria.
- CPAP
- Nebulizadores
- Soporte Ventilatorio No Invasivo.

ESTANDAR: 85 % de los pacientes que inician una TRD reciben el soporte de información específico para la misma.

DURACIÓN

Reunión de equipo y asignación de tareas en primer trimestre 2018.

Diseño de los documentos durante segundo trimestre.

Validación de los documentos, autorización e impresión en tercer trimestre.

Inicio de entrega efectiva en cuarto trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0579

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CURSO CLINICO DE LA HISTORIA ELECTRONICA EN LAS CONSULTAS AMBULATORIAS DE NEUMOLOGIA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE LUIS ORCASTEGUI CANDIAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FIGUEROLA MENDAL JOSE ANGEL
HERRERO JARQUE PABLO
LOBO GALLARDO MANUEL
ROCHE ROCHE PILAR
TELLER JUSTES PABLO
MOYA ALVAREZ VIRGINIA
MORALES MORALES JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Sesiones formativas para los Facultativos del Servicio de Neumología.
-Introducción del Curso Clínico en la actividad de Consultas Externas de Neumología del HCULB y del CME Inocencio Jiménez.
-Seguimiento actividad por Consultas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A diciembre de 2019 se ha implantado la cumplimentación del Curso Clínico de la HCE en la mayoría de las Consultas Monográficas de Neumología del HCULB.
En el último trimestre de 2019 el 100% de las consultas de las Consultas Monográficas de Patología Vasculor Pulmonar, Carcinoma Broncogénico, Terapias Respiratorias, Bronquiectasias e Infecciones Respiratorias, Patología del Sueño, resultados de Poligrafías y Asma Difícil se contestan en el Curso Clínico de la HCE. Parcialmente en la Consulta de EPOC y en las Consultas del CME Inocencio Jiménez.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La utilización del Curso Clínico de la HCE se ha implementado como rutina en la mayor parte de las Consultas Externas de Neumología.
Es necesario terminar de extender su uso en algunas de las Consultas, especialmente en el CME Inocencio Jiménez. Algunos usuarios aprecian algunas dificultades de uso, especialmente en relación con el tamaño de la ventana de entrada de texto. Valoraríamos muy positivamente que pudiera editarse a pantalla completa.
También apreciaríamos una herramienta más versátil de edición de tablas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/579 ===== ***

Nº de registro: 0579

Título
IMPLANTACION DEL CURSO CLINICO DE LA HISTORIA ELECTRONICA EN LAS CONSULTAS AMBULATORIAS DE NEUMOLOGIA

Autores:
ORCASTEGUI CANDIAL JOSE LUIS, FIGUEROLA MENDAL JOSE ANGEL, HERRERO JARQUE JOSE PABLO, LOBO GALLARDO MANUEL, MORALES MORALES JOSE MARIA, ROCHE ROCHE PILAR, TELLER JUSTE PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0579

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CURSO CLINICO DE LA HISTORIA ELECTRONICA EN LAS CONSULTAS AMBULATORIAS DE NEUMOLOGIA

PROBLEMA

Con la vista puesta en la próxima supresión de la Historia Clínica en papel y dentro de los planes de la Dirección del Centro se plantea la implantación de una nueva herramienta dentro de la Historia Clínica Electrónica, el Curso Clínico Electrónico, siendo designado nuestro Servicio para incorporarse a su uso y desarrollo durante 2019.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Iniciar la implantación del Curso Clínico Electrónico de la HCE en las Consultas Externas del Servicio de Neumología
2. Desarrollar plantillas específicas para cada Consulta

MÉTODO

1. Formación en la nueva herramienta para los facultativos que con actividad asistencial en Consultas Externas.
2. Planificación de la introducción del Curso Clínico Electrónico en la rutina asistencial de Consultas generales.
3. Desarrollo de plantillas específicas para los distintos tipos de Consulta del Servicio, monográficas y generales.
4. Evaluación de problemas y propuestas de modificaciones.

INDICADORES

Anotaciones en Curso Clínico Electrónico en > 30% de las visitas de Consultas.

DURACIÓN

Marzo-Abril 2019: Sesiones formativas
Abril-Mayo 2019: Introducción en la actividad clínica habitual.
Septiembre 2019: Evaluación experiencia y propuestas de modificaciones.
Septiembre - Diciembre 2019: Desarrollo plantillas

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 - 2019/0583

1. TÍTULO

PROCOLO DE OXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE JOAQUIN CARLOS COSTAN GALICIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUZMAN AGUILAR JESUS
MOLINA SANTA BARBARA SARA
HERNANDEZ BONAGA MARIA
HURTADO ORTEGA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desarrollo de un protocolo de indicaciones, procedimiento de realización, descarga de registros y análisis de oximetrías nocturnas en pacientes ingresados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Protocolo desarrollado y completado.
Se ha iniciado su aplicación en la práctica clínica desde el mes de noviembre.
Todas las oximetrías se realizan siguiendo el documento de Procedimiento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Procedimiento completado por escrito. Iniciada aplicación en la práctica clínica desde Noviembre.

7. OBSERVACIONES.

¿Dónde debe remitirse el documento del Procedimiento?

*** ===== Resumen del proyecto 2019/583 ===== ***

Nº de registro: 0583

Título
PROCOLO DE OXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Autores:
COSTAN GALICIA JOAQUIN, GUZMAN AGUILAR JESUS, HERNANDEZ BONAGA MARIA, HURTADO ORTEGA JORGE, MOLINA SANTA BARBARA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio dispone desde el año pasado de nuevos pulsioxímetros que permiten realizar registros de oximetría nocturna o diurna. Se dispone también del software correspondiente instalado en alguno de los ordenadores del Servicio que permite la descarga, análisis y archivo de los estudios. La realización de registros de oximetría es de utilidad en el despistaje y diagnóstico de SAHS y en seguimiento de pacientes tratados con VMNI, CPAP nocturno y oxigenoterapia.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un protocolo de indicaciones, procedimiento de realización, descarga de registros y análisis de oximetrías nocturnas en pacientes ingresados.

MÉTODO

Formación del grupo de trabajo.
Difusión del protocolo en el servicio
Puesta en marcha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0583

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE OXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

INDICADORES

Protocolo escrito.

Estándar: 90% Oximetrías realizadas tras la puesta en marcha del protocolo o de acuerdo con el mismo.

DURACIÓN

Primer trimestre 2019: Elaboración protocolo

Segundo trimestre 2019: Activación protocolo.

Diciembre 2019: Evaluación resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 30/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUZMAN AGUILAR JESUS
HURTADO ORTEGA JORGE
MORALES MORALES JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Valoración del protocolo actual. Determinación de problemas, incertidumbres y de las áreas de mejora.
Desarrollo de un plan de trabajo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto se encuentra en proceso de desarrollo en la actualidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Proyecto a completar y concluir en el año 2020.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0593

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

INDICADORES

Protocolo escrito y consensuado con Dirección.

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

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

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0594

1. TÍTULO

MEJORA DEL PORCENTAJE DE INTERCONSULTAS VIRTUALES RESUELTAS SIN VISITA PRESENCIAL DEL PACIENTE EN CONSULTAS DEL CME INOCENCIO JIMENEZ

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE JOAQUIN CARLOS COSTAN GALICIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRERO JARQUE PABLO
LOBO GALLARDO MANUEL
NAVARRO LUNA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Seguimiento de las interconsultas virtuales dirigidas a Neumología, en IJ y HCU.
(* Aunque no se había contemplado en el proyecto inicial se ha incorporado también a la actividad la Consulta de Neumología del CASAR de Tarazona y Ejea de la Dra. María Jesús Navarro Luna.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Datos de enero a octubre de 2019 (10 meses).
Se han recibido y contestado 2075 consultas virtuales. 1544 en HCU/IJ y 531 en el CASAR.
de las que 755 (36,3%) se han resuelto mediante contestación telemática sin visita presencial del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha consolidado la Interconsulta Virtual como un procedimiento útil y rutinario en nuestro Servicio.
Se ha superado el objetivo propuesto.
Hay algunas diferencias en relación con el tipo de interconsulta, siendo mayor el porcentaje de vistas presenciales evitadas en las Interconsultas sobre patología de sueño y terapias respiratorias.
Habría que matizar que en numerosos casos la interconsulta virtual no ha evitado consulta presencial pero ha permitido una mejor orientación del caso redirigiéndole a la Consulta Monográfica de Neumología más adecuada y por tanto evitando una visita intermedia en la consulta general de Neumología. En el futuro deberíamos poder valorar también este aspecto con datos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/594 ===== ***

Nº de registro: 0594

Título
MEJORA DEL PORCENTAJE DE INTERCONSULTAS VIRTUALES RESUELTAS SIN VISITA PRESENCIAL DEL PACIENTE EN CONSULTAS DE CME INOCENCIO JIMENEZ

Autores:
COSTAN GALICIA JOAQUIN, HERRERO JARQUE JOSE PABLO, LOBO GALLARDO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Análisis de situación. Pertinencia del proyecto (*)
Durante el año 2018 se ha consolidado la Consulta Virtual en la actividad ambulatoria de nuestro Servicio, habiendo permitido resolver un número importante de solicitudes de consulta desde AP sin necesidad de desplazamiento a la Consulta o derivando directamente hacia la Consulta Monográfica correspondiente.
Nos planteamos mejorar la capacidad de resolución de la Consulta Virtual aumentando el número de consultas resueltas sin visita presencial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0594

1. TÍTULO

MEJORA DEL PORCENTAJE DE INTERCONSULTAS VIRTUALES RESUELTAS SIN VISITA PRESENCIAL DEL PACIENTE EN CONSULTAS DEL CME INOCENCIO JIMENEZ

RESULTADOS ESPERADOS

1. Consolidar la Consulta Virtual en la asistencia ambulatoria de nuestro Servicio.
2. Incrementar el número de Consultas Virtuales resueltas sin visita presencial.

MÉTODO

No precisa introducción de nuevas actividades.

INDICADORES

Más de 25% de Consultas Virtuales resueltas sin visita presencial.

DURACIÓN

Año 2019.

Inicio desde Enero de 2019-

Evaluación resultados Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RE 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 - 2019/0595

1. TÍTULO

ABORDAJE DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES FUMADORES HOSPITALIZADOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE PABLO TELLER JUSTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROCHE ROCHE PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una encuesta sobre hábito tabáquico y de motivación para el abandono en una muestra de pacientes mayores de 15 años ingresados en nuestro Centro tanto en servicios médicos como quirúrgicos el 20 de febrero de 2019.

Se ha puesto en marcha una consulta adicional semanal de deshabituación tabáquica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se entrevistó a 232 pacientes. El 46,6% no habían sido nunca fumadores, el 35,3% eran exfumadores y 21,8% fumadores activos (63% varones y 13,9% mujeres). Un 73,8% de los fumadores había hecho algún intento de abandono del hábito. Un 64,3% de los fumadores expresaban su deseo de abandonar el tabaco. Entre éstos la motivación era alta en el 8%, moderada en el 55% y mínima en el 37%.

Se puso en marcha desde Abril de 2019 un nueva Consulta de Deshabituación Tabáquica en horario de mañana.

La asistencia a la nueva Consulta de Deshabituación Tabáquica ha sido más baja de lo esperado. Menos de la mitad de los pacientes citados han acudido a la cita prevista.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Un porcentaje importante de los fumadores ingresados en servicios médicos y quirúrgicos expresan su deseo de dejar de fumar, aunque el porcentaje de fumadores altamente motivados para el abandono del tabaquismo es bajo.

La baja frecuentación de la nueva Consulta nos obliga a replantear la selección previa de los pacientes con una mejor valoración de su motivación para el abandono del tabaco.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/595 ===== ***

Nº de registro: 0595

Título
ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES FUMADORES HOSPITALIZADOS EN PLANTA DE NEUMOLOGIA

Autores:
TELLER JUSTE PABLO, ROCHE ROCHE PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La intervención en tabaquismo es una prioridad para el Sistema de Salud. La hospitalización del paciente fumador representa una magnífica oportunidad para la intervención antitabáquica por parte del personal sanitario. Tanto la Estrategia del Sistema Nacional de Salud como las recomendaciones y normativas de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0595

1. TÍTULO

ABORDAJE DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES FUMADORES HOSPITALIZADOS

Sociedad española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) apoyan esta intervención

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos: Implantación del Plan de Abordaje diagnóstico-terapéutico del tabaquismo en pacientes fumadores hospitalizados en planta de Neumología. Incluyendo:

- a.- Registro de consumo de tabaco actual. Indicador: Indicador Registro > 90%.
- b.- Diagnóstico de Tabaquismo en Informe de Alta: Tabaquismo activo. Tabaquismo en fase de Acción. Indicador registro > 80%.
- c.- Propuesta de Actuación

MÉTODO

- 1. Encuesta sobre consumo de tabaco y motivación para el abandono en pacientes ingresados.
- 2. Difusión del plan.
- 3. Ampliación de la oferta de consulta de deshabituación.

INDICADORES

Registro de consumo de tabaco actual en historia clínica >90%

Diagnóstico de Tabaquismo en Informe de Alta: Tabaquismo activo. Tabaquismo en fase de Acción. Indicador registro > 80%.

Propuesta de Actuación

Planificación del tratamiento al Alta con inclusión en el apartado de Recomendaciones o Tratamiento del Informe de Alta. Indicador registro >80%

DURACIÓN

- Febrero 2019: Encuesta tabaquismo y motivación en pacientes ingresados.
- Marzo-abril 2019: Inicio ampliación Consulta Desahabitación tabáquica.
- Diciembre 2019: 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 - 2016/0338

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 - 2018/0350

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES DE LA CONSULTA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE SARA ISABEL SANCHEZ VALIENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLOSTA DIAGO ELENA
NAVARRO PEREZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha diseñado una base de datos con todos los pacientes atendidos en la consulta de Trastornos del Movimiento del HCU Lozano Blesa. La Base se diseño en Enero 2018 y se fue implementando durante todo el año 2018, de manera que los pacientes se iban incorporando a la misma según iban siendo atendidos en la consulta. A fecha diciembre de 2018 se ha registrado el 100% de pacientes de la consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los dos indicadores elegidos fueron: 1/ Elaboración de la base de datos de los pacientes de la consulta de trastornos del Movimiento: SI
2/ Porcentaje de pacientes incluidos en la misma: 100%
La base de datos se encuentra custodiada por el equipo así como su implementación y registro. El grupo de mejora de la Calidad del Servicio de neurología constató a final de 2018 la elaboración de la base y el porcentaje de pacientes incluidos.
Se registraron 359 pacientes, de los cuales 263 (73,2%) son pacientes diagnosticados de Enfermedad de Parkinson.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El conocimiento del numero de pacientes atendidos, así como los principales diagnósticos de los mismos, nos ha aportado una idea de la complejidad de la consulta, de cara a planificar la gestión de misma y las necesidades presentes y futuras.
Durante el año 2019 seguiremos incluyendo los pacientes nuevos y excluyendo los que sean dados de alta, para valorar el crecimiento anual de la consulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/350 ===== ***

Nº de registro: 0350

Título
DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES DE LA CONSULTA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

Autores:
SANCHEZ VALIENTE SARA ISABEL, BELLOSTA DIAGO ELENA, NAVARRO PEREZ MARIA PILAR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En septiembre de 2017, tras la jubilación del anterior responsable, me hice cargo de la consulta de Trastornos del Movimiento del HCU Lozano Blesa.

En ese momento, desconocía tanto el volumen real de pacientes en seguimiento, como las características de los mismos, diagnósticos, etc, lo cual, como es lógico, dificulta sobremanera la correcta gestión de la consulta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0350

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES DE LA CONSULTA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

Por otra parte, hasta septiembre de 2017, las citas de los pacientes no estaban centralizadas en el Servicio de citaciones del HCU Lozano Blesa, sino que se gestionaban directamente por el anterior responsable, de forma que al jubilarse éste, desconocíamos con exactitud el número real de pacientes pendientes de cita, etc.

Al tratarse de una consulta en la que se atienden pacientes con patologías crónicas y evolutivas que requieren un seguimiento especializado de por vida, el volumen de pacientes atendidos es no solo muy elevado, sino también creciente. De hecho, muchos de estos pacientes se encuentran en seguimiento desde hace más de 20 años.

La correcta gestión de una consulta médica, requiere como criterio preliminar, el conocimiento del volumen de pacientes atendidos y características de los mismos.

Una vez conocido este parámetro, podremos no solo evaluar mejor la situación actual con el consiguiente interés epidemiológico y asistencial, sino también inferir el ritmo de crecimiento del número de pacientes, para poder predecir necesidades futuras

Bibliografía: Guía clínica de gestión de consultas externas en Atención Especializada (INGESA)

RESULTADOS ESPERADOS

1. Elaboración de una base de datos de los pacientes atendidos en la consulta de Trastornos del Movimiento garantizando la confidencialidad de la misma
2. Implementación de la misma con el 100% de los pacientes atendidos registrados

MÉTODO

Elaborar e implementar una base de datos de los pacientes atendidos en la consulta de trastornos del movimiento, por parte de los miembros del equipo de mejora de la misma, que serán responsables de su custodia y manipulación para garantizar la confidencialidad.

Los datos obtenidos de la misma se tratarán de forma agrupada.

INDICADORES

Indicadores

1. Elaboración de la base de datos de los pacientes de la consulta de Trastornos del Movimiento: SI/NO
2. Implementación de la base: Porcentaje de pacientes incluidos en la misma

Evaluación:

A final de 2018, desde el grupo de mejora de la Calidad del Servicio de Neurología se constatará la elaboración de la base de datos y el porcentaje de pacientes incluidos

DURACIÓN

Desde 1/1/2018 hasta 31 de diciembre 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 - 2018/0367

1. TÍTULO

CONSULTA DE PATOLOGIA CAROTIDEA CRONICA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE CARLOS TEJERO JUSTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ LAZARO CRISTINA
IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se organizó la modificación del calendario de consulta para crear los huecos pertinentes
Se notificó a Citaciones el cambio de organización para modificación de agenda
Se definieron los criterios de acceso a la consulta específica
Se realizó difusión entre los neurólogos del servicio, urgencias, y servicios potencialmente derivadores (Oftalmología, Medicina Interna, Radiología Intervencionista, Angiología y Cirugía Vasculard, Neurocirugía, Cardiología, Nefrología, Endocrinología).
Criterios de derivación establecidos y consensuados
Se definió el Intervalo entre la realización de los diferentes estudios neurosonológicos en dependencia del perfil clínico / neurosonológico
En todos los pacientes se procedió a un informe estandarizado en HPDoctor que se entregó al paciente a la finalización de la consulta.
Información al paciente del cambio en la organización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número de pacientes incluidos en el programa

Durante el año 2018 se ha atendido a un total de 695 consultas, con un total de 626 pacientes nuevos, de los que a 69 se les realizó una segunda valoración durante ese mismo año

- Número de consultas evitadas

Se estimó que se habían reducido 833 consultas (evitando una segunda consulta clínica en todos los pacientes nuevos y pasando de 3 a 1 en las revisiones).

- Pacientes satisfechos con la medida

Se ofreció a cada paciente la posibilidad de mantener el tipo de organización de consultas previo. Todos lo rechazaron, aceptando el cambio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo está satisfecho con la consecución de objetivos.
Estamos trabajando para adecuar la oferta de consulta a la demanda, de manera que no se creen demoras excesivas.
Ha sido necesario aumentar el número de pacientes atendidos por día.
El tipo de consulta ofrece la posibilidad de participar en proyectos de valoración y seguimiento de riesgo vascular multidisciplinar y se está trabajando en ese sentido con otras especialidades

7. OBSERVACIONES.

no

*** ===== Resumen del proyecto 2018/367 ===== ***

Nº de registro: 0367

Título
CONSULTA DE PATOLOGIA CAROTIDEA CRONICA

Autores:
TEJERO JUSTE CARLOS, PEREZ LAZARO CRISTINA, IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: ICTUS
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0367

1. TÍTULO

CONSULTA DE PATOLOGÍA CAROTÍDEA CRÓNICA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El seguimiento de los pacientes con patología carotídea crónica se realiza tanto en consultas de Neurología general ubicadas en el centro de especialidades de Inocencio Jiménez como en las consultas de Neurovascular del HCU. Al paciente se le solicita el estudio neurosonológico desde la consulta, se le cita en neurosonología y posteriormente otra vez en la consulta para recibir el resultado.

RESULTADOS ESPERADOS

Cita directa de los pacientes con patología carotídea crónica, evitando la cita del paciente en la consulta de Neurovascular o en la de Neurología general, para solicitar el estudio neurosonológico y su posterior nueva cita para recoger el resultado.

Se enmarca dentro de las acciones encaminadas a mejorar la atención al ictus. Además está incluida dentro de las líneas estratégicas del SALUD y de la atención a tiempo.

MÉTODO

-Organizar la cita de Neurosonología que ha pasado a depender del servicio de Citaciones. A pesar de ello el neurólogo responsable coordina la citación de los pacientes ingresados.

-Definir los criterios de acceso:

-Criterios de derivación

-Intervalo entra la realización de los diferentes estudios neurosonológicos

-Realización de informe estandarizado en HPDoctor de todos los pacientes que cumplen los criterios de acceso.

-Información al paciente del cambio en la organización.

-Posibilitar la realización de nuevas actividades (ingreso, necesidad de AngioTAC etc), en el caso que se considere adecuado

INDICADORES

Número de pacientes incluidos en el programa

Número de consultas evitadas

Pacientes satisfechos con la medida

DURACIÓN

Se inicia en 2018 y se mantendrá 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 - 2018/0368

1. TÍTULO

VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA. ESTRATEGIA IRASPROA

Fecha de entrada: 14/02/2019

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.

PAÑO PARDO JOSE RAMON
SANCHEZ VALIENTE SARA ISABEL
GARRIDO FERNANDEZ ALBERTO
NAVARRO PEREZ MARIA PILAR
JOSA CARMEN
HERNANDEZ GARCIA IGNACIO
SIERRA MONZON JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se sigue utilizando el Check list en la actividad en planta en los pacientes con ictus que presentan fiebre. Se incluyen los datos en una base de datos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado es la homogeneización del manejo del paciente con ictus y síndrome febril, ya que se siguen las pautas de diagnóstico y tratamiento indicados en el protocolo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es positiva, ya que el protocolo obliga a plantearse la mejor opción para el paciente, la limitación de exploraciones complementarias en pacientes que no lo requieran así como evitar el uso de antibióticos cuando no sean necesarios realmente

7. OBSERVACIONES.

Seguiremos con la misma dinámica de manejo y atención a los pacientes con ictus y fiebre

*** ===== Resumen del proyecto 2018/368 ===== ***

Nº de registro: 0368

Título
VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA ESTRATEGIA IRASPROA

Autores:
PEREZ LAZARO CRISTINA, TEJERO JUSTE CARLOS, IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA, NAVARRO PEREZ MARIA PILAR, GARRIDO FERNANDEZ ALBERTO

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 .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las infecciones en los pacientes hospitalizados unido al uso no adecuado de los antibióticos están generando problemas de salud en todos los hospitales, no solo por el aumento de las resistencias bacterianas sino también por el incremento en la morbi-mortalidad de los pacientes. Debido a estos motivos es fundamental mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia y optimizar el uso de antibióticos en los pacientes con Ictus.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0368

1. TÍTULO

VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA. ESTRATEGIA IRASPROA

MÉTODO

- Puesta en marcha del grupo de trabajo
- Elaboración de un documento de actuación
- Puesta en marcha del documento de actuación en los pacientes con ictus
- Recogida de datos

INDICADORES

- % de pacientes en los que se ha utilizado el documento de actuación.
- % de pacientes en tratamiento antibiótico en los que se ha indicado el motivo de uso.

DURACIÓN

Año 2018 para la puesta en marcha en los pacientes ingresados en el área de ictus, con extensión del uso durante el año 2019 al resto de los pacientes ingresados en Neurología.

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 - 2018/0373

1. TÍTULO

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE ONABOTULINUMTOXINA EN MIGRAÑA CRONICA Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE SONIA SANTOS LASAOSA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES REDONDO MOISES
LOPEZ BRAVO ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se diseñó un modelo de consentimiento informado (fecha de elaboración 20/4/2018) que ya figura en el Intranet del hospital y que firman en la consulta monográfica de cefaleas (NRLCEF) y en la consulta de toxina (NRLTOX) todos los pacientes antes de ser tratados con Onabot A por migraña o neuralgia del trigémino

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Firman el documento el 100% de los pacientes que reciben tratamiento con onabotulinumtoxinA en la consulta de cefalea y de toxina del Servicio de Neurología

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este documento implementa el modelo anterior de consentimiento informado que no contemplaba el tratamiento con onabotA en pacientes con neuralgia del trigémino refractaria. El equipo de mejora valora de forma positiva disponer de este documento en nuestra práctica clínica asistencial

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/373 ===== ***

Nº de registro: 0373

Título
MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE ONABOTULINUMTOXINA EN MIGRAÑA CRONICA Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO

Autores:
SANTOS LASAOSA SONIA, GARCES REDONDO MOISES, LOPEZ BRAVO ALBA

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 .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: derechos de los usuarios

Enfoque
Otro Enfoque.....

PROBLEMA
Desde 2011 se han publicado 5 ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo, en los que se ha administrado una dosis única de toxina botulínica (25-75 U) en pacientes con neuralgia del trigémino (NT) clásica y con un periodo de seguimiento de 8 semanas a 3 meses. El ensayo de mayores dimensiones ha sido el de Zhang et al, en el que se aleatorizaron 84 pacientes en 3 brazos para recibir placebo (28 pacientes), dosis de 25 U (27 pacientes) y dosis de 75 U (29 pacientes). A las 8 semanas la tasa de respondedores fue del 32, 70 y 86%, respectivamente. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos tratados en relación con la dosis. Las principales reacciones adversas, comunicadas también por otros autores, fueron la asimetría facial, la debilidad en la masticación y la ptosis palpebral, todas ellas de carácter leve y transitorio.

La recomendación en el documento de consenso publicado en NEUROLOGIA es utilizar onabotA en pacientes con NT clásica farmacorresistente, a una dosis de 25-75 U, a razón de 2,5-5 U por punto, separados 15 mm, en el área dolorosa El mapa de infiltración se puede ampliar a puntos gatillo de la cavidad oral. La dosis deberá

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0373

1. TÍTULO

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE ONABOTULINUMTOXINA EN MIGRAÑA CRONICA Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO

ajustarse en función de la superficie que se va a infiltrar, la aparición de efectos secundarios y la respuesta del paciente. Se debe valorar la posibilidad de infiltrar algunos puntos de la hemifacies contralateral para reducir la probabilidad de asimetría facial. Si bien no hay estudios concluyentes en cuanto a la periodicidad del tratamiento, parece razonable establecer un periodo mínimo de doce semanas entre ciclos.

En la Consulta monográfica de Cefaleas se valoran de forma habitual pacientes con NT clásica fármacorresistente y NT secundaria en contexto de pacientes con esclerosis múltiple secundaria progresiva que pueden beneficiarse de este tratamiento. Es por ello que consideramos indicado disponer en nuestra práctica clínica de un modelo de consentimiento informado conjunto para la infiltración de onabotulinumtoxina tanto en migraña crónica como en NT.

RESULTADOS ESPERADOS

Diseño de un modelo conjunto de consentimiento informado conjunto para la infiltración de onabotulinumtoxina tanto en migraña crónica como en NT.

MÉTODO

Crear el grupo de trabajo.

Elaborar un modelo de consentimiento informado en consonancia con la Ley de Derechos y Deberes de los usuarios del sistema de salud.

Obtener la aprobación de la Unidad de Calidad del centro.

Incluir en la historia clínica El modelo de consentimiento informado firmado por el paciente y el médico que va a realizar la técnica (tanto en migraña crónica como en NT).

INDICADORES

Número de pacientes sometidos a esta técnica en los que se constata la existencia del documento de consentimiento informado debidamente cumplimentado.

DURACIÓN

Se inicia en 2018 y e mantendrá de manera 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 - 2018/1177

1. TÍTULO

IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE CARLOS ROCHE BUENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTOS LASAOSA SONIA
IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA
OCON BRETON JULIA
COSTAN GALICIA JOAQUIN
GARCIA ALVAREZ ELENA
RODRIGUEZ MENA DIEGO
GRACIA PELIGERO EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado e implantado un equipo multidisciplinar para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA). El grupo está formado por miembros de los Servicios de Neurología, Neumología, Digestivo, Neurofisiología, Rehabilitación y Medicina Física, Psiquiatría, Endocrinología y Nutrición y Enfermería de Neurología.

Se ha tratado de la realización mediante una única visita hospitalaria periódica de la atención médica por las diferentes especialidades implicadas en el manejo directo de esta patología. Se han realizado pruebas diagnósticas o complementarias, tales como pruebas funcionales respiratorias, un estudio electrofisiológico en la primera visita o en aquellos casos que requieran una segunda prueba a lo largo del seguimiento por dudas en el diagnóstico, un estudio nutricional y cribado de desnutrición empleando el método MUST (Malnutrition Universal Screening Tool o herramienta de cribado de desnutrición) que incluye parámetros como el índice de masa corporal, la pérdida involuntaria de peso y la ingesta nutricional, un screening de disfagia mediante el método EAT-10 (Eating Assessment Tool, o herramienta de evaluación de la disfagia), la realización de un método de exploración clínica volumen-viscosidad para detectar alteraciones en la seguridad y eficacia de la deglución en aquellos pacientes con riesgo de disfagia, la colocación de una sonda de gastrostomía cuando los requerimientos nutricionales necesarios no han podido ser cubiertos a través de la vía oral, una valoración y plan integral de rehabilitación desde el diagnóstico, una evaluación del deterioro funcional bien a través de escalas genéricas o específicas y en concreto la escala ALSFRS-R en cada visita y finalmente una actuación desde la unidad de psicopatología para la atención de los aspectos psicológicos y emocionales de los pacientes afectados de ELA. Las revisiones han sido realizadas en función de las necesidades de cada paciente, con recomendaciones generales bi-, trimestrales

Se ha elaborado de forma conjunta un procedimiento de manejo multidisciplinar en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica que actualmente está en proceso de revisión por la Unidad de Calidad del Hospital.

Se ha elaborado una base de datos confidencial y acceso restringido para el registro de todos los pacientes incluidos en el programa de mejora que incluye las principales variables clínicas y epidemiológicas que se actualiza con los ingresos periódicos.

También se ha realizado como parte del proyecto de mejora, una encuesta en el Servicio de Neurología con respecto al conocimiento del Documento de Voluntades Anticipadas de los pacientes con ELA y la constatación en la base de datos de aquellos pacientes que lo hubiesen realizado.

Se ha mantenido una estrecha colaboración entre los Servicios anteriormente señalados para el aviso de los ingresos programados y de las actuaciones previsibles necesarias. Este proceso se ha dirigido desde el Neurólogo gestor del caso, quien programaba las visitas periódicas.

En todas las visitas se ha realizado un informe de alta por parte del Servicio de Neurología, con informes Anexos de los distintos Servicios participantes en la actuación médica, para facilitar la comunicación con Atención Primaria.

El programa se ha ajustado al calendario previsto, de tal forma que ya antes de junio de 2018 se había puesto en marcha el equipo multidisciplinar, se había elaborado en la segunda mitad del año 2018 el procedimiento de manejo, y la comunicación actual del proceso en el mes de febrero de este año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

- Número de pacientes incluidos en el proyecto. Se han incluido 14 pacientes en el proyecto. Dos pacientes no han formado parte del proyecto tras la consideración médica y del paciente con el apoyo de sus familiares dada su actual situación sociosanitaria. Índice 88%.
- Informe de alta e información sobre el paciente para Atención Primaria en cada caso nuevo. Índice 100%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1177

1. TÍTULO

IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

- Porcentaje de ingresos, fuera de los programados. Índice 7%.

Estos indicadores no tienen estándares consensuados en guías clínicas. No obstante, consideramos índices de cumplimiento muy adecuados. En concreto, el porcentaje de pacientes que se han incorporado al programa cercano al 90% se considera razonablemente elevado considerando la no idoneidad, dada la situación terminal en algunos de los pacientes, por el escaso beneficio del ingreso hospitalario. El índice de informe de alta para Atención Primaria es el máximo alcanzable. Con respecto al tercer indicador, el porcentaje menor al 10% se ajusta a la previsible descompensación generalmente respiratoria de la patología.

Los objetivos del proyecto han sido ampliamente alcanzados como han sido la constitución del grupo de trabajo multidisciplinar, fomentar la atención de un punto de vista coste-eficaz, aumentar el grado de satisfacción percibido por pacientes y familiares/cuidadores, adherencia completa de los pacientes, manejo precoz del riesgo de disfagia y desnutrición, manejo precoz de insuficiencia respiratoria con realización en todas las visitas de pruebas funcionales respiratorias, fomentar la investigación clínica y terapéutica con la planificación de un proyecto de cribado y validación de escalas internacionales para la detección de deterioro cognitivo, y una primera comunicación con el biobanco de tejidos de Aragón sobre la disponibilidad de su uso para el estudio genético de los pacientes que así lo deseen.

En concreto, a lo largo de este último año en el grupo de pacientes con ELA, en dos de ellos se ha colocado una sonda de gastrostomía, en dos pacientes se ha iniciado la ventilación mecánica no invasiva y han fallecido dos pacientes por la historia natural de la enfermedad. En un paciente se ha detectado un antecedente familiar con ELA (7%) que es equiparable a la literatura disponible que indica que entre el 5 y 10% de los pacientes con ELA presentan un familiar de primer o segundo grado (ELA familiar).

Queremos destacar cuatro fuentes de información en las que se ha basado la implementación del proyecto de mejora:

- Chio A, Bottachi E, Buffa C, et al. Positive effects of tertiary centres for amyotrophic lateral sclerosis on outcome and use of hospital facilities. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 2006; 77:1258-61.
- Van den Berg JP, Kalmijn S, Linderman E, et al. Multidisciplinary ALS care improves quality of life in patients with ALS. *Neurology* 2005;65: 1264-7.
- Zoccolella S, Begh E, Palagano G, et al. ALS multidisciplinary clinic and survival. Results from a population-based study in Southern Italy. *J Neurol* 2007;254: 1107-12.
- Miller RG, Brooks BR, Swain-Eng RJ, et al. Quality improvement in neurology: amyotrophic lateral sclerosis quality measures: report of the quality measurement and reporting subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2013; 81:2136-40.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que el principal objetivo del proyecto que era mejorar la atención médica de los pacientes con ELA, facilitando los desplazamientos y optimizando la comunicación entre los diferentes servicios médicos implicados para mejorar la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes, como así lo demuestran las guías y la evidencia científica disponible, ha sido alcanzado. En este sentido, el Quality Measurement and Reporting Subcommittee of the American Academy of Neurology determina un conjunto de objetivos para la evaluación de la calidad en la mejora de la atención de los pacientes con ELA que incluye una estrategia de atención multidisciplinar para optimizar las terapias disponibles como son los fármacos que han demostrado prolongar la supervivencia (riluzol), la utilización de gastrostomía y de ventilación mecánica en aquellos pacientes con indicación, y enfatiza sobre la recomendación de la realización de una visita aislada. Además del beneficio en la mejora de la calidad de vida e incremento de la supervivencia, el modelo de asistencia multidisciplinar permite optimizar los recursos sanitarios.

Como actividades pendientes destacamos: 1) la aprobación del procedimiento hospitalario para una mejor difusión hospitalaria de las recomendaciones clínicas de este proceso asistencial, 2) la necesaria implementación de planes de información dirigido a los especialistas implicados, a los médicos de atención primaria y a los pacientes sobre la disponibilidad y recomendación de la cumplimentación del Documento de Voluntades Anticipadas para optimizar la fase final de la enfermedad, que actualmente no tiene cura, para mantener la dignidad y calidad de vida y adecuar la voluntad y autonomía de los pacientes en el proceso final de la vida. Con respecto a este punto hay que incidir en la necesidad de una discusión precoz y abierta sobre las decisiones que previsiblemente tendrán lugar en la etapa última de la enfermedad, 3) puesta en marcha de herramientas de cribado de deterioro cognitivo en estos pacientes. Hay que considerar que en muchas ocasiones estos síntomas pueden pasar desapercibidos entre otros síntomas, de mayor expresión clínica inicial, como la debilidad motora o la limitación en las funciones respiratorias, deglutorias y fonadoras.

La sostenibilidad de este modelo creemos que puede replicarse y continuarse en nuestro centro hospitalario potenciando y promoviendo la experiencia de los diferentes participantes del grupo en el manejo de la patología neuromuscular. El programa de mejora se mantendrá de manera indefinida. Finalmente consideramos, en la medida de los recursos disponibles, mejorar las interconexiones del equipo con otros miembros como pudieran ser especialistas en cuidados paliativos, psicólogos y asistencia domiciliaria.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1177

1. TÍTULO

IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1177 ===== ***

Nº de registro: 1177

Título
IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

Autores:
ROCHE BUENO JOSE CARLOS, SANTOS LASAOSA SONIA, IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA, OCON BRETON JULIA, COSTAN GALICIA JOAQUIN, GARCIA ALVAREZ ELENA, RODRIGUEZ MENA DIEGO, GRACIA PELIGERO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa que afecta a las neuronas motoras, que se presenta de forma generalmente esporádica con una incidencia aproximada a 1/500.000 habitantes y año. La supervivencia media es de 3 años. Hasta en un 35% de los pacientes se constata un deterioro cognitivo que alcanza criterios de demencia de perfil frontotemporal en un 15% del total. Actualmente no se dispone de un tratamiento curativo, por lo que el objetivo principal de los profesionales sanitarios es proporcionar a nuestros pacientes el mejor de los cuidados para mantener una calidad de vida aceptable.
La movilidad reducida de los pacientes que conlleva la enfermedad junto con la complejidad en la toma de decisiones de las diferentes intervenciones médicas hace necesario un abordaje completo en una única visita periódica hospitalaria que incluya a las diferentes especialidades implicadas: neurología, neumología, endocrinología y nutrición, rehabilitación, psiquiatría, trabajo social, cuidados paliativos, neurofisiología y digestivo entre otras. Se ha demostrado que la asistencia multidisciplinar es la medida más eficaz para mejorar la calidad de vida y prolongar la supervivencia de estos pacientes.
Estas visitas regulares hospitalarias deben adecuarse en tiempo a las necesidades particulares de los pacientes, realizándose idealmente en el mismo día todas las pruebas requeridas para evitar desplazamientos innecesarios. Todo lo anterior debe quedar recogido en un documento clínico al alta por parte del Servicio de Neurología para una adecuada coordinación con Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implantar un grupo de trabajo multidisciplinar enfocado en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica
- Fomentar una atención coste-eficaz (realizando las pruebas necesarias y ajustadas al tipo de paciente, evitando pruebas innecesarias y en momentos inadecuados)
- Obtener una buena adherencia de los pacientes
- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes y familiares/cuidadores
- Detectar y manejar precozmente el riesgo de disfagia y desnutrición
- Detectar y manejar precozmente la debilidad de la musculatura ventilatoria
- Detectar el posible riesgo de trastornos cognitivos y del ánimo.
- Facilitar los circuitos para el acceso a los recursos que precisan los pacientes
- Favorecer la comunicación entre los pacientes y los profesionales sanitarios implicados, aportando la información progresiva, honesta y anticipada sobre las necesidades futuras tanto médicas, sociales, asistenciales y vitales en función de la evolución de los pacientes
- Obtener una base de datos fiable, confidencial y reproducible de la población diana
- Fomentar la investigación clínica y terapéutica

MÉTODO

- Realizar una asistencia multidisciplinar a toda la población diana en una visita hospitalaria única.
- Evaluación regular por parte de los Servicios de Neurología, Neumología, Rehabilitación y Endocrinología y Nutrición
- Realización de pruebas funcionales respiratorias el día de la estancia
- Evaluación funcional basado en la escala ALSFRS-R en cada visita

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1177

1. TÍTULO

IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

- Cálculo de índice de masa corporal realizado en cada visita
- Evaluación por otros Servicios en función de las necesidades individuales.
- Realización de un informe único al alta por parte del Servicio de Neurología ("gestor del caso") para facilitar la comunicación con Atención Primaria.
- Desarrollo de un protocolo hospitalario de manejo en paciente con ELA

INDICADORES

- Pacientes incluidos en el programa.
- Informe de alta e información sobre el paciente para Atención Primaria en cada caso nuevo.
- Porcentaje de ingresos, fuera de los programados

DURACIÓN

Fecha de inicio: Junio de 2018

Fecha de inicio del protocolo: Julio-Agosto de 2018

Fecha para la primera evaluación: 6 meses desde el inicio del proceso

Plan de comunicación del proceso: tras la primera evaluación

OBSERVACIONES

Se trata de un proceso basado en la evidencia científica disponible: guías de práctica clínica, protocolos asistenciales, vías clínicas y artículos de calidad.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0069

1. TÍTULO

REDUCCION DE INGRESOS PROGRAMADOS EN NEUROLOGIA

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA IÑIGUEZ MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTOS LASAOSA SONIA
MUÑOZ FARJAS ELENA
GIMENO PERIBANEZ MARIA JOSE
CASTILLO LARIO CARMEN
RODRIGUEZ MENA DIEGO
GUZMAN CARRERA BEIRA
URRALBURU TAINTA JULIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.-Análisis de la situación de los últimos años.
- 2.-Estudio de las necesidades. Responsable: Dr. Urralburu.
- 3.-Diseñar circuito solicitud Resonancia. Responsables: Neuro-radiólogos.
- 4.-Diseñar circuito solicitud Neurofisiología. Responsables: Neurofisiólogos.
- 5.-Establecer criterios de citación. Responsable: Dr. Urralburu.
- 6.-Puesta en común del procedimiento/rediseño si necesario. Responsables: Todos.
- 7.-Puesta en marcha del procedimiento. Responsables: Todos.
- 8-Extensión a todos los miembros del Servicio de Neurología. Responsables: Neurólogos.
- 9-Seguimiento del cumplimiento. Responsables: Todos.

Tras analizar la situación (300 ingresos programados al año), y estudiar las necesidades se estableció el circuito asistencial con radiología y con neurofisiología, comprometiéndose a realizar en los plazos establecidos 3 resonancias cada semana y un estudio neurofisiológico cada semana. La puesta en marcha del procedimiento y la difusión a todos los miembros del servicio, ha resultado un éxito ya que la medida ha sido muy bien aceptada e implementada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº de pacientes en los que se ha aplicado=100% de los pactados
Reducción en número de ingresos programados=se han reducido en un 9% a fecha de 31 de octubre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados de la actividad emprendida supera lo esperado, ya que se ha demostrado que evitar ingresos para realizar exploraciones complementarias, beneficia tanto al paciente como al médico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/69 ===== ***

Nº de registro: 0069

Título
REDUCCION DE INGRESOS PROGRAMADOS EN NEUROLOGIA

Autores:
IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA, SANTOS LASAOSA SONIA, MUÑOZ FARJAS ELENA, GIMENO PERIBANEZ MARIA JOSE, CASTILLO LARIO CARMEN, RODRIGUEZ MENA DIEGO, GUZMAN CARRERA BEIRA, URRALBURU TAINTA JULIAN

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 .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0069

1. TÍTULO

REDUCCION DE INGRESOS PROGRAMADOS EN NEUROLOGIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años se ha incrementado el número de ingresos programados desde los 114 en 2005 hasta los 295 en 2017. Muchos de estos son ingresos para estudio (motivados por la necesidad de acelerar la realización de exploraciones complementarias).

RESULTADOS ESPERADOS

Reducir el número de ingresos programados del Servicio de Neurología, cuando dicho ingreso viene motivado por la necesidad de acelerar la realización de exploraciones complementarias.

MÉTODO

Establecer un circuito asistencial que permita acelerar la realización de las exploraciones complementarias necesarias para el diagnóstico del paciente, evitando los ingresos para estudio.

INDICADORES

Número de pacientes en los que se ha aplicado el circuito diseñado.
Reducción en el número de ingresos programados para estudio con respecto al año anterior.

DURACIÓN

Actividad o tarea a seguir:

- 1.-Análisis de la situación de los últimos años. Responsables: Neurólogos.
 - 2.-Estudio de las necesidades. Responsable: Dr. Urralburu.
 - 3.-Diseñar circuito solicitud Resonancia. Responsables: Neuro-radiólogos.
 - 4.-Diseñar circuito solicitud Neurofisiología. Responsables: Neurofisiólogos.
 - 5.-Establecer criterios de citación. Responsable: Dr. Urralburu.
 - 6.-Puesta en común del procedimiento/rediseño si necesario. Responsables: Todos.
 - 7.-Puesta en marcha del procedimiento. Responsables: Todos.
 - 8-Extensión a todos los miembros del Servicio de Neurología. Responsables: Neurólogos.
 - 9-Seguimiento del cumplimiento. Responsables: Todos.
- Duración: año 2019 para desarrollo e implantación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0102

1. TÍTULO

SCREENING DE DETERIORO COGNITIVO Y ALTERACIONES CONDUCTUALES E INFORMACION SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA)

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE CARLOS ROCHE BUENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA
SANTOS LASAOSA SONIA
ATIENZA AYALA SAIDA
MARIN GRACIA MARTA
BALLESTA MARTINEZ SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un estudio de cribado en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica, adaptada y validada al español de la escala originaria inglesa ECAS (The Edinburg Cognitive and Behavioural ALS Screen), para la detección precoz de deterioro cognitivo en este grupo de pacientes. Los estudios neuropsicológicos han sido realizados en los pacientes ingresados de forma programada durante la valoración multidisciplinar que viene realizándose desde hace más de un año.

Se ha realizado un tríptico de información para los pacientes con ELA para fomentar, difundir e informar sobre el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), de acuerdo a la normativa vigente del Gobierno de Aragón. El objetivo de este documento es facilitar el acceso a los trámites del DVA en nuestra comunidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes y adecuar la voluntad y autonomía de los mismos en la etapa final de la enfermedad. Con respecto a este punto incidimos en la necesidad de una discusión precoz y abierta con los pacientes sobre las decisiones que previsiblemente tendrán lugar en la fase última de la enfermedad.

El proyecto de mejora se encuadra en el abordaje de la Esclerosis Lateral Amiotrófica, dentro de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional del Salud.

Se ha fomentado la investigación en este área, describiendo el fenotipo o perfil de deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de motoneurona.

Se ha consolidado el grupo multidisciplinar en pacientes con ELA con la participación de los Servicios de Neurología, Neumología, Psiquiatría, Endocrinología, Rehabilitación y Neurofisiología entre otros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. % de pacientes en la población diana incluidos en el screening de deterioro cognitivo. Estándar >85%

Número de pacientes incluidos en el proyecto: se han incluido 13 pacientes en el proyecto de cribado de deterioro cognitivo. Dos pacientes no han formado parte del proyecto por la situación avanzada motora y neuropsicológica de la enfermedad. Índice 85%.

2. % de pacientes informados sobre el Documento de Voluntades Anticipadas en la población diana en fase no terminal y tras un diagnóstico establecido. Estándar >85%

Todos los pacientes han sido informados sobre la existencia y recomendación de realización del DVA para optimizar los cuidados en las etapas finales de la vida, especialmente importante para los facultativos no conocedores de las voluntades previas en situaciones de urgencias que se pueden consultar a través de la Historia Clínica Electrónica. Resultado: 100%.

3. Elaboración del tríptico de información y realización de trámites del DVA.

Estos indicadores (punto 1 y 2) no tienen estándares consensuados en guías clínicas. No obstante, consideramos índices de cumplimiento muy adecuados.

Bibliografía y fuentes de información empleadas:

- Chio A, Bottachi E, Buffa C, et al. Positive effects of tertiary centres for amyotrophic lateral sclerosis on outcome and use of hospital facilities. J Neurol Neurosurg Psychiatr 2006; 77:1258-61.
- Van den Berg JP, Kalmijn S, Linderman E, et al. Multidisciplinary ALS care improves quality of life in patients with ALS. Neurology 2005;65: 1264-7.
- Zoccolella S, Begh E, Palagano G, et al. ALS multidisciplinary clinic and survival. Results from a population-based study in Southern Italy. J Neurol 2007;254: 1107-12.
- Miller RG, Brooks BR, Swain-Eng RJ, et al. Quality improvement in neurology: amyotrophic lateral sclerosis quality measures: report of the quality measurement and reporting subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2013; 81:2136-40.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0102

1. TÍTULO

SCREENING DE DETERIORO COGNITIVO Y ALTERACIONES CONDUCTUALES E INFORMACION SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que el principal objetivo del proyecto que es mejorar la atención médica de los pacientes con ELA ha sido conseguido. El proyecto de mejora actual viene siendo la continuación del proyecto realizado en 2018 en el Hospital Clínico Lozano Blesa ("Implantación hospitalaria de un grupo multidisciplinar en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica"). El proyecto actual ahonda y profundiza en el mejor de los cuidados en este grupo de pacientes.

Se trata de un proceso basado en la evidencia científica disponible: guías de práctica clínica, protocolos asistenciales, vías clínicas y artículos de calidad.

El proyecto podrá realizarse de forma sostenible y replicable en los años sucesivos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/102 ===== ***

Nº de registro: 0102

Título
SCREENING DE DETERIORO COGNITIVO Y ALTERACIONES CONDUCTUALES E INFORMACION SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

Autores:
ROCHE BUENO JOSE CARLOS, IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA, SANTOS LASAOSA SONIA, ATIENZA AYALA SAIDA, MARIN GRACIA MARTA, GARCES ANTON ESTHER, NAVARRO PEREZ MARIA PILAR

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la memoria del plan de mejora 2018_1777 (Implantación Hospitalaria de un grupo multidisciplinar en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica) recomendamos en las observaciones finales la necesaria implementación de planes de información dirigido a los especialistas implicados, a los médicos de atención primaria y a los pacientes sobre la disponibilidad y recomendaciones de la cumplimentación del Documento de Voluntades Anticipadas para optimizar la fase final de la enfermedad, que actualmente no tiene cura, para mantener la dignidad y calidad de vida y adecuar la voluntad y autonomía de los pacientes en el proceso final de la vida. Con respecto a este punto incidíamos en la necesidad de una discusión precoz y abierta con los pacientes sobre las decisiones que previsiblemente tendrían lugar en la etapa última de la enfermedad.

En este contexto, hay que considerar que además de los síntomas clínicos de déficit motor en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica, hasta un 50% de los mismos presentan dificultades cognitivas indicativas de una disfunción frontotemporal. Se manifiesta por disfunción ejecutiva, en el lenguaje y en el comportamiento social. De este último apartado, la apatía es la forma más frecuente de presentación, que se asocia a un peor pronóstico. También puede manifestarse con desinhibición, empatía reducida y comportamientos egocéntricos incrementados, así como comportamientos estereotipados y cambios en la dieta. Aunque sería óptimo para estos pacientes la realización de una exhaustiva evaluación neuropsicológica para identificar y caracterizar estos cambios cognitivos, los recursos clínicos no están siempre suficientemente disponibles. Por ello, diferentes herramientas de cribado han sido desarrolladas para su uso en la práctica clínica. La presencia de un deterioro cognitivo avanzado podría condicionar la toma de decisiones en la fase final de la enfermedad.

El proyecto de mejora se encuadra en el abordaje de la Esclerosis Lateral Amiotrófica, dentro de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional del Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0102

1. TÍTULO

SCREENING DE DETERIORO COGNITIVO Y ALTERACIONES CONDUCTUALES E INFORMACION SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA)

RESULTADOS ESPERADOS

- Validación al español de la herramienta de screening ECAS (The Edinburgh Cognitive and Behavioural ALS Screen). Herramienta disponible en inglés que ha demostrado una fuerte correlación clínica.
- Realizar un estudio de cribado en los pacientes con ELA que ingresan de forma programada en las visitas multidisciplinares bi.-trimestrales o en pacientes de seguimiento en consultas hospitalarias.
- Fomentar, difundir e informar a los pacientes sobre el Documento de Voluntades Anticipadas.
- Describir las presentaciones clínicas de deterioro cognitivo
- Mejorar la calidad asistencial en estos pacientes
- Fomentar la investigación en este área

MÉTODO

- Consolidación del grupo multidisciplinar en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica
- Realizar una asistencia integral, incluyendo la evaluación neuropsicológica, a toda la población diana dentro del proyecto previo de implantación del equipo multidisciplinar (1177 de 2018).
- Mejorar la calidad de vida en la población diana.
- Adecuar la evaluación cognitiva, junto a familiares, en la toma de decisiones en la fase final de la enfermedad.

INDICADORES

- % de pacientes en la población diana incluidos en el screening de deterioro cognitivo
- a. Estándar >85%
- % de pacientes informados sobre el Documento de Voluntades Anticipadas en la población diana en fase no terminal y tras un diagnóstico establecido.
- a. Estándar >85%

DURACIÓN

Fecha de inicio: Marzo de 2019
Fecha para la primera evaluación: 12 meses tras el inicio del programa
Plan de comunicación del proceso: en Febrero de 2019
Continuará indefinidamente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0186

1. TÍTULO

PROTOCOLO UNIFICADO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MOISES GARCES REDONDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA
ATIENZA AYALA SAIDA
BELLOSTA DIAGO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Búsqueda bibliográfica, análisis de fichas técnicas y recogida de información de protocolos similares en unidades acreditadas de Esclerosis Múltiple. Este material sirvió de base para redactar el protocolo unificado de nuestra Unidad en marzo del 2019.

Dicho protocolo no ha sido publicado a nivel de la Intranet del Hospital, sino que se encuentra en la red local (carpeta compartida) de la Unidad de Desmielinizantes del H Clínico.

Incluye los apartados indicados en la solicitud de inclusión en el Programa de Gestión de Proyectos: Información general con descripción e indicaciones de cada una de las opciones terapéuticas, guía simplificada para facilitar la toma de decisiones, check-list previo de cada fármaco, necesidades de monitorización durante la administración del producto y los controles posteriores del paciente.

En marzo del 2019, coincidiendo con su publicación en la red local, se realizó sesión entre los facultativos de la Unidad de Desmielinizantes para su conocimiento y puesta en común. Durante la rotación específica de los médicos residentes, se informa de su contenido y se les entrega en formato digital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a los indicadores incluidos en la solicitud de inclusión en el Programa de Gestión de Proyectos:

- Grado de adecuación del contenido del documento a la ficha técnica y recomendaciones de las sociedades médicas: No se ha utilizado un indicador numérico. El contenido está totalmente adecuado a la ficha de cada producto (por razones de seguridad al paciente, no puede incluir elementos fuera de ficha) y adaptado de las recomendaciones del Grupo de Enfermedades Desmielinizantes de la Sociedad Española de Neurología a nuestro medio.

- Registro propio de las modificaciones o inicios terapéuticos de los pacientes con EM: Durante el año 2019 se han iniciado 48 tratamientos. 6 de ellos en el primer trimestre del año a los que no se aplicó el protocolo unificado al estar en fase de redacción. De los 42 pacientes restantes, en el 100% se aplicó el protocolo de atención previa al inicio del fármaco.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El protocolo cumple con los objetivos planteados en la solicitud desde el punto de vista de facilitar la toma de decisiones, guía para completar un check-list previo al inicio de cualquier fármaco para la EM, monitorización durante la administración y disminución de riesgos al paciente.

- El protocolo debe ser "dinámico". Son muchos de estos fármacos de nueva aparición en los que puede existir modificaciones en ficha técnica así como en sus necesidades de monitorización. Este elemento requiere adaptar la redacción del protocolo a las novedades que aparezcan.

- No hemos podido evaluar completamente el cumplimiento de los controles posteriores de los fármacos ya que supone periodos de control que pueden abarcar 36 meses. El objetivo de nuestro grupo es presentar como proyecto de mejora futuro la implantación completa del protocolo con medidas de seguimiento a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/186 ===== ***

Nº de registro: 0186

Título
PROTOCOLO UNIFICADO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ESCLEROSIS MULTIPLE EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

Autores:
GARCES REDONDO MOISES, IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA, ATIENZA AYALA SAIDA, BELLOSTA DIAGO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0186

1. TÍTULO

PROTOCOLO UNIFICADO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad en el manejo de fármacos y al paciente

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años hemos sido testigos de numerosas novedades terapéuticas en el campo de la Esclerosis Múltiple (EM). Estos fármacos, conocidos como tratamientos modificadores de la enfermedad (TME), tienen indicación para las diferentes formas clínicas clásicas de la EM: Recurrente-remitente (RR), Primaria-Progresiva (PP), Secundaria-Progresiva (SP) y Síndrome Clínico Aislado (CIS). En el año 2019 hay 14 productos autorizados en España como TME. Algunos comparten indicación en diferentes formas clínicas. Actualmente existen 14 fármacos para la forma RR, 4 para la forma SP, 1 autorizado recientemente para PP y 4 para el CIS. Son productos con diferentes formulaciones, vías de administración, potenciales efectos secundarios y, sobre todo, precisan de un estudio de requisitos previos (check-list) a su administración. Esta amplia variedad y peculiaridades de cada producto dificulta el proceso de decisión terapéutica en cada paciente, teniendo que ir valorando las características individuales de cada producto para intentar asegurar de idoneidad de su indicación. Consideramos que la existencia de un protocolo unificado que reúna los requisitos mínimos y check-lists de todos los productos autorizados de forma conjunta y simplificada puede facilitar la toma de decisiones y, de forma secundaria, repercute positivamente en la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Redacción de un Protocolo Unificado de los tratamientos modificadores de la EM en la Unidad de Enfermedades Desmielinizantes.

- Facilitar la toma de decisiones al incluir en un solo documento todas las peculiaridades y necesidades previas al inicio con un TME
- Guiar la realización del check-list previo a su administración.
- Disminuir los riesgos específicos de cada TME al incluir los requisitos recomendados antes del inicio.
- Mejorar la seguridad del paciente al revisar riesgos potencialmente modificables.
- Guía que recoge la monitorización durante la administración y controles posteriores durante el seguimiento.

MÉTODO

- Redacción de un protocolo unificado de manejo de fármacos modificadores de la EM
- Áreas de actuación del protocolo unificado
 - o Guía simplificada para facilitar la toma de decisión del TME indicado
 - o Check-list de cada TME en base a la ficha técnica y las recomendaciones del Grupo de Desmielinizantes de la Sociedad Española de Neurología
 - o Monitorización durante la administración del tratamiento
 - o Controles periódicos durante el seguimiento posterior a la administración

INDICADORES

- Grado de adecuación del contenido del documento de Protocolo Unificado a la ficha técnica de cada producto y recomendaciones de las sociedades médicas
- Porcentaje de pacientes con EM en los que se aplica el check list del Protocolo Unificado previo al inicio de un TME (% sobre el total)
- Porcentaje de pacientes con EM en los que se aplican las recomendaciones de monitorización y controles posteriores del Protocolo Unificado (% sobre el total)

DURACIÓN

- Redacción del protocolo: Primer trimestre 2019. Incluye búsqueda bibliográfica de las características de cada TME y Guías del grupo de Desmielinizantes de la Sociedad Española de Neurología.
- Aplicación práctica del protocolo: Abril a diciembre de 2019
- Análisis de indicadores: Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0186

1. TÍTULO

PROTOCOLO UNIFICADO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0257

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION DE REALIZACION DE PUNCIÓN LUMBAR PROGRAMADA

Fecha de entrada: 11/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA MUÑOZ FARJAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ATIENZA AYALA SAIDA
GARCES REDONDO MOISES
SANTOS LASAOSA SONIA
HERNANDEZ NAVARRO MARIA TERESA
AZNAR CABEZA OLGA
BALLESTA MARTINEZ SARA
RODRIGUEZ MONTOLO JOANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La Punción Lumbar (PL) es una prueba diagnóstica que se realiza en diversas enfermedades neurológicas. La tendencia a no revisar la realización de un procedimiento habitual en nuestra práctica clínica no favorece la puesta en marcha de mejoras en las actuaciones médicas, que además tendrían efectos favorables en la seguridad del paciente y en la minimización de los efectos secundarios.

El objetivo principal de este proyecto era unificar y mejorar la pauta de actuación en el ingreso para punción lumbar programada, en la preparación del paciente y en los procedimientos de la técnica de punción lumbar. El desarrollo del proyecto de mejora ha llevado implícitas una serie de actividades que inicialmente no estaban previstas, pero que pensamos que han sido favorables tanto para los profesionales, como para el paciente. Describimos a continuación las actividades realizadas:

1. En relación a la pauta de actuación, y procedimientos de la técnica de PL: Se constituyó el equipo de trabajo en el primer trimestre de 2019, y se elaboró un documento para la realización de la punción lumbar siguiendo las recomendaciones consenso (Sebastiaan Engelborghsa, Ellis Niemantsverdrieta, Hanne Struyfisa, Kaj Blennow et al. Consensus guidelines for lumbar puncture in patients with neurological diseases. Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring 8 (2017) 111-126).

En abril se realizó una sesión clínica informando a los componentes del servicio de Neurología de las recomendaciones recogidas en dicho documento. Tras recoger las sugerencias planteadas en la sesión se modificó el documento.

El consenso recomienda el uso de aguja de 25G atraumática, habitualmente el Servicio de Neurología usa agujas de 19-20G traumáticas. Se contactó con el Servicio de Anestesia, en el cual es habitual el uso de las agujas de 25G, se nos instruyó a varios miembros del equipo de trabajo respecto al uso de las mismas. A lo largo de los meses hemos se ha ido introduciendo el uso dicha aguja en la práctica cotidiana.

De forma habitual, al obtener la muestra de Líquido cefalorraquídeo (LCR) se numeran los tubos en el orden en que se obtienen. Una duda frecuente que surgía al remitir los tubos de LCR a los diferentes laboratorios era qué tubo remitir a cada uno de ellos. En colaboración con el Servicio de Bioquímica y Microbiología se ha prefijado cual es el tubo más adecuado para procesar para cada determinación.

Es frecuente solicitar determinaciones en el LCR que se procesan en laboratorios externos, y que no se remiten de forma inmediata, tanto por cuestiones burocráticas como de distancia física. Los tubos de LCR destinados a ello se guardaban habitualmente en una nevera convencional, a + de 4 ° C. El Servicio de Bioquímica nos confirmó que las condiciones de preservación del LCR en dicha nevera no eran las adecuadas para el procesado posterior, ofrecieron la posibilidad de preservarlos congelados a -20° C durante 2 meses (periodo de tiempo en el que la muestra conserva las propiedades adecuadas para asegurar su procesamiento correcto y la fiabilidad de los hallazgos), y así se viene haciendo desde hace 3 meses.

Otra duda que se planteaba es si cada petición debía emitirse en un volante diferente para asegurar la trazabilidad de la muestra o se podía unificar (con el objetivo de ahorrar papel). Se ha consensado que las determinaciones que se realizan en los laboratorios del Hospital Clínico se pueden solicitar en una única petición, y las que se remiten a centros externos cada una de ellas en una solicitud.

Durante los meses de verano, en los que el personal de enfermería no es el habitual por las vacaciones estivales, surgían problemas a la hora de preparar el material necesario para la realización de la técnica, por lo que se decidió elaborar un listado de materiales que se situó en la sala de trabajo de enfermería eliminando los problemas en este sentido.

También se ha elaborado un cartel que se coloca en la puerta de la habitación donde se realiza la prueba para evitar trasiego innecesario de personas durante el procedimiento.

2. En relación al paciente: Otro tema que hemos revisado es si las recomendaciones que se realizan habitualmente a los pacientes tras realizar la PL son prácticas de valor o no. Diferentes revisiones de la Cochrane no encuentran ninguna evidencia de que prácticas como el reposo y la administración de líquidos prevengan la aparición de las complicaciones postPL. Se ha informado a los miembros del servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0257

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION DE REALIZACION DE PUNCIÓN LUMBAR PROGRAMADA

Neurología, cada uno de ellos decide de forma individual las recomendaciones que da al paciente tras realizar el procedimiento.

En el proceso de elaboración del protocolo uno de los aspectos que pensábamos de debíamos mejorar era la información que se les ofrecía a los pacientes. Con el objeto de intentar mejorarlo se ha realizado un folleto informativo que se entrega a los pacientes antes de la realización de la prueba.

3. En relación a la determinación de biomarcadores de enfermedad de Alzheimer: En el mes de mayo se planteó que el Servicio de Neurología debía asumir el estudio de biomarcadores de enfermedad de Alzheimer en pacientes pertenecientes a nuestro sector sanitario, que hasta entonces se realizaba en el Hospital Miguel Servet, lo que conllevó una nueva modificación del documento.

Un tema que nos preocupa es que la recogida de la muestra de LCR se realiza contando gotas, con la imprecisión que ello supone, existen en el mercado tubos graduados para recogida de LCR que no están disponibles en el SALUD y de los que sería deseable disponer para remitir la cantidad precisa de LCR y no aproximada a cada laboratorio.

Las enfermeras participan activamente en el proceso de preparación y realización de la PL motivo por el cual en el mes de diciembre de 2019 dentro del I Curso de formación para enfermería neurológica que se está realizando se presentaron los resultados de este trabajo.

En resumen, las actividades realizadas han sido:

- creación grupo de trabajo
- elaboración de documento de consenso para la realización de la PL, nuestro siguiente paso sería que a partir de este documento se generase una Instrucción técnica.
- incorporación de la realización de PL en el Hospital Clínico Universitario para determinación de biomarcadores de Enfermedad de Alzheimer
- incorporación del uso de la aguja atraumática 25G para la realización de la PL siguiendo las recomendaciones de consenso
- consenso con los laboratorios de bioquímica y microbiología la forma más eficaz para remitir y preservar las muestras tanto para procesar en este centro como para las destinadas a laboratorios externos
- edición de folleto informativo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado en el periodo de tiempo de Julio de 2019 a diciembre de 2019 86 punciones lumbares, a pacientes con edad media de 55,38 años (rango 16-93), sin diferencias llamativas por sexo (48 varones, 38 mujeres). El número de intentos medio es de 1,4 (moda 1). En 50 casos (58.1%) se ha utilizado la aguja atraumática de 25G, en un caso de 22G y en los restantes 35 casos (40.7%) agujas traumáticas de 19-20G. En el 68,6% de los casos en los que se ha utilizado la aguja de 25G han sido los residentes los profesionales que la han realizado. Este dato nos indica que los profesionales que están liderando el cambio para el uso de aguja de punción lumbar atraumática son los más jóvenes. En 25 casos no se ha registrado si los pacientes presentaban cefalea postpunción, de los restantes el 11,5% la habían presentado. Si analizamos el desarrollo de cefalea postpunción en función al tipo de aguja utilizada apreciamos que con la 25G el 8% presentaba cefalea postpunción, frente al 20% de los casos en los que se había utilizado otro tipo de aguja.

Si bien no se han recogido bien las complicaciones de la PL, en especial la cefalea postpunción lumbar, nuestra observación clínica nos sugiere que los pacientes toleran mucho mejor la realización de la prueba con la aguja atraumática.

A todos los pacientes previamente a la realización de la punción se les ha realizado una analítica, con hemograma y prueba de neuroimagen para descartar contraindicaciones.

En los últimos meses se les ha entregado el folleto informativo elaborado para informar a los pacientes y familiares del procedimiento, y para minimizar el estrés que la prueba pueda suponer.

Se ha aplicado el protocolo de realización de PL programada en 13 casos, que han sido los mismos en los que se han determinado biomarcadores de LCR. Hubiese sido deseable poder aplicar este protocolo en otros pacientes en estudio a los que se les realizasen el resto de pruebas complementarias vía ambulatoria, pero no se ha podido conseguir este objetivo, posiblemente porque la tendencia habitual es ante pacientes a los que se les tienen que realizar varias pruebas entre las que se incluye una PL programar un ingreso para estudio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Los procedimientos que realizamos habitualmente y que no solemos revisar son también susceptibles de ser mejorados.

En la mejora de los mismos es fundamental el trabajo de colaboración de los diferentes servicios implicados y vencer la resistencia al cambio.

- El protocolo de implementación para realizar PL programadas se ha aplicado fundamentalmente en la determinación de biomarcadores de enfermedad de Alzheimer en LCR. La tendencia histórica de ingresar a gran parte de los pacientes para realizar un estudio neurológico completo se ha mantenido, no se plantea habitualmente que se puedan realizar las pruebas complementarias de forma ambulatoria, incluida la PL, y realizar entrega de resultados en consultas externas, posiblemente por la demora en la realización de muchas de las pruebas complementarias. Habría que correlacionar nuestros datos con el proyecto de Reducción de ingresos programados en Neurología. La resistencia al cambio en los protocolos de actuación es difícil de vencer, aunque el cambio propuesto suponga evitar estancias evitables y disminuir la pérdida de horas de trabajo de muchos de los pacientes y familiares. En muchas ocasiones, la propia dinámica del centro hospitalario no favorece el cambio en las pautas de actuación.

- Esta misma resistencia al cambio se aprecia con respecto al tipo de aguja con que se realiza la PL. Son las personas más jóvenes las más favorables a introducir estos cambios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0257

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION DE REALIZACION DE PUNCIÓN LUMBAR PROGRAMADA

- El documento elaborado unifica los procedimientos que llevan a cabo en relación a la PL (antes, durante y después) y contempla una mejora en la seguridad en la realización de la técnica.

7. OBSERVACIONES.

Creemos que en la línea de la mejora continua deberíamos:

- Elaborar lista de verificación de seguridad (firma Consentimiento informado, extracción previa de hemograma, discontinuación de medicación antiagregante/anticoagulante)
- Controlar a las 24-48 horas de la realización de la PL el desarrollo de efectos secundarios, se podría realizar mediante entrevista telefónica.
- Valorar si la información que aporta el Folleto informativo es suficiente como para aliviar la ansiedad que puede suponer la realización de una PL.
- Incrementar la tendencia al uso de agujas atraumáticas.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/257 ===== ***

Nº de registro: 0257

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION DE REALIZACION DE PUNCIÓN LUMBAR PROGRAMADA

Autores:
MUÑOZ FARJAS ELENA, ATIENZA AYALA SAIDA, GARCES REDONDO MOISES, SANTOS LASAOSA SONIA, HERNANDEZ NAVARRO MARIA TERESA, AZNAR CABEZA OLGA, SANZ FERRER VIRGINIA

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 .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La punción lumbar es un procedimiento médico para la obtención de una muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR) mediante con fines diagnósticos o terapéuticos. Algunos de los pacientes valorados en las consultas externas son subsidiarios de la realización de esta prueba como parte del algoritmo diagnóstico-terapéutico. Es un procedimiento que dura unos 30 minutos y se puede realizar de forma programada y ambulatoria, a no ser que el estado del paciente requiera su hospitalización. Actualmente aquellos pacientes candidatos a realizar este procedimiento se ingresan de forma programada en el hospital con una nota manuscrita del médico responsable en consulta ambulatoria en la que se especifica el diagnóstico de sospecha clínica y la recomendación de realizar una punción lumbar para completar estudio clínico. No se dispone actualmente de un procedimiento operativo en el centro para la realización de esta técnica médica.

El ingreso hospitalario habitualmente es de unas 48 horas. Muchos de nuestros pacientes que ingresan para este procedimiento son personas en edad laboral o bien personas mayores que precisan soporte de sus hijos, también en edad laboral, lo que conlleva una ausencia al trabajo, que si bien está justificada, es en muchos casos reducible.

Oportunidad de mejora: Los pacientes candidatos a la realización de una punción lumbar programada debieran ser informados por el neurólogo que decide la necesidad de realizar esta prueba, que obtendría el consentimiento informado, el cual puede revocar si lo considera adecuado. Para garantizar que la información médica se transmita adecuadamente y se proceda con seguridad, el neurólogo debiera emitir un informe en Historia clínica electrónica (HCE) y solicitar las pruebas analíticas en sangre y LCR, incluyendo hemograma y estudio de coagulación. De este modo en el momento del ingreso se podrían obtener las muestras de sangre con determinación de plaquetas y estudio de coagulación si se precisase.

RESULTADOS ESPERADOS

Principal: Unificar y mejorar la pauta de actuación en el ingreso para punción lumbar programada, en la preparación del paciente y en los procedimientos de la técnica de punción lumbar.

Secundarios:

1. Reducir en número de estancias hospitalarias derivados de realización de punción lumbar programada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0257

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION DE REALIZACION DE PUNCIÓN LUMBAR PROGRAMADA

2. Aportar información segura y fiable del paciente a los neurólogos que van a realizar el procedimiento.
3. Proporcionar cuidados de calidad.
4. Prevenir efectos secundarios, fundamentalmente cefalea postpunción lumbar.
5. Aliviar la ansiedad del enfermo y sus familiares

MÉTODO

1. Crear un grupo de trabajo de neurólogos, personal de enfermería, y auxiliares de la planta de hospitalización del Hospital de semana.
2. Elaboración de un protocolo operativo para la realización de punciones lumbares programadas
3. Implementación del protocolo
4. Análisis de resultados tras 6 meses de aplicación

INDICADORES

1. Disponibilidad del procedimiento, estándar 100%
 2. Aplicación del procedimiento, estándar 80%
 3. Reducción de estancias hospitalarias a 24 horas, estandar 80%
 4. Control de la cefalea postpunción lumbar, estandar 60%
- En todos ellos fuentes propias, a través de una base de datos propia.

DURACIÓN

- Constitución de equipo de trabajo: Marzo 2019
- Elaboración de procedimiento operativo: Abril-Mayo 2019
- Implementación en la práctica habitual: a partir de Junio 2019.
- Evaluación de resultados Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0377

1. TÍTULO

MANEJO DEL ESTATUS EPILEPTICO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANGEL MAURI LLERDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TEJERO JUSTE CARLOS
NAVARRO PEREZ MARIA PILAR
PASCUAL BIELSA ANA
HOMS GIMENO CARLOS
RODRIGUEZ MENA DIEGO
JIMENEZ CASADO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se procedió a la creación del Grupo de Trabajo Multidisciplinar compuesto por las especialidades involucradas en el manejo de los pacientes con Estatus Epiléptico Refractario y Super Refractario:

- o Neurología
- o Urgencias
- o Cuidados Intensivos
- o Neurofisiología Clínica

Se realizó una búsqueda bibliográfica para valorar toda la información que aporte evidencia acerca del manejo de estos problemas para poder generar un protocolo que sea aceptado por el equipo multidisciplinar. En este sentido fue necesario modificar el calendario de trabajo inicial puesto que se esperaba la publicación de un metaanálisis en la segunda mitad del año.

En el momento actual se está trabajando en el documento para su puesta en práctica y posterior difusión del protocolo a la comunidad hospitalaria y publicación en la web interna del hospital

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante este periodo se ha procedido a

- Creación del equipo multidisciplinar
- Generación del protocolo
- Generación de un registro interno de pacientes

Estamos pendientes de comprobar la idoneidad del protocolo realizado para posteriormente proceder a la Difusión del protocolo, y publicación en la web del hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo de un protocolo multidisciplinar obliga a contemplar los puntos de vista de todos los servicios / unidades implicadas en el manejo del paciente, de forma que es necesario adaptar la información proporcionada por las fuentes bibliográficas a la situación de funcionamiento del hospital en el que trabajamos.

El objetivo de llegar al final del año acumulando experiencia sobre la eficacia del protocolo no se ha conseguido y queda pendiente para el primer semestre del 2020

El grupo de trabajo se mantendrá para la revisión periódica del protocolo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/377 ===== ***

Nº de registro: 0377

Título
MANEJO DEL ESTATUS EPILEPTICO

Autores:
MAURI LLERDA JOSE ANGEL, TEJERO JUSTE CARLOS, NAVARRO PEREZ MARIA PILAR, PASCUAL BIELSA ANA, HOMS GIMENO CARLOS, RODRIGUEZ MENA DIEGO, JIMENEZ CASADO MERCEDES

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 - 2019/0377

1. TÍTULO

MANEJO DEL ESTATUS EPILEPTICO

Línea Estratégica : Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos : Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El estatus epiléptico es una emergencia neurológica grave que requiere una atención inmediata, siendo vital su detección y su manejo. El pronóstico dependerá de la causa, la edad, el tipo de estatus y la duración del mismo. La mortalidad intrínseca es del 1-7%, aunque la mortalidad global puede llegar al 20% y en casos de EE refractario hasta al 50%.

Por ello, el tratamiento debe ser lo más precoz posible. El diagnóstico y el tratamiento deben ser continuos a lo largo de los primeros minutos hasta su resolución.

Se denomina estatus epiléptico refractario a aquel que persiste a pesar de la administración de dos fármacos adecuados intravenosos incluyendo una benzodiazepina.

Se denomina estatus epiléptico super refractario al que persiste 24 h después del inicio de fármacos anestésicos.

El manejo del estatus refractario y super refractario requiere asistencia en unidad de cuidados intensivos y atención multidisciplinar, siendo necesario ajuste de tratamiento y controles neurofisiológicos frecuentes.

En nuestro hospital estos pacientes son diagnosticados en urgencias o en neurología y son tratados en UCI. A pesar de la buena colaboración entre todos los servicios implicados en el manejo, se ha detectado déficit de consenso en la toma de decisiones, o en el uso de recursos por la ausencia de un protocolo específico de uso interno. En una patología tan grave, con una mortalidad tan elevada, creemos que es necesario mejorar todos los aspectos de la asistencia posibles.

El proyecto busca generar un grupo de trabajo que diseñe una forma de trabajo multidisciplinar que se concrete en un protocolo específico para el manejo del estatus epiléptico, estatus epiléptico refractario y super refractario en nuestro hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es crear un equipo de trabajo que colabore para la redacción de un protocolo de detección y manejo multidisciplinar de los pacientes con estatus epiléptico que ingresen en el Hospital.

MÉTODO

- Mejorar la atención a los pacientes con Estatus Epiléptico .
- Facilitar la coordinación entre especialidades en el manejo del Estatus Epiléptico.
- Creación del Grupo de Trabajo Multidisciplinar compuesto por las especialidades involucradas en el manejo de los pacientes con Estatus Epiléptico:
 - o Neurología
 - o Urgencias
 - o Cuidados Intensivos
 - o Neurofisiología Clínica
- Generación del protocolo por el equipo multidisciplinar
- Difusión del protocolo a la comunidad hospitalaria y publicación en la web interna del hospital

INDICADORES

- Creación del equipo multidisciplinar
- Generación del protocolo
- Generación de un registro interno de pacientes
- Difusión del protocolo
- Puesta en marcha del protocolo
- Porcentaje de pacientes manejados de acuerdo al protocolo >90%

DURACIÓN

Creación del equipo multidisciplinar: marzo 2019
Generación del protocolo: mayo 2019
Generación del registro interno de pacientes: mayo 2019
Difusión del protocolo: junio 2019
Puesta en marcha: junio 2019.
Evaluación de los pacientes incluidos en el registro: junio - diciembre 2019

OBSERVACIONES

El proyecto forma parte de un objetivo más ambicioso que es conseguir optimizar el manejo de los pacientes epilépticos en nuestro hospital buscando formas de trabajo cooperativo multidisciplinar.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0377

1. TÍTULO

MANEJO DEL ESTATUS EPILEPTICO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0570

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON ICTUS AGUDOS EN LA PLANTA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA ESCRIBANO GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUÑOZ FARJAS ELENA
MATEO CASTEJON MARIA PILAR
REDONDO MATE MARIA ELENA
MATEO POLO MARIA
LAFUENTE RIPOLLES CARMEN
PEREZ LAZARO CRISTINA
TEJERO JUSTE CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se crea el grupo de trabajo en marzo de 2019 y tras varias reuniones se consensúa las tres escalas más pertinentes para valorar los pacientes con ictus en fase aguda y subaguda por parte de enfermería, que finalmente son: escala canadiense, escala Glasgow y MECV-V. Una vez consensuadas las escalas se elabora la hoja de recogida de datos adaptada al medio en el que trabajamos que es aceptada por todos los miembros del equipo de trabajo.

En el mes de mayo se empieza a aplicar de forma no rutinaria en pacientes de la sección de vascular para aprender a usarla de forma correcta y disminuir la variabilidad entre las diferentes enfermeras que la aplicaban.

En el mes de junio dos enfermeras del equipo de trabajo realizan el curso focuss "Valoración enfermera en la fase aguda del ictus" para consolidar el aprendizaje en el uso de las escalas.

Todas las enfermeras del equipo de trabajo a lo largo de estos meses han realizado el curso de disfagia impartido por la logopeda del hospital.

Aunque no participaran directamente en el grupo de trabajo se ha insistido a las TCAES en que realicen la higiene bucal a los pacientes con ictus para evitar broncoaspiraciones.

A partir de junio tras aprender el uso de las escalas se ha procedido a la aplicación rutinaria de las mismas en los pacientes de la sección de vascular.

No se ha elaborado el procedimiento de actuación de enfermería completo puesto que éste debe ir ligado a los protocolos médicos de actuación ante el ictus y como no se ha puesto en marcha la unidad de ictus no se dispone de los mismos. Tampoco hemos hecho las sesiones de formación continua de enfermería y TCAES que pensamos que hubiesen sido muy beneficiosas porque ha habido mucho cambio de personal y la gran carga de trabajo asistencial dificulta realizar las actividades de docencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha creado el equipo de trabajo en el plazo previsto, obteniendo el 100% del cumplimiento.

Aún cuando el procedimiento de actuación no se ha elaborado sí que hemos creado una hoja de recogida de datos de las escalas más representativas para la valoración de la fase aguda del ictus.

Como estamos pendientes de que nos den acceso a la historia clínica electrónica no se ha registrado en este entorno ninguna de las escalas, sí que hemos registrado en el gacela el MECV-V, posiblemente teníamos que haber incluido la escala canadiense en el gacela también.

A lo largo de estos meses tenemos constancia de que se han aplicado a 27 pacientes la escala canadiense (número que se obtiene de una base de datos creada por nosotras), sin embargo como no ha sido rigurosa la recogida de los datos, el número de pacientes a los que ha sido aplicada es mayor. El MECV-V se ha realizado en el 100% de los pacientes y se ha registrado en el gacela.

La opinión general de enfermería es que las escalas nos ayudan a hacer una valoración más completa del paciente y ello permite un abordaje mejor por parte de enfermería y del tratamiento médico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo conjunto enfermería-médico aporta mayor valor para la valoración del paciente lo cual redundará en mejores resultados de salud y en mayor satisfacción profesional, seguimos pensando que la puesta en marcha de la unidad de ictus y la creación de un equipo de trabajo va a permitir ampliar este proyecto piloto que hemos empezado.

En el momento en que se creen los protocolos médicos de la unidad de ictus se debería crear el protocolo de actuación de enfermería por lo que pensamos que debemos continuar con el trabajo iniciado y dar más cabida en el grupo de trabajo a las TCAES.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0570

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON ICTUS AGUDOS EN LA PLANTA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

*** ===== Resumen del proyecto 2019/570 ===== ***

Nº de registro: 0570

Título
IMPLANTACION DE UN PLAN DE ACTUACION EN PACIENTES CON ICTUS AGUDOS EN LA PLANTA DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Autores:
ESCRIBANO GARCIA MARTA, MATEO CASTEJON MARIA PILAR, REDONDO MATE ELENA, PEREZ LAZARO CRISTINA, TEJERO JUSTE CARLOS, MUÑOZ FARJAS ELENA, LABORDA RUIZ MARIA PILAR

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: PATOLOGIA CEREBROVASCULAR
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología cerebrovascular es la más frecuente en la sala de hospitalización de Neurología. En la actualidad disponemos de 4 camas monitorizadas destinadas fundamentalmente a pacientes con ictus agudos que se han beneficiado de tratamientos de reperfusión o bien se podrían beneficiar de un plan de cuidados específico para mejorar los resultados de morbimortalidad, y de otras 6 camas destinadas preferentemente a pacientes con ictus agudos que no requieren una monitorización tan exhaustiva. En un futuro próximo es probable que se disponga de Unidad de ictus. En el momento actual no se dispone de un plan de actividades e intervenciones uniformes para pacientes con ictus, lo que determina una variabilidad de atención de enfermería a los pacientes con patología cerebrovascular.

Oportunidad de mejora: La organización del trabajo de enfermería en torno a Planes de Cuidados, mejoraría la calidad de los mismos, y unificaría la pauta de actuación de enfermería, lo que probablemente se traduciría en una disminución de la morbimortalidad de los pacientes con ictus.

RESULTADOS ESPERADOS
Principal: Unificar el plan de actividades de enfermería en un paciente con ictus agudo según la gravedad clínica del mismo y el tiempo de evolución.

Secundarios:
1. Conocer las escalas Canadiense y de Rankin y su correcta cumplimentación.
2. Conocer y realizar el test de disfagia de volumen-viscosidad (MECV-V) sin variabilidad.
3. Favorecer la continuidad de cuidados, homogeneizando la actuación de enfermería a lo largo de toda la estancia hospitalaria de los pacientes con ictus
4. Promover el empoderamiento de las enfermeras en la toma de decisiones en estos pacientes

MÉTODO
1. Creación de un grupo de trabajo formado por neurólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería de la sala de hospitalización de Neurología.
2. Elaboración de un Procedimiento de Actuación de enfermería en pacientes con Ictus agudo.
3. Se planificarán sesiones de formación continua para enfermería y auxiliares con objeto de informar sobre aspectos básicos de patología cerebrovascular, así como conocer y saber aplicar las escalas Canadiense y Rankin.
4. Se realizará una nueva formación para recordar la correcta cumplimentación del test de disfagia de volumen-viscosidad (MECV-V) y sus implicaciones en la seguridad del paciente.

INDICADORES
1. Creación equipo de trabajo, estándar 100%.
2. Elaboración del procedimiento de actuación, estándar 100%.
3. Porcentaje de cumplimentación escala canadiense y MECV-V en Gacela/Historia clínica electrónica.
4. Grado de satisfacción de enfermería, estándar 80%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0570

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON ICTUS AGUDOS EN LA PLANTA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

DURACIÓN

1. Creación equipo de trabajo: Marzo 2019.
2. Elaboración procedimiento de actuación: Abril-Mayo 2019.
3. Implantación del procedimiento de actuación: Junio de 2019.
4. Análisis de resultados: Diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0846

1. TÍTULO

PROYECTO TABLET HCE

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS TEJERO JUSTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ VALIENTE SARA
PEREZ LAZARO CRISTINA
MARIN GRACIA MARTA
GARCES ANTON ESTHER
RODRIGO SANCHEZ JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES:

Durante este periodo se ha seguido desarrollando la herramienta para curso clínico, informe de ictus y escalas de valoración dentro de la Historia Clínica Electrónica de Aragón por parte del equipo específico en el SALUD, atendiendo las sugerencias no solo de nuestro equipo, sino de todos los equipos que atienden ictus en Aragón. En estos momentos constituye una herramienta eficaz que está en pleno funcionamiento.

Para el desarrollo de este proyecto fue preciso la adquisición de material informático, en este caso tres Tablet modelo Galaxy Tab A 10.1 (2016) Wi-Fi 32GB que fueron proporcionadas por un laboratorio farmacéutico mediante la fórmula de donación al hospital.

Una vez adquiridas las Tablet se solicitó al servicio de informática que nombrara a una persona para el desarrollo conjunto del sistema. El servicio de informática adjudicó a José María Rodrigo Sánchez que se incorporó al equipo de proyecto.

Desde informática se consiguió que las Tablet tengan acceso a la wifi oculta al público y se realizaron ajustes de software para limitar el acceso al contenido de la Tablet a usuarios registrados.

Posteriormente se procedió a iniciar el uso de la herramienta para comprobar la capacidad para responder a nuestras necesidades y para detectar problemas y solucionarlos.

Una vez conseguido pleno funcionamiento de la herramienta se inició la incorporación de la herramienta al pase de visita.

Se detectó un problema con el acceso web, que solamente es disponible en alguna de las habitaciones, siendo necesaria una modificación de las antenas actuales para que pueda estar disponible en todas las habitaciones. El hospital contempla una reforma del sistema wifi en los próximos meses que permitirá el acceso en la totalidad de las habitaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los indicadores establecidos en el proyecto se consiguió al 100% creación del equipo de trabajo en el servicio de neurología

adquisición de TABLET

creación de equipo de trabajo con informática

acceso a WIFI

diseño del acceso informático a TABLET

puesta en prueba

En cuanto al número de pacientes que ingresen con ictus incorporados a HCE, se ha podido comprobar que en el 100% de los pacientes se han incorporado los datos a HCE, pero con tablet solamente cuando estaban en habitaciones con acceso wifi.

Esperamos poder extender el uso a toda la unidad de hospitalización una vez sea accesible la wifi desde todas las habitaciones, momento en el que se harán las tareas de difusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido una ocasión para mejorar en el contacto con el servicio de informática que nos ha permitido avanzar en otros aspectos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/846 ===== ***

Nº de registro: 0846

Título
PROYECTO TABLET HCE

Autores:
TEJERO JUSTE CARLOS, SANCHEZ VALIENTE SARA, PEREZ LAZARO CRISTINA, MARIN GRACIA MARTA, GARCES ANTON ESTHER

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0846

1. TÍTULO

PROYECTO TABLET HCE

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 .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

INTRODUCCIÓN:

Historia Clínica Electrónica

El Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa ha colaborado con el Salud en la elaboración de los formularios de la Historia Clínica Electrónica dentro de un programa en el que están involucrados diferentes servicios de neurología de nuestra comunidad.

El programa busca facilitar la tarea del personal facultativo y de enfermería, permitiendo que la recogida de información se realice en un único entorno compartido con una interfaz muy visual, que a la vez sea capaz de volcar los datos a los informes.

Escalas de Valoración

En el caso de Neurología Vasculuar, eso contempla la posibilidad de incorporar a la historia clínica las diferentes escalas de valoración que utilizamos habitualmente, consiguiendo que la información sea mucho más precisa y que se minimicen las diferencias inter-observador.

Esfuerzo duplicado

El programa de Historia Clínica Electrónica es accesible a través de la intranet del Hospital, y es posible cumplimentarlo desde cualquiera de los ordenadores disponibles.

Sin embargo, la valoración de los pacientes se debe hacer a la cabecera del paciente, siendo recogida en formularios en papel que posteriormente se transcriben al ordenador, duplicando el tiempo dedicado a esa tarea u obligando a compartir documentos en soporte papel con soporte informático.

Otros soportes informáticos

Para poder realizar una cumplimentación de la Historia Clínica Electrónica en tiempo real, a la cabecera del paciente, es necesario utilizar un soporte informático diferente al ordenador de sobremesa.

En ese sentido, las Tablet convencionales permiten acceso al programa en la propia habitación del enfermo, facilitando el acceso a las pruebas complementarias y a la información registrada por el personal, a la vez que se accede a los registros de las escalas, permitiendo aumentar el tiempo de presencia del facultativo en la habitación del paciente (en lugar de tiempo en despacho) redundando en mejora de la asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto consiste en implementar el pase de planta con Tablet en los pacientes con ictus agudo

MÉTODO

Desarrollo del proyecto

- Fase 1: desarrollo de la HCE para el paciente con ictus.

En estos momentos la plataforma ha sido desarrollada por el equipo específico en el SALUD y está en pleno funcionamiento.

- Fase 2: adquisición de TABLET

Hay una compañía farmacéutica que se ha ofrecido para proporcionar el material informático con la fórmula de Donación al hospital.

- Fase 2 contacto con informática

Se solicitará al servicio de informática que nombre a una persona que se incorpore al equipo de proyecto para el desarrollo conjunto del sistema

- Fase 4: acceso a WIFI

En el momento actual la wifi para pacientes no permite una velocidad de acceso a datos que sea operativa. El servicio de informática nos ha confirmado la posibilidad de acceso a una wifi oculta al público que si sería operativa

- Fase 5: diseño del acceso informático a Tablet

Para evitar un uso no profesional de la Tablet, el servicio de informática realizaría modificaciones en los software para limitar el uso a la HCE.

- Fase 6: puesta en prueba

Se iniciará el uso de la herramienta para comprobar la capacidad para responder a nuestras necesidades y para detectar problemas y solucionarlos.

- Fase 7: registro de pacientes

Una vez conseguido pleno funcionamiento de la herramienta se iniciará la incorporación de la herramienta al pase de visita, siendo la forma habitual de registro de evolutivo y generación de informes

- Fase 8: plan de difusión

Una vez conseguido pleno funcionamiento de la herramienta se pondrá en comunicación del resto del servicio y se notificará tanto a dirección del hospital como a los responsables en el SALUD de la HCE

INDICADORES

creación del equipo de trabajo en el servicio de neurología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0846

1. TÍTULO

PROYECTO TABLET HCE

adquisición de TABLET
creación de equipo de trabajo con informática
acceso a WIFI
diseño del acceso informático a TABLET
puesta en prueba
Registro de pacientes: número de pacientes que ingresen con ictus incorporados a HCE con tablet: > 95%
difusión del proyecto

DURACIÓN

fases 1 a 5: meses de Enero a Abril de 2019
fase 6: meses de mayo y junio de 2019
fase 7: meses de julio a diciembre de 2019
fase 8: diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0975

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DEL TEST DE APOMORFINA

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE SARA SANCHEZ VALIENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN LABANDA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró el procedimiento reglado para la realización del test de Apomorfina en nuestro centro. Dicho procedimiento se presentó a la Unidad de Calidad del centro y posteriormente a la Dirección Médica del mismo para su aprobación y posterior publicación en el listado de procedimientos del Hospital Clinico Lozano Blesa. El protocolo se presentó a la Unidad de Calidad con fecha 10 de mayo de 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El procedimiento ha sido aprobado por la dirección del centro y publicado con fecha 5 de noviembre de 2019. No ha podido implementarse el mismo dada la fecha de su aprobación, de manera que se aplicará a partir del proximo año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración de un procedimiento clínico ayuda a unificar y sistematizar las distintas actuaciones médicas/enfermeras/administrativas de cualquier proceso, facilitanso su aplicación y mejorando tanto la efectividad como la eficiencia del mismo.

7. OBSERVACIONES.

Dado que hasta el 5 de noviembre de 2019 no fue aprobado y publicado por el centro, no ha podido implementarse el procedimiento, de manera que se llevará a cabo a partir de 2020.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/975 ===== ***

Nº de registro: 0975

Título
PROCEDIMIENTO DEL TEST DE APOMORFINA

Autores:
SANCHEZ VALIENTE SARA, MARIN LABANDA RAQUEL

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 .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes diagnosticados de enfermedad de Parkinson avanzado, presentan con frecuencia fluctuaciones motoras y no motoras complejas que no se controlan con la medicación convencional. En estos casos uno de los tratamientos que consiguen revertir el Off de forma rápida es la inyección subcutánea de apomorfina. Sin embargo no todos los pacientes responden a este fármaco y la dosis necesaria en los que si lo hacen, debe calcularse de forma individualizada mediante el test de Apomorfina.

Hasta la fecha, dado que la realización del test requiere una monitorización periódica de la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y los posibles efectos secundarios con el apoyo del personal de enfermería, nos vemos obligados a ingresar al paciente durante 24 horas en el hospital de semana, con el consiguiente ingreso innecesario dado que dicho test puede realizarse de forma ambulatoria siempre que se cuente con los medios adecuados.

Pues bien, desde el mes de marzo/abril de 2019, disponemos de una enfermera en la consulta externa de Neurología del HCU Lozano Blesa, que podrá apoyar en la realización del test de Apomorfina ambulatorio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0975

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DEL TEST DE APOMORFINA

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar un procedimiento de realización del test de Apomorfina de forma ambulatoria, evitando ingresos innecesarios.

La población diana son los pacientes diagnosticados de enfermedad de Parkinson avanzada de la consulta de trastornos del movimiento del HCU Lozano Blesa, que reúnan criterios para la indicación del tratamiento con Apomorfina subcutánea.

MÉTODO

Se elaborará un procedimiento de realización ambulatoria del test de Apomorfina por parte de la responsable de la consulta de Trastornos del Movimiento con la colaboración de la enfermera de dicha consulta.

Una vez realizado el procedimiento se presentará al Servicio del Calidad del HCU Lozano Blesa para su aprobación y publicación en Intranet.

Los test se realizarán durante una mañana preferentemente de viernes a concretar según programación de consultas.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes a los que se ha realizado el test de Apomorfina de forma ambulatoria.

Fuente de datos: base de datos de pacientes de la consulta de trastornos del movimiento

Estándar: 90-100% de los pacientes a los que se les ha realizado el test

DURACIÓN

Año 2019 y siguientes. (se iniciará a partir de Abril en dependencia de la disponibilidad de la enfermera)

Se revisará en diciembre de 2019 en la base de datos de pacientes de la consulta de Trastornos del Movimiento por parte de su responsable, el porcentaje de pacientes a los que se ha realizado el test de Apomorfina de forma ambulatoria.

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 - 2016/0034

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 RESTRICCION 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 pródomos 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 PRÓDOMOS 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 BLESÁ

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, hábito 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 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 - 2016/0478

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 - 2018/0532

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS DE ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA A TRAVES DE POSTER

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA PEREZ SORBE
· Profesión MATRONA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUILAR DE MINGO CRISTINA
LASALA CONTE IBANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión de protocolos y guías de práctica clínica (junio-octubre 2018)
- Sesión informativa al equipo multidisciplinar implicado en la asistencia a las gestantes ingresadas (diciembre 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Pendiente análisis de datos de encuestas realizadas al personal implicado
- Pendiente impresión y colocación de póster en las unidades seleccionadas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la sesión informativa al personal de hospitalización se valoró muy positivamente la implantación del proyecto.
- Pendiente análisis de datos de encuestas realizadas al personal implicado
- Pendiente impresión y colocación de póster en las unidades seleccionadas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/532 ===== ***

Nº de registro: 0532

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS DE ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA A TRAVES DE POSTER

Autores:
PEREZ SORBE CRISTINA, MORENO RUTIA ESTHER, PEINADO BERZOSA RUTH, AGUILAR DE MINGO CRISTINA, LASALA CONTE IBANA, IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA, ORNAT CLEMENTE LIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (2015-2020), las actividades de formación y actualización de personal sanitario en terapéutica y farmacología clínica o la prevención de errores en los circuitos de la medicación son algunas de las iniciativas más relevantes para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.
En el Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización (estudio ENEAS) se concluyó que el 37,4% estaban relacionados con la medicación. Por ello y debido a las características específicas de la paciente gestante, consideramos fundamental promover la formación de los profesionales sanitarios implicados en el uso seguro de los medicamentos más habituales.

RESULTADOS ESPERADOS
- Promover la seguridad de la paciente de forma proactiva.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0532

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS DE ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA A TRAVES DE POSTER

- Aumentar la conciliación de la medicación en las diferentes unidades de nuestro servicio, evitando la variabilidad de su uso en la práctica asistencial.
- Incrementar la cultura de seguridad de los profesionales evitando fallos potenciales.
- Proporcionar información a los profesionales sobre la administración de fármacos de uso habitual en obstetricia mediante la elaboración de un póster fácilmente accesible para su consulta.

MÉTODO

- Estimación del coeficiente de riesgo NPR (Número de Priorización de Riesgo) de los fármacos a incluir.
- Elaboración del póster por parte de los miembros componentes del proyecto.
- Presentación en sesión clínica a las diferentes unidades implicadas: hospitalización obstétrico-ginecológica, Urgencias obstétrico-ginecológicas, paritorio.
- Realización de encuesta de utilidad a los profesionales a los que va dirigido.

INDICADORES

- N° de profesionales implicados en la administración de medicación a la paciente obstétrica que conoce la implementación del póster / N° TOTAL de profesionales implicados en la administración de medicación a la paciente obstétrica x 100
Estándar: el 85% de los profesionales implicados conocerán la implementación del póster.
- N° de profesionales implicados en la administración de medicación a la paciente obstétrica que considera el póster útil en su práctica habitual / N° TOTAL de profesionales implicados en la administración de medicación a la paciente obstétrica x 100
Estándar: el 85% de los profesionales implicados encontrarán útil el póster en su práctica habitual.

DURACIÓN

- JUNIO-OCTUBRE 2018: revisión de Protocolos y Guías de Práctica Clínica de uso de fármacos de riesgo en obstetricia.
- NOVIEMBRE 2018: Elaboración del póster según resultados de la aplicación del análisis modal de fallos y efectos.
- DICIEMBRE 2018: presentación del póster en sesión clínica.
- ENERO 2019: implantación.
- FEBRERO 2019: evaluación de indicadores.

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 - 2018/0711

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Fecha de entrada: 22/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROJAS PEREZ EZQUERRA BEATRIZ
MATEO ALCALA PURIFICACION
ORNAT CLEMENTE LIA
ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL
RUIZ MARTINEZ SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde comienzo de 2018 se estableció un circuito interno para realización de la versión cefálica externa. Las pacientes candidatas que, tras ser informadas en consulta de Obstetricia (y firma de consentimiento informado) decidían someterse a la técnica, acudían en los días señalados para la realización al Servicio de Obstetricia del Hospital Clínico. Allí, tras detallada información, se realizaba cardiocografía fetal. Una vez objetivado el bienestar fetal, se realizaba una ecografía obstétrica básica para certificar presentación fetal, estimar peso fetal y valorar volumen de líquido amniótico. Posteriormente, tras canalización de vía venosa periférica, se procedía al intento de versión externa según las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tras el intento, se realizaba nueva cardiocografía fetal y, si no había complicación alguna, se daba de alta a la paciente con su correspondiente informe, derivándola a su siguiente consulta obstétrica ya citada. Recursos empleados: Sala, ecógrafo, monitor cardiocográfico y personal de urgencias de Obstetricia. Tres obstetras asignados al procedimiento (realización aleatoria por uno de ellos). Acciones para comunicar al Servicio los resultados: Sesión informativa en Enero de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Obtención de datos en el periodo realizado 1 enero 2018- 31 diciembre 2018: Base de datos en programa SPSS realizada por uno de los obstetras realizadores de versiones, con información detallada de datos obstétricos, datos de la versión externa y resultado obstétrico posterior. Base de datos perinatales general del Servicio de Obstetricia.

Porcentaje de presentaciones podálicas que aceptan versión externa: 50,55%
Porcentaje de versiones exitosas: 47,8%
Porcentaje de versiones exitosas que finalizan en parto vaginal: 77,27%
Reducción total de la tasa de cesáreas asociada a la técnica: 0,86%
Número de cesáreas evitadas en el periodo: 17.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han cumplido todos los objetivos establecidos inicialmente. Aun así nos encontramos con:

- Debilidades: pacientes que no aceptan la técnica a pesar de no existir contraindicaciones y eligen cesárea como método de finalizar su gestación.
- Posibilidades de mejora:
 - ampliación del número de pacientes con feto en presentación podálica que aceptan la versión externa, tras una adecuada selección de pacientes (excluyendo contraindicaciones) y una buena información
 - establecimiento de una vía clínica oficial
 - posibilidad de segundo intento de versión externa bajo anestesia raquídea (amplia bibliografía que avala dicha actuación).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/711 ===== ***

Nº de registro: 0711

Título
ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0711

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

MARTINEZ MEDEL JORGE, EZQUERRA GIMENEZ ANA MARIA, ARRIBAS MARCO MARIA TERESA, ROJAS PEREZ EZQUERRA BEATRIZ, MATEO ALCALA PURIFICACION, ORNAT CLEMENTE LIA, ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL, RUIZ MARTINEZ SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El objetivo final de la VCE es aumentar la probabilidad de tener un parto vaginal en presentación cefálica y reducir así la tasa de cesáreas asociada a presentación no cefálica. Esta maniobra se dirige a pacientes con gestación controlada de bajo riesgo y a término. Las pacientes deben de ser informadas correctamente sobre el procedimiento y, a su vez, manifestar su conformidad mediante la firma del consentimiento informado de versión cefálica externa. La eficacia de la VCE es alrededor de un 60% (entre el 40 y el 78%). Diversos factores se asocian con una reducción de las tasas de éxito de esta técnica, pudiendo destacar: nuliparidad, placenta anterior, disminución de líquido amniótico, pelvis no favorable, obesidad materna, tensión de pared abdominal materna, tensión uterina, cabeza fetal no palpable, rotura prematura de membrana (RPM), edad materna avanzada, edad gestacional avanzada, peso fetal elevado, cicatriz uterina previa, presentación de nalgas puras. Dentro de los factores que se asocian con mayor éxito de la versión externa, destacan el uso de tocolíticos durante la maniobra y la experiencia del operador. También aumentan las probabilidades de éxito factores como multiparidad, volumen de líquido amniótico abundante, placenta en localización posterior o presentación fetal de pies. Los diferentes estudios demuestran que la realización protocolizada de la versión externa en fetos con presentación diferente a la cefálica se asocia con una reducción en la tasa de cesáreas por presentación no cefálica. Hasta hace 1 año la VCE no se realizaba de manera protocolizada, era realizada por operadores diversos, precisaba ingreso hospitalario y las tasas de éxito eran variables. Este proyecto pretende protocolizar la VCE, que sea realizada por un número limitado de operadores y de manera ambulatoria y programada. Todo ello permitirá optimizar los recursos y mejorar la tasa de éxito, reduciendo así la tasa de cesáreas.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: pacientes con gestación controlada de bajo riesgo y a término, con feto en presentación no cefálica.

Resultados: Protocolización VCE, realización de VCE de manera ambulatoria, mejorar tasa de éxito (y consecuentemente reducir tasa de cesáreas), optimización de recursos.

MÉTODO

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

Recursos: Puesta en marcha de proyecto. Reuniones Servicio de Obstetricia para acordar protocolo o vía clínica. Colaboración del personal de Enfermería del área de Urgencias obstétricas.

Cambios previstos: Realización ambulatoria.

INDICADORES

Porcentaje de presentaciones podálicas que aceptan versión externa: Valor a alcanzar 50%, límites 30-60%.
Porcentaje de versiones exitosas: Valor a alcanzar 40%, límites 35-57%.
Porcentaje de versiones exitosas que finalizan en parto vaginal: Valor a alcanzar 75%, límites 65-80%.
Porcentaje de reducción de cesáreas asociada a la técnica: Valor a alcanzar 35%, límites 25-40%.
Reducción total de la tasa de cesáreas asociada a la técnica: Valor a alcanzar 0,6%, límites 0,5-0,8%.

Fuente de datos: Base de datos del Servicio de Versiones Externas

DURACIÓN

Fecha de inicio del proyecto: Inmediata

Duración prevista: Valoración de resultados en 1 año.

Responsables: Todos los componentes del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0711

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

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 - 2018/0717

1. TÍTULO

DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE PURIFICACION MATEO ALCALA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN
AGÜERO LABORDA RAFAEL
IBÁÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA
OROS LOPEZ DANIEL
ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL
TEJERO SANCHO SUSANA
GABASA GORGAS LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha implementado el uso universal de la cartilla del embarazo disponible a tal fin en la Historia Electrónica del Salud. Se siguió el calendario establecido de forma que paulatinamente se fueron incorporando a la misma las gestantes que se incluían para su seguimiento en nuestra Área de Salud.

Se realizaron sesiones informativas para los ginecólogos acerca de su uso y utilización, por parte de los responsables de la misma del Salud.

Del mismo modo se realizaron otras sesiones informativas a las matronas de Atención Primaria, ya que esta herramienta permite coordinar de forma excelente la actividad de las matronas de Atención Primaria y los obstetras. Se dio acceso informático a la misma a las matronas, quienes también la utilizan como herramienta de trabajo.

El proyecto se comenzó a realizar en las consultas de Inocencio Jiménez, para después extenderse a las consultas del Hospital Clínico y posteriormente a las consultas de los centros de Ejea y Tarazona

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El éxito y resultado ha sido de un 100%. En el momento actual ninguna paciente de nuestra Área recibe la cartilla de control de embarazo (antigua cartilla azul) en papel. La Historia Clínica Electrónica y su Cartilla de Embarazo ha permitido eliminar el papel en nuestras consultas así como establece una relación mucho más estrecha en el seguimiento de las gestantes entre matronas y obstetras.

El grado de satisfacción por parte de facultativos y matronas que controlan el embarazo es excelente.

La aceptación por parte de la gestante de no disponer del control gestacional en papel físico también ha sido satisfactoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el momento actual toda la información del curso gestacional de nuestras embarazadas se encuentra disponible en red pudiéndose consultar tanto desde Atención Primaria como desde Atención Especializada en cualquier punto de nuestra Comunidad Autónoma.

Se mantiene contacto constante con los responsables informáticos del Salud para asesorar sobre mejoras de la cartilla electrónica del embarazo, pero desgraciadamente estas tardan en llegar.

Entre las debilidades de este sistema se encuentra el hecho de falta de informes que aporta la embarazada cuando se desplaza de manera ocasional a otra comunidad durante periodo vacacional etc. y precisa asistencia urgente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/717 ===== ***

Nº de registro: 0717

Título
DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD

Autores:
MATEO ALCALA PURIFICACION, CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN, AGÜERO LABORDA RAFAEL, IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA, OROS LOPEZ DANIEL, ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL, TEJERO SANCHO SUSANA, GABASA GORGAS LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0717

1. TÍTULO

DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A fecha de diciembre de 2017, en el Sector III del SALUD, se continúa usando la cartilla de control de embarazo en papel (cartilla azul) que se entrega a la propia embarazada, donde consta su seguimiento a lo largo de la gestación. Esto se realiza de forma independiente a una extensa base de datos informatizada que se lleva de forma paralela de todas nuestras gestantes desde hace varios años. Desde hace algún tiempo existe ligada a la Historia Clínica Electrónica y promovida por el SALUD, la Cartilla Electrónica del Embarazo, documento que se puede consultar desde todos los hospitales de nuestra Comunidad Autónoma, así como desde todos los puntos asistenciales. La necesidad de evolución y el proceso imparable de informatización de documentos, hace deseable nuestra incorporación al uso de este instrumento informático.

RESULTADOS ESPERADOS

El desarrollo y la aplicación de la Cartilla Electrónica del Embarazo incluida dentro de un plan de mejora continua de calidad en nuestro Servicio podría generar una importante organización del trabajo, teniendo como finalidad la mejora continua a nivel asistencial.

Dado que el parto es uno de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) más habituales en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, la informatización de su documentación a través del SALUD y la cartilla electrónica del embarazo, podría traer grandes beneficios a la asistencia de la paciente.

A lo largo del presente año, pretendemos incorporar este método de trabajo y eliminar de forma sucesiva las cartillas de papel azul.

A la vez, y dada la amplia experiencia que desde hace años hemos adquirido, gracias a nuestra excelente base de datos obstétricas, queremos aportar ideas al grupo de trabajo de la Cartilla Electrónica del Embarazo del SALUD, para contribuir a su mejora en todos los aspectos posibles. Incorporación sucesiva de embarazadas conforme comiencen su gestación, a la Cartilla Electrónica del Embarazo.

Nuestro objetivo es la incorporación sucesiva de embarazadas conforme comiencen su gestación, a la Cartilla Electrónica del Embarazo y mejorar a lo largo de los próximos años y en colaboración con el resto de Hospitales de la red del Salud Aragón y el SALUD, la recogida de datos.

MÉTODO

En la primera visita de la gestación, crear la Cartilla Electrónica del Embarazo a las nuevas pacientes, de forma que tengan ya su control recogido en dicha herramienta informática. Así, dentro de nueve meses aproximadamente, la gran mayoría de embarazadas tendrían su historia gestacional en este formato. Las revisiones sucesivas del embarazo se realizarán en los formularios de Seguimiento del Embarazo de esta Cartilla.

Se ofrecerán sesiones informativas a los facultativos del Servicio y matronas del manejo de este nuevo soporte informático, así como a las matronas de Atención Primaria, siempre en colaboración con los responsables de la creación de la misma en el SALUD.

INDICADORES

Entre los indicadores estarán el número de Cartillas Electrónicas del Embarazo existentes en nuestro Sector III a final de año 2018 y los ítems mejorados, con información relevante que han sido añadidos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0717

1. TÍTULO

DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD

DURACIÓN

Comienzo en enero de 2018 y seguimiento a lo largo de los años. Este proyecto se dará por concluída su puesta en marcha en diciembre de 2018, pero continuará a lo largo de los próximos años de manera que podamos alcanzar unos objetivos cercanos al 100% de pacientes con Cartilla Electrónica del Embarazo en su seguimiento. Se pretende continuar con una mejora continuada de los ítems a recoger.

Las reuniones informativas con facultativos y matronas se realizarán en el primer trimestre de 2018.

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 - 2018/0728

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE LIA ORNAT CLEMENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ MEDEL JORGE
IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA
CLAVO CAROD PILAR
CORTIZO GARRIDO SANDRA
GUARGUA MONTORI MARIA
ALVAREZ MARTINEZ ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde hace 2-3 años se están llevando a cabo en nuestro servicio varios proyectos en el contexto de mejorar la asistencia en el embarazo, parto y puerperio, siguiendo las recomendaciones de la Estrategia de Atención al parto normal del Ministerio de Sanidad. Siguiendo los propósitos de este proyecto se ha realizado un tríptico informativo para las gestantes y un vídeo que muestra las instalaciones en las que se desarrolla la dilatación y el parto normal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tríptico informativo en español.
En la primera visita de embarazo se entregan a las pacientes las recomendaciones de la SEGO que están disponibles en la HCE del embarazo del SALUD.
Vídeo informativo que muestra el servicio de Partitorios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente la traducción del tríptico a otros idiomas, la impresión en color de este, y la distribución del video informativo a las matronas de Atención Primaria para que lo muestren en las clases de preparación al parto. Se ha propuesto la exposición de este proyecto en una de las sesiones de Calidad del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Está en proyecto mejorar los trámites de canalización de las gestantes a primera visita de embarazo para intentar que el 100% tengan acceso a su matrona de Atención Primaria durante el embarazo y, por ello, a las charlas de atención al parto y promoción de la lactancia materna, donde se demostrarían los videos y podrían suministrarse los trípticos. Un problema que hemos detectado es que sólo el 40% de las embarazadas acuden a primera visita de embarazo con su matrona y por ello muchas de ellas no pueden aprovechar la posibilidad de asistir a clases de preparación al parto.

7. OBSERVACIONES.

Por cambios en la plantilla del Servicio de Ginecología y por estar alguno de los autores en más de dos proyectos, se sustituyen alguno de los miembros.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/728 ===== ***

Nº de registro: 0728

Título
ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO

Autores:
ORNAT CLEMENTE LIA, MARTINEZ MEDEL JORGE, IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA, BRETON HERNANDEZ PATRICIA, CALVO CAROD PILAR, PEINADO BERZOSA RUTH, AGUILAR DE MINGO CRISTINA, PEREZ SORBE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0728

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el año 2017 se puso en marcha un nuevo protocolo de control del embarazo normal por parte de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Los cambios que recoge este protocolo se están poniendo en marcha en nuestro servicio desde comienzos del año 2018, además de que se ha puesto en marcha la Historia Clínica Electrónica del Embarazo.

Con el objetivo de informar a las pacientes de todos estos avances, se propone actualizar el folleto informativo que les facilitamos en la primera visita, además de realizar versiones en diferentes idiomas y en un lenguaje más comprensivo que el documento actual.

Un gran porcentaje de pacientes no acuden correctamente a las visitas concertadas, fallando sobre todo a los pasos a seguir en el Diagnóstico prenatal de cromosomopatías, entre otros motivos por lo complicado de los pasos a seguir y la dificultad en explicarlo. La intención de dar la información por escrito en un folleto claro y en lenguaje sencillo para la paciente sería facilitar el cumplimiento de las visitas en el embarazo.

Otra demanda actual, es la humanización en la atención al parto, reflejada en muchas ocasiones en planes de parto que traen las pacientes en los cuales figura como una demanda cada vez mayor, el conocimiento de las instalaciones de Partitorio. Con el objetivo de que se sientan más cómodas en ese proceso, se propone la grabación de un vídeo y difusión en las clases de preparación al parto, sobre el proceso y entorno de desarrollo de un parto normal en nuestro medio.

3.2.- Oportunidades de Mejora para 2018

Actualizar la información dada a las gestantes de nuestro medio en base a los cambios realizados en el último año en cuanto al control de embarazo.

Realizar folletos informativos en diferentes idiomas.

Realizar un vídeo explicativo informando sobre las instalaciones donde se realizará el parto, para que les sea más familiar en el momento de acudir a Urgencias.

Crear un grupo de información a las gestantes en las últimas visitas del embarazo, sobre el desarrollo habitual del parto.

RESULTADOS ESPERADOS

-Crear un tríptico informativo sobre el control de embarazo

-Traducirlo a varios idiomas

-Suministrarles las recomendaciones de la SEGO disponibles en la historia clínica electrónica del embarazo

-Realizar un vídeo explicativo sobre la atención al parto

-Mejorar la satisfacción de las usuarias

MÉTODO

-Realización de tríptico informativo.

-Traducción del mismo a varios idiomas.

-Creación de vídeo explicativo sobre el proceso del parto.

-Distribución del vídeo a las consultas de matrona de Atención Primaria.

-Creación de una consulta en grupo a las embarazadas para información sobre el proceso del parto.

INDICADORES

-% de pacientes que acuden correctamente a la primera visita

-% de pacientes que se realizan correctamente el cribado combinado de primer trimestre

-% de pacientes que acuden a preparación al parto a su matrona de Atención Primaria

Los datos se obtendrán por:

-Encuesta de satisfacción a las pacientes.

-Recogida de los datos de Diagnóstico prenatal por medio del programa Excel del servicio y de la historia clínica electrónica del embarazo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0728

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO

DURACIÓN

Mayo- Septiembre de 2018: realización del tríptico, del video y de las encuestas de satisfacción
Septiembre de 2018- Enero de 2019: recogida de datos de las encuestas de satisfacción
Septiembre 2018: reunión con matronas para consultar dudas y entregarles el material realizado.
Enero 2019: revisión de resultados.

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 - 2018/0841

1. TÍTULO

CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LAS CESAREAS

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA ARRIBAS MARCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ MARTINEZ SARA
PROCAS RAMON BEATRIZ
PEREZ MUÑOZ ANA
MORENO LAMANA VIRGINIA
CARRERAS CASANOVA VICTORIA
PEINADO BERZOSA RUTH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dos sesiones formativas en el Sº Ginecología y Obstetricia, en el que se debaten los términos para llevarlo a cabo, de acuerdo con otros Servicios implicados
Creación de un protocolo, pendiente de ser refrendado por Sº de Pediatría y Anestesia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Información del proyecto a los profesionales implicados
Puesta en marcha del CPP en cesáreas programadas y urgentes, a criterio de los profesionales implicados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendiente conseguir varios objetivos:

- La aprobación del protocolo conjunto en la comisión de revisores
- Recogida de datos, tras conseguir unificar criterios
- Incorporación al protocolo quirúrgico informativazo, en el apartado " observaciones"
- Inclusión en el conjunto de proyectos puestos en marcha en el Sº d Ginecología y Obstetricia, encuadrados en la consecución de IHAN (Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y lactancia)

Nuestro objetivo se fija en conseguir la aplicación del CPP

- 100 % de las cesáreas programadas, que cumplan criterios
- Todas aquellas cesáreas urgentes que no contraindiquen su realización por motivos pediátricos o quirúrgicos

Para conseguir los objetivos fijados sería necesario ampliar el proyecto al menos 1 año, con el fin de ponerlo en conocimiento a todas las partes implicadas y conseguir la completa normalización del CPP en nuestra asistencia al parto por cesárea

7. OBSERVACIONES.

Se realiza cambio de 2 profesionales como coautores por finalización de contrato en el Servicio de un profesional y renuncia de otro profesional en el seguimiento de este proyecto por inicio como coautor en otro proyecto de calidad

*** ===== Resumen del proyecto 2018/841 ===== ***

Nº de registro: 0841

Título

CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LAS CESAREAS

Autores:

ARRIBAS MARCO MARIA TERESA, RUIZ MARTINEZ SARA, BRETON HERNANDEZ PATRICIA, PROCAS RAMON BEATRIZ, PEREZ MUÑOZ ANA, MORENO RUTIA ESTHER, AGUILAR DE MINGO CRISTINA, PEINADO BERZOSA RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque:-----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0841

1. TÍTULO

CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LAS CESAREAS

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El contacto piel con piel(CPP) con la madre es el hábitat natural del recién nacido y la lactancia materna el comportamiento programado para ese hábitat. Existen suficientes argumentos biológicos, fisiológicos, antropológicos y del neurocomportamiento que muestran que el contacto piel con piel, junto con la lactancia materna, representan el estado normal que permite la óptima adaptación de los recién nacidos de todas las especies al medio extrauterino. Cuando se deja espontáneamente al recién nacido piel con piel con su madre durante el tiempo suficiente(los primeros 70 minutos tras el parto), el recién nacido, que nada más nacer tiene una actitud de alerta, es capaz de restar hasta el pecho y hacer una succión correcta. Este hecho se relaciona con una mejor implantación y duración de la lactancia materna. Sin embargo, si no se aprovecha este momento, una vez transcurridas las 2- 3 primeras horas tras el nacimiento, el recién nacido entra en un periodo de somnolencia, está poco receptivo y no demanda pecho. Si el primer contacto entre madre y recién nacido se retrasa, será mucho más difícil el establecimiento de la lactancia y surgirán más problemas. Este proceso es frágil, requiere tiempo y puede alterarse si se interrumpe el contacto, aunque sean minutos. Numerosos estudios han demostrado la ausencia de riesgo y la existencia de claros beneficios del COL, tanto para el niño como para la madre

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: todas las gestantes a las que se realice cesárea, tanto programada como urgente, siempre que la situación materno fetal lo permita

Resultados: En colaboración con servicios de pediatría y anestesia, facilitar el contacto piel con piel en todas las cesáreas programadas e incorporación progresiva de CPP en las cesáreas urgentes, mejorar tasas de éxito de lactancia materna exclusiva al alta, disminución del número de ingresos de recién nacidos por hipoglucemia a la hora de vida

MÉTODO

Acciones previstas: Establecimiento de un protocolo conjunto con Servicio de Anestesia y Pediatría de CPP en las cesáreas programadas. Establecer criterios de inclusión para realizar CPP en cesáreas urgentes.

Recursos: Creación de un grupo de trabajo con responsables del Servicio de Anestesia, Pediatría, Obstetricia y Matronas. Charlas de formación a personal involucrado. Creación de un comité de lactancia materna junto con Servicio de Pediatría

Cambios previstos: ofrecer a todas las pacientes a las que se va a realizar una cesárea la posibilidad de contacto precoz piel con piel en condiciones óptimas. Mejorar tasa de lactancia materna exclusiva

INDICADORES

Número de pacientes que realizan CPP en cesáreas programadas
Número de pacientes que realizan CPP en cesáreas urgentes
Número de RN ingresados por hipoglucemia a la hora de vida
Número de pacientes con lactancia materna exclusiva al alta

Fuente de datos: recogida de datos desde el HOSPITAL doctor, revisando los informes de alta de Pediatría y Obstetricia. Revisión de resultados con una muestra aleatoria de recién nacidos por cesárea a las que se les realizó CPP frente a otra muestra de recién nacidos a los que no se realizó

DURACIÓN

Fecha de inicio del proyecto: inmediata

Responsables: todos los miembros del equipo

Duración prevista: 1 año para elaboración de protocolos, puesta en marcha y recogida de primeros resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0908

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESADA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA TABUENCA VICEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PADIN FABEIRO MARTA
REPOLLES LASHERAS SIRA
NARVION CARRODAN CAROLINA
BESCOS SANTANA ELENA
NASSAR MELIC NADIA
LAHOZ PASCUAL ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

No sé han podido realizar actividades, al estar pendiente de compra el catéter de Word

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se han podido alcanzar resultados, al estar pendiente de compra el catéter de Word

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se encuentra pendiente de compra el catéter de Word

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/908 ===== ***

Nº de registro: 0908

Título
UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESADA DE ZARAGOZA

Autores:
TABUENCA VICEN CRISTINA, PADIN FABEIRO MARTA, REPOLLES LASHERAS SIRA, NARVION CASORRAN CAROLINA, BESCOS SANTANA ELENA, NASSAR MELIC NADIA, LAHOZ PASCUAL ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología más frecuente de la glándula de Bartholino es el absceso, que en ocasiones se produce tras la obstrucción del conducto de drenaje de la glándula y la formación de un quiste. El 3% de las mujeres sufrirá esta patología en algún momento de su vida, siendo la edad más frecuente de aparición clínica entre los 20 y los 29 años.

Estos abscesos suelen ser polimicrobianos y pueden ser producidos tanto por gérmenes aerobios como anaerobios, pero el tratamiento antibiótico no es suficiente para su resolución, precisando el drenaje del mismo en numerosas ocasiones.

En nuestro servicio, el absceso de la glándula de Bartholino ocupa tiempo y recursos de la consulta de urgencias de ginecología, del quirófano y de una cama hospitalaria durante el ingreso de la paciente para su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0908

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

drenaje quirúrgico.

Todo el proceso supone una carga económica para el sistema de salud. El tratamiento inicial (Grado 2c de evidencia) y de elección en otros países (EEUU y Australia) es la fistulización con catéter de Word, de forma ambulatoria, en consulta, procediendo al drenaje y la marsupialización en quirófano sólo en caso de fracaso o recidiva .

El procedimiento de inserción es ambulatorio, realizando una incisión de 5 mm con anestesia local, drenaje, limpieza y colocación del catéter con 3 ml de suero La curación promedio es en torno a las tres semanas, manteniendo un máximo entre 4 y 6 .

Las recidivas se producen entre un 4 y 10% a los 6 meses, siendo menores que el drenaje solo.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es introducir en nuestro servicio el catéter de Word para drenaje del absceso de la glándula de Bartholino de forma ambulatoria en la consulta de urgencias y posterior seguimiento en consulta de ginecología.

Se evitará el ingreso de la paciente, la ocupación del quirófano y la estancia hospitalaria posterior, minimizando las molestias para la paciente, y la carga económica para el sistema sanitario.

MÉTODO

Se establecerá un protocolo para la inserción del catéter, y posterior seguimiento de la paciente en consulta de ginecología para reevaluar la clínica, valoración de la extracción del drenaje y seguimiento de futuras recidivas.

INDICADORES

- Número de catéteres de Word colocados en urgencias.
- Número de visitas en consulta de ginecología valorando la tolerancia, la clínica y el momento de la extracción.
- Número de recidivas.
- Número de drenajes y marsupializaciones en quirófano por fracaso o recidiva

DURACIÓN

- Inicio con la compra del catéter de Word y adiestramiento del personal para su colocación.
- Registro de los casos y colocación en urgencias.
- Registro de los casos en consulta: expulsión, extracción correcta.
- Registro del número de recidivas.
- Registro del número de intervenciones en quirófano.
- Valoración a lo largo del año 2018, con inicio en junio de 2018.
- Valoración a lo largo de dos años.
- Comparación de resultados de la nueva técnica ambulatoria respecto a la anterior quirúrgica con ingreso de años previos .

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 - 2018/0936

1. TÍTULO

CONTROL DE GESTANTE DIABETICAS INTRAPARTO

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ANA EZQUERRA GIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OROS LOPEZ DANIEL
CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN
TEJERO SANCHO SUSANA
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ
POLO OLIVEROS LAURA
HIERRO ESPINOSA CRISTINA
MAINAR JOSA GEMA LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Creación conjunta con endocrinología de un protocolo de control glucémico y administración de insulina intraparto en dependencia de cifras glucémicas. Todo ello según el tipo de diabetes bien sea pregestacional, gestacional con o sin insulino terapia.
Creación de algoritmos de control glucémico de la gestante diabética durante el ingreso de parto, tanto en el periodo preparto, como durante el trabajo de parto y el puerperio hospitalario. Dichos algoritmos sirven para el control de las pacientes en planta de hospitalización y área de paritorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Unificación de criterios a la hora del manejo de insulino terapia y control glucémico durante el trabajo de parto y puerperio. Desde su implementación el cumplimiento de dicho protocolo ha sido del 100% de las pacientes que precisan dicho control.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Disminución de la variabilidad clínica en el manejo de las pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/936 ===== ***

Nº de registro: 0936

Título
CONTROL DE GESTANTE DIABETICAS INTRAPARTO

Autores:
EZQUERRA GIMENEZ ANA MARIA, OROS LOPEZ DANIEL, CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN, TEJERO SANCHO SUSANA, ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ, POLO OLIVEROS LAURA, HIERRO ESPINOSA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Iniciamos este proyecto de Calidad con el objetivo de unificar criterios junto con el Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico, para el manejo de la Diabetes intraparto.
Los profesionales que trabajan en la Unidad de Paritorio creen necesario reevaluar el control que hasta ahora se hace de las gestantes diabéticas en trabajo de parto.
Las pacientes a controlar son las gestantes diabéticas insulino dependientes previas a la gestación y las gestantes diabéticas durante la gestación con o sin Insulina.
Se pretende actualizar el control de las mismas y unificar pautas de control y tratamiento por parte del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0936

1. TÍTULO

CONTROL DE GESTANTE DIABETICAS INTRAPARTO

personal de Enfermería de planta, matronas de paritorio y médicos del Servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

El principal objetivo es la unificación del control y tratamiento de la Diabética gestante en el parto, elaborando un protocolo común.

Transmitirlo y afianzarlo como uso habitual y diario por parte de todo el personal del Servicio.

Conseguir un óptimo control de glucemias, un adecuado uso de la Insulina, evitar hipoglucemias intraparto, evitar hipoglucemias en el neonato, manejar correctamente la fluidoterapia necesaria.

En definitiva, tener un procedimiento común de manejo intraparto.

MÉTODO

Elaboración de Procedimiento actualizado y unificado con Servicio de Endocrinología, con el objetivo de optimizar el control de las gestantes diabéticas en fase de parto.

Participación del personal del Servicio adscrito a Obstetricia, personal de guardias, Servicio de Endocrinología y Enfermería.

Recursos: Reuniones del personal involucrado en el Procedimiento. Aplicación del protocolo por el personal implicado en la atención al parto.

INDICADORES

Tasa de pacientes con correcto control de glucemias: Registro en Gacela. Alcanzar 80%, Máx 100 %, mín 50%

Tasa de hipoglucemias maternas intraparto: Registro en partograma. Alcanza r80 %, Máx %, mín 50 %

Tasa de correcto manejo de la fluidoterapia: Registro en partograma. Alcanza r80 %, Máx %, mín 50 %

Tasa de pacientes con correcto manejo de la Insulina pre y postparto: Control glucemias en planta registrado en Gacela. Alcanzar 80 %, Máx %, mín 50 %

Tasa de correcto manejo de la Insulina Intraparto: Registro de control de glucemias en partograma. Alcanzar %, Máx %, mín %

Tasa de hipoglucemias en neonato: Registro en nidos. Alcanzar %, Máx %, mín %

DURACIÓN

Inicio: Inmediato

Calendario: Revisión anual y seguimiento posterior.

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 - 2018/0971

1. TÍTULO

HIDRATACION ORAL INTRAPARTO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE RUTH PEINADO BERZOSA
· Profesión MATRONA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MORENO RUTIA ESTHER
DE DIEGO ALLUE MARIA ELENA
EZQUERRA GIMENEZ ANA
POLO BARDINA ESTHER
ALBA GIMENEZ LAURA
AZCARATE PARDOS CRISTINA
BENITO NAVERAC HELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- JUNIO 2018: Se realizó una sesión clínica exponiendo la evidencia sobre el tema con el objetivo de informar e implicar al equipo multidisciplinar del Servicio de Obstetricia en el desarrollo del proyecto.
- JUNIO 2018: Reunión de equipo y reparto de tareas.
- JULIO - AGOSTO 2018: Se elabora hoja de recogida de datos, hoja de registro de control de ingesta, consentimiento informado y encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto ha requerido más tiempo para su elaboración y puesta en marcha del que estaba previsto en el calendario inicial por lo que continuará durante el año 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto será muy positivo para la gestante, mejorará la experiencia sobre su parto al favorecer que tenga una mayor participación y control sobre el proceso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/971 ===== ***

Nº de registro: 0971

Título
HIDRATACION ORAL INTRAPARTO

Autores:
PEINADO BERZOSA RUTH MARIA, AGUILAR DE MINGO CRISTINA, MORENO RUTIA ESTHER, PEREZ SORBE CRISTINA, EZQUERRA GIMENEZ ANA MARIA, DE DIEGO ALLUE MARIA ELENA, PELIGERO DEZA JAVIER, POLO BARDINA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente las mujeres desean una mayor participación y control en su parto, sociedades científicas relacionadas con este tipo de proceso asistencial están realizando protocolos y guías de atención al parto, pretendiendo eliminar prácticas innecesarias y la utilización de otras alternativas.
En los países industrializados, el miedo a una aspiración de contenido gástrico durante una anestesia general (Síndrome de Mendelson) justifica el ayuno en el trabajo de parto, sin embargo la evidencia actual existente afirma que para el parto normal, de bajo riesgo, no existe necesidad de restringir la ingesta, la cual está asociada a complicaciones materno-fetales. Es por ello que en nuestra práctica habitual existen diferentes puntos de vista en cuanto a la alimentación e hidratación en trabajo de parto y observamos que a un número

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0971

1. TÍTULO

HIDRATACION ORAL INTRAPARTO

elevado de gestantes la restricción de la ingesta les supone una experiencia desagradable. Estos cambios pueden ser llevados a cabo con poco o ningún coste simplemente ofreciendo ingestión de bebidas isotónicas y líquidos claros en intervalos frecuentes, mejoraría la calidad del servicio, los resultados de la obstetricia y la experiencia que las mujeres tienen del parto.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general

- Adecuar las recomendaciones actuales en cuanto a ingesta hídrica en nuestro servicio.

Objetivos específicos

- Conocer los efectos y beneficios de la ingesta oral durante el trabajo de parto en nuestras gestantes

- Describir los resultados metabólicos, obstétricos y neonatales relacionados con la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto en gestantes de bajo riesgo.

Aumentar el grado de satisfacción de las gestantes a las que se les ha permitido la ingesta intraparto mejorando la calidad asistencial.

Comprobar las preferencias de la mujer en cuanto a la ingesta de unos líquidos frente a otros.

MÉTODO

En los partos no intervenidos y bajo supervisión médica la parturienta podrá ingerir infusiones, bebidas isotónicas o agua en cantidades máximas de 150-200ml /h siempre que lo deseen. Existirá un registro de los líquidos administrados.

Los criterios de inclusión serán gestantes a término y de bajo riesgo en fase activa de parto a las que se les ofertará bajo consentimiento informado la toma de líquidos.

Si aparecen factores de riesgo materno fetales se valorará su exclusión.

Realización de encuesta de satisfacción tipo Likert durante el puerperio inmediato.

INDICADORES

- % N° y frecuencia de aparición vómitos en mujeres con ingesta oral.

- % de mujeres satisfechas con la hidratación oral.

- % de broncoaspiración materna tras una anestesia general en mujeres hidratadas por vía oral.

- % de hipoglucemias en neonatos a la hora de vida.

DURACIÓN

Junio 2018: sesión clínica sobre el tema exponiendo la evidencia científica actual.

- Junio 2018: primera reunión de equipo, reparto de tareas.

- Julio - Agosto 2018: elaboración hoja de registro de control de ingesta de líquidos, del consentimiento informado y de las encuestas de satisfacción.

- Septiembre 2018 - Mayo 2019: sesión informativa al servicio y puesta en marcha del proyecto.

- Mayo 2019: reunión evaluadora del proyecto.

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 - 2018/0976

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, REVISION Y MEJORA DEL PLAN DE PARTO EN EL H.C.U LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ESTHER MORENO RUTIA
· Profesión MATRONA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ SORBE CRISTINA
MAINAR JOSA GEMA LUCIA
GIL LOSILLA REBECA
AGUILAR DE MINGO CRISTINA
ARRIBAS MARCO MARIA TERESA
MORENO SANCHEZ VICTOR
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión de planes de parto de hospitales de diferentes comunidades autónomas avalados por el Ministerio de Sanidad (septiembre 2018).
- Revisión de guías de práctica clínica.
- Elaboración de modelo de plan de parto adaptado a nuestro centro y sus circuitos asistenciales (septiembre-octubre 2018)
- Sesión informativa al equipo implicado en informar a las gestantes y sus parejas solicitantes de plan de parto en nuestro centro (Atención Especializada). octubre 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Pendiente sesiones informativas al personal de Atención Primaria.
- Pendiente de recogida y análisis de datos de encuestas realizadas a las gestantes implicadas.
- Pendiente implementación y puesta en marcha del nuevo documento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Pendiente sesiones informativas al personal de Atención Primaria.
- Pendiente de recogida y análisis de datos de encuestas realizadas a las gestantes implicadas.
- pendiente implementación y puesta en marcha del nuevo documento

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/976 ===== ***

Nº de registro: 0976

Título
ACTUALIZACION, REVISION Y MEJORA DEL PLAN DE PARTO EN EL H.C.U. LOZANO BLESA

Autores:
MORENO RUTIA ESTHER, MAINAR JOSA GEMA LUCIA, CASTRO FERNANDEZ ESMERALDA, GIL LOSILLA REBECA, ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ, ARIBAS MARCO MARIA TERESA, AGUILAR DE MINGO CRISTINA, PEREZ SORBE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestro Sistema Nacional de Salud, la estrategia de 2007 de atención al parto normal, impulsó una profunda transformación en el modelo de atención al parto. Este cambio pretende un modelo cuyos principios rectores serían la consideración del parto como un proceso fisiológico y la necesidad de ofrecer una atención personalizada e integral, así como el derecho a la información y a la toma de decisiones informadas que la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0976

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, REVISION Y MEJORA DEL PLAN DE PARTO EN EL H.C.U LOZANO BLESA

legislación reconoce a las mujeres. En diciembre de 2011, el Ministerio de Sanidad publica el primer plan de parto y nacimiento, documento que se aconseja sea elaborado conjuntamente con su matrona, y constituye un importante apoyo institucional tanto para las mujeres como para los profesionales en su actividad diaria.

El HCU dispone de un documento informativo sobre el plan de parto, pero a nuestro parecer y según nuestra experiencia no incluye toda la información que la mujer demanda, ni mejoras llevadas a cabo en nuestro servicio en los últimos años en la atención en el proceso de nacimiento. Actualmente nos encontramos con mujeres que acuden con expectativas irreales y un sentimiento de hostilidad hacia nuestro trabajo, aconsejadas por personal no cualificado o no correctamente informado. La mayoría desconocen la realidad en la prestación de nuestra asistencia, y es por ello que consideramos fundamental una actualización de la documentación existente

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la calidad de la información que reciben las gestantes, adaptando las recomendaciones existentes a la asistencia al nacimiento de nuestro hospital.
- Establecer un correcto enlace entre niveles asistenciales para agilizar y facilitar el acceso a nuestra consulta.
- Favorecer la sensación de seguridad y confianza de la usuaria creando un vinculo previo con nuestras instalaciones y protocolos asistenciales.

MÉTODO

- Informar a las matronas de atención primaria y especializada para mejorar el circuito de derivación mediante sesiones informativas en las reuniones de sector.
- Actualización del documento existente en el HCU sobre plan de parto incluyendo asimismo un apartado para que la gestante exprese sus necesidades.
- Elaboración de encuestas

INDICADORES

Encuesta de satisfacción a la gestante preparto:

- expectativas previas
- encuesta de satisfacción respecto de la información recibida.

Encuesta postparto:

- satisfacción tras el parto: escala CONFORT

DURACIÓN

- Septiembre-octubre 2018: difusión de la información en atención primaria y especializada.
- Diciembre 2018: puesta en marcha en nuestra consulta de fisiopatología fetal
- Seguimiento y recogida de encuestas
- Junio 2019: evaluación 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 - 2018/0978

1. TÍTULO

PROTOCOLO ATENCION AL DUELO PERINATAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION H.CLINICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE GEMA LUCIA MAINAR JOSA
· Profesión MATRONA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ CUÑADO ANA ISABEL
ALVAREZ ALONSO MARIA BEATRIZ
MANGLANO ALONSO FLAVIA
CALVO CAROD PILAR
RODRIGUEZ SANCHEZ MARIA AURORA
PADIN FABEIRO MARTA
GRACIA PELIGERO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HAN LLEVADO A CABO REUNIONES DE LOS MIEMBROS DE TRABAJO Y RECOPIACION DE MATERIAL DE OTROS CENTROS QUE YA TIENEN INSTAURADO PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE DUELO FETAL E INICIAR PROTOCOLO DE HCU.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Estandarizar la toma de muestras maternas, fetales y de placenta según protocolo vigente desde 2017
- Esquematisar trámites administrativos
- Crear perfil analítico de óbito fetal en HUMS y HCU.
- Iniciar formación del equipo en el trato a la pareja que inicia el proceso de duelo.
- Iniciar protocolo de atención al duelo perinatal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Reunión trimestral de actualización y modificaciones al protocolo.
- Posponer jornada de sensibilización del personal hasta finalización del protocolo y aprobación del mismo en el servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/978 ===== ***

Nº de registro: 0978

Título
PROTOCOLO ATENCION AL DUELO PERINATAL EN SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION H.C.U. LOZANO BLESIA

Autores:
MAINAR JOSA GEMA LUCIA, MARTINEZ CUÑADO ISABEL, ALVAREZ ALONSO BEATRIZ, MANGLANO ALONSO FLAVIA, PADIN FABEIRO MARTA, VICO RUBIO PILAR, RODRIGUEZ SANCHEZ AURORA, GRACIA PELIGERO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde hace unos años existe un movimiento social que demanda la visibilización de la pérdida perinatal con la consiguiente desaparición de tabúes y nos exige, al sistema sanitario, una mejor formación y sensibilización de todo el personal implicado cuando tratamos a las familias que pasan por esta situación. Existen circunstancias relacionadas con la pérdida que pueden modificar el duelo perinatal, como la edad gestacional (EG) en el momento de la pérdida, las reacciones de los profesionales y su actuación, tanto en el momento en que se diagnostica la muerte

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0978

1. TÍTULO

PROTOCOLO ATENCION AL DUELO PERINATAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION H.CLINICO UNIVERSITARIO

fetal como en el momento del nacimiento, al alta hospitalaria e incluso en consultas ambulatorias posteriores. En otros centros, la puesta en marcha de proyectos de esta índole ha mejorado notablemente la experiencia de las parejas, disminuyendo el número de duelos patológicos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Humanizar la asistencia prestada, a la mujer y su pareja, en situaciones de muerte perinatal, mediante la elaboración de un protocolo con recomendaciones de actuación que facilite el acompañamiento durante dicho proceso en su paso por la unidad de urgencias y hospitalización.
2. Proporcionar a los profesionales sanitarios los conocimientos necesarios sobre la asistencia ante la muerte perinatal.
3. Disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados.
4. Concienciar sobre la importancia del papel de los profesionales en la elaboración del duelo perinatal.

MÉTODO

Elaboración de protocolo de atención al duelo perinatal en urgencias y hospitalización por parte de grupo multidisciplinar.

Elaboración de materiales (tras análisis de la situación y de las necesidades de nuestro servicio) díptico, check list de enfermería....

Jornada de formación y sensibilización para el personal implicado en la atención a las familias.

INDICADORES

Elaboración del protocolo

Difusión del mismo entre el personal implicado

A los seis meses de su implantación encuesta de satisfacción al personal sanitario con recogida de sugerencias y subsanación de posibles errores.

Los criterios de evaluación del protocolo y sus indicadores están pendientes de definirse.

DURACIÓN

Duración: un año, finalización mayo del 2019.

Calendario: Junio 2018 reunión puesta en común, reparto de materiales relacionados con el tema, análisis de la situación actual en nuestro centro.

Septiembre 2018 reunión con personal del HMS presentando sus protocolos y materiales propios.

Septiembre 2018 comienzo de reuniones para la elaboración del protocolo con periodicidad mensual.

Mayo 2019 jornada de formación -sensibilización para el personal del HCU con presentación del protocolo y de materiales auxiliares.

OBSERVACIONES

Al ser elaborado por un grupo multidisciplinar uno de los objetivos es que este protocolo sirva de punto de partida para la elaboración de otros relacionados con el tema, igual de necesarios para el abordaje del duelo perinatal en nuestro centro, buscando siempre la implicación de distintos profesionales.

Por ejemplo:

Atención al duelo en situaciones de pérdida fetal en la unidad de dilatación-paritorio,

Atención en las consultas ambulatorias-atención primaria

Documentación requerida y adecuada cumplimentación de la misma en casos de pérdida perinatal.....

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 - 2018/0978

1. TÍTULO

PROTOCOLO ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN H.C.U.

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE GEMA LUCIA MAINAR JOSA
· Profesión MATRONA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALVAREZ ALONSO MARIA BEATRIZ
MANGLANO ALONSO FLAVIA
RODRIGUEZ SANCHEZ MARIA AURORA
PADIN FABEIRO MAERTA
GRACIA PELIGERO EVA MARIA
LUNA TOLOSA ELENA
MARTINEZ CUÑADO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se detecta la necesidad de organizar y analizar la atención a la mujer que ingresa por Muerte Perinatal. Existe un desconocimiento de como relacionarse con este tipo de pacientes ante una situación de duelo tan importante, así como distribuir tareas entre el equipo multidisciplinar

Se han realizado 3 fases:

- 1ª reunión multidisciplinar para abordar el tema desde cada visión profesional
- 2ª Distribuir tareas desde su ingreso desde el servicio de urgencias de la 4ª planta, paso a planta de Ginecología hasta el alta de la paciente
- 3ª Realizar un resumen de actuación para distribuir a todo el personal

Se evaluará el proceso al año

Cada grupo profesional elabora un dossier para compartir en carpeta Drive

-Psicosomática

- Médicos

- Matronas de urgencia y planta

- Enfermeras planta de gine (donde ingresan estas pacientes)

- Trabajadora social

- Supervisoras (Trámites administrativos y recolección de toda la información en dossier y esquema de actuación)

Se crean subgrupos de trabajo para que se realice un resumen al resto de profesionales del grupo de trabajo y luego extrapolarlo a todo el personal. Se realizan reuniones bimensuales para ir solucionando problemas encontrados.

Durante el año aparecen casos nuevos y se van aplicando las propuestas para que el proceso de evaluación sea continuo y efectivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Antes de la muestra al resto de personal se realiza una reunión para que cada grupo de trabajo muestre su parte.

Se ha creado un dossier resumen y un algoritmo de actuación.

La evaluación final será durante 2020

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo multidisciplinar mejora la satisfacción personal y laboral. Lo práctico es resumir y transmitir lo aprendido

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/978 ===== ***

Nº de registro: 0978

Título
PROTOCOLO ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL EN SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN H.C.U. LOZANO BLESIA

Autores:
MAINAR JOSA GEMA LUCIA, MARTINEZ CUÑADO ISABEL, ALVAREZ ALONSO BEATRIZ, MANGLANO ALONSO FLAVIA, PADIN FABEIRO MARTA, VICO RUBIO PILAR, RODRIGUEZ SANCHEZ AURORA, GRACIA PELIGERO EVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0978

1. TÍTULO

PROTOCOLO ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN H.C.U.

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde hace unos años existe un movimiento social que demanda la visibilización de la pérdida perinatal con la consiguiente desaparición de tabúes y nos exige, al sistema sanitario, una mejor formación y sensibilización de todo el personal implicado cuando tratamos a las familias que pasan por esta situación. Existen circunstancias relacionadas con la pérdida que pueden modificar el duelo perinatal, como la edad gestacional (EG) en el momento de la pérdida, las reacciones de los profesionales y su actuación, tanto en el momento en que se diagnostica la muerte fetal como en el momento del nacimiento, al alta hospitalaria e incluso en consultas ambulatorias posteriores. En otros centros, la puesta en marcha de proyectos de esta índole ha mejorado notablemente la experiencia de las parejas, disminuyendo el número de duelos patológicos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Humanizar la asistencia prestada, a la mujer y su pareja, en situaciones de muerte perinatal, mediante la elaboración de un protocolo con recomendaciones de actuación que facilite el acompañamiento durante dicho proceso en su paso por la unidad de urgencias y hospitalización.
2. Proporcionar a los profesionales sanitarios los conocimientos necesarios sobre la asistencia ante la muerte perinatal.
3. Disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados.
4. Concienciar sobre la importancia del papel de los profesionales en la elaboración del duelo perinatal.

MÉTODO

Elaboración de protocolo de atención al duelo perinatal en urgencias y hospitalización por parte de grupo multidisciplinar.

Elaboración de materiales (tras análisis de la situación y de las necesidades de nuestro servicio) díptico, check list de enfermería....

Jornada de formación y sensibilización para el personal implicado en la atención a las familias.

INDICADORES

Elaboración del protocolo

Difusión del mismo entre el personal implicado

A los seis meses de su implantación encuesta de satisfacción al personal sanitario con recogida de sugerencias y subsanación de posibles errores.

Los criterios de evaluación del protocolo y sus indicadores están pendientes de definirse.

DURACIÓN

Duración: un año, finalización mayo del 2019.

Calendario: Junio 2018 reunión puesta en común, reparto de materiales relacionados con el tema, análisis de la situación actual en nuestro centro.

Septiembre 2018 reunión con personal del HMS presentando sus protocolos y materiales propios.

Septiembre 2018 comienzo de reuniones para la elaboración del protocolo con periodicidad mensual.

Mayo 2019 jornada de formación -sensibilización para el personal del HCU con presentación del protocolo y de materiales auxiliares.

OBSERVACIONES

Al ser elaborado por un grupo multidisciplinar uno de los objetivos es que este protocolo sirva de punto de partida para la elaboración de otros relacionados con el tema, igual de necesarios para el abordaje del duelo perinatal en nuestro centro, buscando siempre la implicación de distintos profesionales.

Por ejemplo:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0978

1. TÍTULO

PROTOCOLO ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN H.C.U.

Atención al duelo en situaciones de pérdida fetal en la unidad de dilatación-paritorio,
Atención en las consultas ambulatorias-atención primaria
Documentación requerida y adecuada cumplimentación de la misma en casos de pérdida perinatal.....

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 - 2018/0984

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 20/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES
POLO OLIVEROS LAURA
HIERRO ESPINOSA CRISTINA
ALVAREZ MARTINEZ ALICIA
GUARGA MONTORO MARIA
PEREZ-SERRANO ARTIGAS MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En la práctica clínica diaria del área de urgencias de ginecología y obstetricia se atienden a mujeres con abortos casi a diario. Es un diagnóstico frecuente tanto en urgencias como en consultas. Se está aplicando y ofreciendo cada vez a más mujeres el tratamiento médico, como opción alternativa al legrado, siempre que cumplan los criterios requeridos.
Se informa al servicio del nuevo protocolo de aborto y se aplica a diario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2017 se registraron en el área de urgencias 357 abortos, y en el año 2018 un total de 324. Del total de abortos de 2017, alrededor del 30% de los que se atendieron en urgencias fueron tratados de forma exitosa con tratamiento médico, y durante el 2018 han aumentado los tratamientos médicos, alcanzando alrededor del 35%. Disminución del número de legrados realizados en nuestro servicio, con un menor coste y menor estancia hospitalaria que ello implica.
Alta efectividad del tratamiento médico del aborto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El tratamiento médico del aborto es un tratamiento efectivo en el 90% de los casos, y es una alternativa segura y con menor coste que el tratamiento quirúrgico con legrado.
Debemos continuar aplicando el tratamiento médico del aborto para conseguir mejorar nuestros resultados.

7. OBSERVACIONES.
Se realizará próximamente nueva sesión en el servicio, ante la incorporación de nuevos facultativos al servicio, para que se continúe con el mismo procedimiento.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/984 ===== ***

Nº de registro: 0984

Título
TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Autores:
NARVION CASORRAN CAROLINA, SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES, POLO OLIVEROS LAURA, HIERRO ESPINOSA CRISTINA, ALVAREZ MARTINEZ ALICIA, GUARGA MONTORI MARIA, PEREZ-SERRANO ARTIGAS MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Eficiencia
Tipo de Objetivos ..: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar la asistencia clínica con un menor coste económico

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0984

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

El aborto de primer trimestre es un motivo de consulta muy frecuente tanto en consultas de obstetricia como en el servicio de urgencias de nuestro centro.

El aborto espontáneo clínico se produce en el 10-20% de los embarazos. La mayoría son preclínicos (60%) y por lo general ocurren antes de la semana 12 de gestación (85%).

El tratamiento del aborto puede ser expectante, médico o quirúrgico. El tratamiento médico consiste en la administración de 4 comprimidos de misoprostol (800 mcg) y evaluación posterior en consulta.

Actualmente el protocolo del tratamiento médico del aborto en nuestro servicio sigue los siguientes criterios:

- Aborto incompleto
- Embrión con CRL < 7mm
- Saco gestacional < 25mm

Estos criterios son algo restrictivos, y esto implica la realización de mayor número de legrados obstétricos, con las consecuentes implicaciones que conlleva: más coste sanitario, mayor número de ingresos hospitalarios, etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Fijar nuevos criterios de inclusión y exclusión para la realización del tratamiento médico del aborto y poder ofertarlo así a mayor número de mujeres que sufren un aborto de primer trimestre.

Se propone como indicación para el tratamiento médico los siguientes:

- abortos incompletos con restos < 30mm
- embrión con CRL <30 mm
- gestaciones anembrionadas

MÉTODO

Revisión del protocolo de tratamiento del aborto en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Aplicar los nuevos criterios para unificar actuaciones en Urgencias y de Consultas.

Acordar un algoritmo de actuación.

Definir claramente el papel a realizar por las personas implicadas.

Creación de un tríptico informativo para las pacientes.

Los criterios de inclusión en el nuevo protocolo serían los siguientes:

- gestación única
- amenorrea < de 10 semanas
- hemoglobina > o igual a 10g/dl y ausencia de coagulopatía
- consentimiento informado
- posibilidad de seguimiento en consulta

INDICADORES

- Número de tratamientos médicos pautados vs número de legrados obstétricos realizados en los quirófanos de urgencia durante la guardia.
- Número de hospitalizaciones debidas a la realización de legrados.
- Número de visitas a urgencias debidas a complicaciones o efectos secundarios del tratamiento médico.
- Número de consultas ambulatorias realizadas.
- Efectos secundarios de ambos tratamientos.
- Número de legrados necesarios por fracaso del tratamiento médico
- Comparar el coste entre tratamiento médico vs tratamiento quirúrgico.

DURACIÓN

Junio: Revisión del protocolo actual.

Junio: Presentación a los miembros del Servicio del nuevo protocolo.

Julio: Puesta en marcha del Protocolo actualizado.

Agosto: Recogida de datos durante 6 meses desde agosto-enero 2018.

Septiembre 2018: Creación de un tríptico informativo que aclare dudas sobre el tratamiento.

Octubre 2018. Creación de encuestas de satisfacción para als pacientes.

Enero 2019: Revisión de los datos recogidos y presentación a los miembros del Servicio.

OBSERVACIONES

El tratamiento médico del aborto tiene una alta tasa de éxito (70-80%) y tiene un menor coste económico respecto al tratamiento quirúrgico con legrado.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0984

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

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 - 2018/1108

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA OFERTA NORMALIZADA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION (LARC) DE NUEVOS DISPOSITIVOS KYLEENA Y OCON EN LA CONSULTA DE ANTICONCEPCION DE INOCENCIO JIMENEZ

Fecha de entrada: 14/02/2019

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
LAHOZ PASCUAL ISABEL
CALVO CAROD PILAR
GABASA GORGAS LOURDES
ARIÑO MONEVA ELENA
PROCAS RAMON BEATRIZ
NARVION CASORRAN CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Disponibilidad de los dispositivos en farmacia hospitalaria y en almacén para realizar petición reglada
Ampliar información a personal de atención Primaria, especialmente a matronas para incluir los nuevos dispositivos en el consejo anticonceptivo
Adiestramiento en su inserción a los facultativos que así lo requieran

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente se encuentran a disposición de todos los centros que así lo soliciten en las farmacias hospitalarias de toda la comunidad autónoma
Todos los facultativos que requieran un dispositivo de este tipo para su inserción, lo tienen a su disposición en su consulta a demanda
La disponibilidad de estos nuevos dispositivos es conocida por el personal de atención primaria y se incluye en la información sobre consejo anticonceptivo que se presta a las mujeres que lo solicitan en A. Primaria.
No se han detectado dificultades especiales en la técnica de inserción por parte de los ginecólogos de la comunidad autónoma
En el momento actual se considera que la oferta de estos nuevos dispositivos está "normalizada" y se incluye en el consejo anticonceptivo, con lo cual la elección por parte de la usuaria se realiza en las mismas condiciones que el resto de los dispositivos ya existentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La comunicación fluida entre los profesionales de especializada y especialmente, colaboración de matronas y médicos de atención primaria, facilita la inclusión de nuevas técnicas, dispositivos o prestaciones en materia de anticoncepción de forma rápida y eficaz. La homogeneización de la asistencia en toda la comunidad, la existencia de vías de derivación y circuitos estandarizados claros y la formación continuada de los profesionales sanitarios, ha sido fundamental para la inclusión de dispositivos de última generación
Asimismo es fundamental la financiación de estos métodos para una elección sin sesgos de los nuevos dispositivos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1108 ===== ***

Nº de registro: 1108

Título
INCLUSION EN LA OFERTA NORMALIZADA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION (LARC) DE NUEVOS DISPOSITIVOS KYLEENA Y OCON EN LA CONSULTA DE ANTICONCEPCION DE INOCENCIO JIMENEZ

Autores:
REPOLLES LASHERAS SIRA, GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE, LAHOZ PASCUAL ISABEL, CALVO CAROD PILAR, GABASA GORGAS LOURDES, ARIÑO MONEVA ELENA, PROCAS RAMON BEATRIZ, NARVION CASORRAN CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1108

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA OFERTA NORMALIZADA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION (LARC) DE NUEVOS DISPOSITIVOS KYLEENA Y OCON EN LA CONSULTA DE ANTICONCEPCION DE INOCENCIO JIMENEZ

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: prevención embarazo no deseado
Línea Estratégica .: Anticoncepción
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el marco del Programa de Atención Anticonceptiva de Aragón, se contempla realizar en el curso del Consejo Anticonceptivo, la oferta gratuita de todos los métodos anticonceptivos de larga duración, para su inserción a toda paciente que lo desee.
En el último año se han comercializado nuevos dispositivos con indicaciones diferentes y que consideramos que se deben incluir en el consejo y la oferta de forma normalizada

RESULTADOS ESPERADOS

En un año, se pretende incluir de forma normalizada la oferta e inserción de los nuevos dispositivos a TODAS las pacientes que lo deseen, que acudan a consulta de Anticoncepción de Inocencio Jimenez.
La oferta es para todas las mujeres en edad fértil del área III.

MÉTODO

Disponibilidad de los dispositivos en farmacia hospitalaria y en almacén para realizar petición reglada
Ampliar información a personal de atención Primaria, especialmente a matronas para incluir los nuevos dispositivos en el consejo anticonceptivo
Adiestramiento en su inserción a los facultativos que así lo requieran

INDICADORES

Registro de datos de pacientes a las que se inserte nuevo dispositivo (Perfil de paciente)
Evolución de la curva de solicitud de dispositivos conforme iniciamos oferta de éstos
Normalización de las peticiones con previsión mensual en 1 año

DURACIÓN

Los responsables de la implantación, serán los facultativos que atiendan la consulta de Anticoncepción de Inocencio Jimenez, cuya oferta es diaria.
Comprobaremos datos en un año natural, desde primer dispositivo nuevo que se coloque
Previamente realizaremos campaña informativa de nueva oferta, mediante correo a los coordinadores de Centros de Salud de Atención Primaria para que los oferten a las pacientes que solicitan Consejo Anticonceptivo

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 - 2018/1151

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)

Fecha de entrada: 28/01/2019

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.

RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL
CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA
SARTAGUDA ALABART MIREYA
GOMEZ OPIC CONCEPCION
NASSAR MELIC NADIA
TABUENCA VICEN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los partos vaginales con un desgarro superior a IIIa han sido remitidos para valoración esfinteriana a la Sección de Cirugía de Suelo Pélvico para diagnóstico de lesión, rehabilitación y posterior seguimiento por la Sección de Ginecología Suelo Pélvico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 75% de los partos con lesión han entrado dentro del protocolo de seguimiento.
El control de demoró inicialmente debido a la falta de disposición de Ecografo para dicho diagnóstico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las pacientes se han mostrado muy agradecidas por su seguimiento, diagnóstico, rehabilitación y apoyo.
Es importante continuar con dicho proyecto para mejora de la calidad de vida de nuestras pacientes y fomentar la interrelación entre especialidades con un objetivo de mejora común.

7. OBSERVACIONES.

Aunque el 75% de las pacientes han sido derivadas para llevar a cabo este protocolo sólo el 45% a día de hoy lo han concluido por la demora en la adquisición de un nuevo ecógrafo para su diagnóstico.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1151 ===== ***

Nº de registro: 1151

Título
PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)

Autores:
BESCOS SANTANA ELENA, RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL, CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA, ELIA GUEDEA MANUELA, SARTAGUDA ALABART MIREYA, GOMEZ OPIC CONCEPCION, NASSAR MELIC NADIA, TABUENCA VICEN CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Parto es un factor determinante en la perdida de funcionalidad del suelo pélvico. Las estructuras de soporte del suelo pélvico pueden dañarse por los desgarros, la distensión de los músculos y la fascia o por la lesión distal de los nervios.
El 15-30% de las mujeres que tienen un parto presentan una lesión significativa del músculo elevador del ano. El desgarro del musculo elevador del ano está relacionado con la edad materna en el primer parto.
La importancia de la lesión parcial del musculo elevador del ano es incierta, no así del desgarro completo que se relaciona con una pérdida en la fuerza de contracción del musculo, así como con los signos y síntomas de prolapso.

El Parto se asocia de forma independiente tanto con las lesiones del esfínter anal como con la desinserción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1151

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)

del músculo pubococcigeo, siendo estas lesiones significativamente más frecuentes en el parto asistido con fórceps que en el parto espontáneo.

Se estima que aproximadamente el 80-85% de las mujeres tienen alguna forma de lesión perineal durante el Parto (desgarro o episiotomía) y de ellas, aproximadamente el 70% precisan sutura. La relación de causalidad entre los desgarros del esfínter anal y la incidencia de incontinencia anal (IA) en el posparto está demostrada y aunque la lesión se reconozca y se repare en el parto, un porcentaje elevado de mujeres presentan síntomas de IA en el posparto. La frecuencia referida difiere según el tipo de parto, el peso del feto, la paridad, la necesidad de episiotomía y de si el diagnóstico es clínico en el paritorio o mediante ecografía endoanal de forma diferida.

Si la evaluación de la lesión esfinteriana se realiza mediante ecografía endoanal en vez de por exploración clínica en el paritorio, el porcentaje de mujeres afectadas tras un parto aumenta desde cero hasta el 35%. Las que han tenido un parto previo, pasan del 40% al 44%. Las pacientes con cesáreas no presentan aumento en su porcentaje de afectación esfinteriana. Esto hizo pensar en la posible lesión oculta del esfínter anal, aunque este hecho no se ha referendado en trabajos posteriores donde se apreció que las lesiones más que ocultas, eran infravaloradas en el paritorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es un correcto control de la reparación de desgarros del esfínter anal.

Tras la correcta reparación del esfínter externo, entre el 60 y el 80% de las mujeres permanecen asintomáticas al año. En las que presentan sintomatología, los síntomas más frecuentes son la incontinencia de gases y la urgencia defecatoria. Además, se encuentran lesiones ecográficas persistentes hasta en el 40% de mujeres asintomáticas.

Por ello queremos controlar a nuestras pacientes y ofrecer rehabilitación en aquellas pacientes sintomáticas o con factores de riesgo para sufrir incontinencia anal o de gases en el futuro.

MÉTODO

Tras una lesión perineal de 3er o 4º grado se realizará un seguimiento específico:

- Al alta, informar de la necesidad de un hábito evacuatorio saludable y evitar el estreñimiento.
- Recomendar la realización de ejercicios de Kegel (administrar hoja informativa)
- Citar visita de cuarentena con obstetra en "Consulta de Puerperio Patológico".
- Valoración de síntomas ano-rectales y otros síntomas uro-ginecológicos
- Valoración incontinencia urinaria: ICQ-IU-SF
- Valoración incontinencia fecal: escala de Wexner
- Exploración pélvica .
- Valoración del tono en reposo y de la capacidad contráctil del esfínter anal (tacto rectal en reposo y ante maniobra defecatoria inhibitoria)
- Valoración de estado de cicatrices y puntos de dolor
- Test de Oxford para valorar tono muscular pélvico
- Recomendación de ejercicios de la musculatura del suelo pélvico a partir de las 6-12 semanas de la lesión, en todos los casos. Las pacientes que presentan afección del componente externo del esfínter anal obtienen más beneficio con esta medida.
- Citar a pacientes con desgarros a partir de IIb en consulta de Cirugía Suelo Pélvico para realización de ecografía endoanal (a las 8-12 semanas postparto) para valorar si persiste algún defecto anatómico del esfínter (realizar hoja de colaboración dirigida a Consulta Cirugía Suelo Pélvico solicitando realización de eco endoanal tras lesión de esfínter en parto)

INDICADORES

% desgarros III y IV grado controlados en consulta en consulta de puerperio patológico

% desgarros a los que se le ha realizado eco endoanal

% desgarros III y IV grado controlados en la consulta de ginecología suelo pélvico

DURACIÓN

JUNIO 2018 - JUNIO 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1151

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA MARIA BESCOS SANTANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO
SANZ LOPEZ ALEJANDRO
NASSAR MELIC NADIA
AMBROJ NAVARRO CARMEN
TIMON GARCIA ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se forma equipo multidisciplinar uroginecológico para dicha cirugía.
Se inicia entreno del equipo quirúrgico encargado de realizar dicha técnica.
Se localiza el Kit quirúrgico que al equipo le parece el más adecuado para su realización
Inicialmente acude experto en tema para acompañarnos en primeras cirugías

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se consiguen realizar 6 colposacropexias laparoscópicas de enero a julio 2019, momento en el cual no se consigue contar con la aprobación de compras para material protésico empleado para la técnica.

Desde el verano 2019 se han tenido que volver a realizar vía abierta dado de no disponer el Kit que facilita su realización vía laparoscópica.

De las 6 cirugías realizadas, 5 no han sufrido ninguna complicación y una de ellas una peritonitis tardía de origen desconocido.

La media del tiempo quirúrgico es de 2h 30 min.

La estancia media ha sido de 3 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto nos permite la creación de quirófanos multidisciplinarios que permiten la mejora del manejo quirúrgico y la mayor interrelación entre especialidades de la Unidad De Suelo Pélvico del Hospital Clínico Lozano Blesa

Es una pena que tras el inicio en la curva de aprendizaje se haya tenido que detener el proyecto en espera de respuesta sobre el kit empleado en dicha técnica.
El postoperatorio de la cirugía laparoscópica ha sido menos doloroso y con mayor brevedad en cuanto a ser dadas de alta y a recuperar la actividad habitual de las pacientes, encontrando una gran satisfacción en la revisión postoperatoria.

7. OBSERVACIONES.
Se espera poder continuar a lo largo del 2020.

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

Nº de registro: 0043

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario

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

1. TÍTULO

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

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

Enero 2019 - Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0058

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN CONIZACIONES REALIZADAS CON EXOSCOPIO

Fecha de entrada: 21/01/2020

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.
PADIN FABEIRO MARTA
GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE
BESCOS SANTANA ELENA
PROCAS RAMON BEATRIZ
TABUENCA VICEN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado un total de 103 conizaciones en nuestro servicio desde Enero de 2019 a 31 de Diciembre de 2019. En el mes de Noviembre la óptica del exoscopio sufrió una avería y ha sido enviada a reparar por lo que desde esa fecha no está disponible en quirófano. Se creó una base para la recogida de datos y tras finalizar el periodo se han revisado los protocolos quirúrgicos, visitas a urgencias de la pacientes y resultados anatomopatológicos de las piezas obtenidas. A día de redactar esta memoria quedan pendiente de resultado por parte de anatomía patológica 9 conizaciones. Debido a la programación del servicio no ha sido posible programar todas las conizaciones en partes quirúrgicos que solo incluyeran facultativos de la Unidad de Patología Cervical por lo que han sido realizadas por todos los facultativos que realizan actividad quirúrgica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Del total de 103 conos, 86 han tenido la oportunidad de ser realizados con exoscopio antes de que se deteriorara la óptica. De ellos 72 se realizaron mediante esta técnica. 94 piezas quirúrgicas han sido ya analizadas por anatomía patológica con informe definitivo.

-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio: 83,7%. El motivo principal para su no utilización estando disponible ha sido la decisión del cirujano, bien debido a sus preferencias o por falta de conocimiento en su uso.

-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio con escisión en pieza única: 48,6%

-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio con complicación hemorrágica grave durante el acto quirúrgico: 9,72%

-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio que precisen reingreso: 2,77%

-Porcentaje de conizaciones con bordes afectados de lesión en estudio anatomopatológico: 26,5%. Si analizamos la afectación de bordes en conos realizados con exoscopio se obtiene un 18%.

-Porcentaje de conizaciones sin lesión histológica: 2 piezas de las 94 analizadas hasta la fecha, lo que corresponde al 2,12%. No se han hallado diferencias significativas entre realizarlas con o sin exoscopio ya que cada una fue obtenida de una manera.

-Porcentaje de piezas de conización que confirmen lesión HSIL: 78,7%. Si diferenciamos entre la técnica utilizada se consigue confirmar la lesión en el 80,5% de los conos realizados con exoscopio y tan solo en el 51,6% de los realizados sin exoscopio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Siguiendo las recomendaciones de la última guía de calidad de la AEPC el 90% de las conizaciones deben ser realizadas bajo control colposcópico con exoscopio. Esta técnica ayuda a reseca tan solo la zona problema minimizando el riesgo de complicaciones siendo lo más conservador posible. En nuestro servicio se han realizado el 83,7% lo que nos lleva a la conclusión de que el uso del exoscopio debe ser fomentado entre los facultativos no habituados a su uso.

El porcentaje de casos de escisión con pieza única debe ser superior al 80%. En nuestros resultados encontramos tan solo el 48,6%. La escisión en pieza única facilita su estudio anatomopatológico posterior y al minimizar la técnica quirúrgica también se disminuye la posibilidad de lesiones o complicaciones secundarias como el sangrado. Nuestro bajo porcentaje puede deberse a que cerca del 80% de las conizaciones son realizadas por médicos residentes que precisan mejorar su curva de aprendizaje o bien debido a que la extensión de la lesión no permite ser reseca en tan solo una pieza, pero en este caso habría que valorar si la técnica quirúrgica ha sido la adecuada comenzando con la elección del tamaño del asa de diatermia.

La proporción de complicaciones hemorrágicas graves durante la cirugía debe ser inferior al 5%. En nuestro medio encontramos un 9,72%. Del total de 11 casos reportados 7 se realizaron con exoscopio y 4 sin él. Esta cifra puede deberse más a la realización de la técnica quirúrgica en sí más que al hecho de realizarla bajo control colposcópico. Lo que nos indica que habría que revisar si la técnica es homogénea entre los cirujanos teniendo en cuenta la curva de aprendizaje de residentes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0058

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN CONIZACIONES REALIZADAS CON EXOSCOPIO

El porcentaje de conizaciones realizadas que precisen reintegro por complicaciones asociadas al tratamiento debe ser inferior al 2% encontrándonos en nuestra serie un resultado del 2,77%.

Otro de los estándares de calidad es que las piezas de conización deben presentar afectación de bordes en el 20% o menos de los casos. Nuestros resultados son de un 26,5% del total de conizaciones pero si estudiamos tan sólo las realizadas bajo control exoscópico es cifra baja a un 18%. Lo que confirma la mejora de la técnica a realizar la cirugía con visión colposcópica previa.

El porcentaje de piezas blancas (sin evidencia de lesión) debe ser igual o inferior al 15%. En nuestro estudio se obtuvieron tan sólo 2 piezas blancas correspondiendo al 2% de los casos, sin haber diferencia entre ser realizadas con exoscopio o sin él.

Una buena técnica quirúrgica debe confirmar al menos en el 70% de los conos una lesión de alto grado (HSIL). Nuestros resultados amparan ese estándar de calidad con un 78,7% de los casos, con gran diferencia entre los realizados con exoscopio y los que no, ya que el uso de la colposcopia previa mejora hasta en un 80% la confirmación de lesión de alto grado en pieza definitiva.

Como conclusiones podemos sacar que en nuestro servicio se debe fomentar el uso del exoscopio entre todos los facultativos, mejorando su curva de aprendizaje junto con la de los médicos residentes, lo que ayuda a obtener piezas de conización que traten y confirmen en un alto porcentaje la lesión de alto grado por la que han sido indicadas.

Y unificar la técnica quirúrgica para conseguir mayor tasa de escisión en pieza única lo que ayudaría a minimizar las complicaciones intra y postoperatorias facilitando la lectura posterior al servicio de Anatomía Patológica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/58 ===== ***

Nº de registro: 0058

Título
MEJORA DE LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN CONIZACIONES REALIZADAS CON EXOSCOPIO

Autores:
NASSAR MELIC NADIA, PADIN FABEIRO MARTA, GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE, BESCOS SANTANA ELENA, BEATRIZ PROCAS RAMON, TABUENCA VICEN CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La conización es el procedimiento quirúrgico por el cual se tratan las lesiones premalignas del cuello del útero, cuya evolución espontánea en algunos casos podría suponer un riesgo de desarrollar cáncer de cérvix. Del mismo modo sirve para realizar un diagnóstico definitivo de la lesión cervical. Habitualmente se realiza de forma ambulatoria o con alta precoz.

Puede entrañar una serie de complicaciones inmediatas como son la hemorragia o lesión de paredes vaginales; complicaciones a corto plazo como sangrado que hasta en un 2% de las veces necesita nuevas actuaciones o infección de la herida quirúrgica; y complicaciones a largo plazo, entre las que son más habituales las relacionadas con la reproducción.

Actualmente, la última guía de calidad de al AEPC recomienda una serie de estándares que deben ser cumplidos en la realización de la conización cervical:

Todas la lesiones cervicales precisan un estudio colposcópico exhaustivo realizado por personal especializado previo a la realización de tratamiento escisional. Del mismo modo todos los tratamientos de lesiones premalignas de alto grado deben realizarse en centros correctamente equipados y por profesionales especializados. Entre las pacientes tratadas con procedimientos escisionales el porcentaje de casos de escisión con pieza única debe ser superior a 80%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0058

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN CONIZACIONES REALIZADAS CON EXOSCOPIO

La proporción de complicaciones hemorrágicas graves (que requieren tratamientos adicionales) debe ser inferior al 5%.

La proporción de re-ingresos debidas a complicaciones asociadas al tratamiento debe ser inferior al 2%.

Se debe confirmar lesión = a HSIL/CIN 2 en = 70% de las piezas de conización y el porcentaje de conizaciones sin lesión histológica debe ser =15%.

El porcentaje de conizaciones con márgenes positivos para lesión debe ser = 20%.

El porcentaje de conizaciones realizadas bajo control colposcópico debería ser = 90%.

La realización de conizaciones bajo control colposcópico con exoscopio permite diagnosticar sin dificultad la extensión y la gravedad de las lesiones. De este modo la escisión con asa resulta menos traumática para los tejidos y puede minimizar la aparición de complicaciones. Por lo tanto la realización de esta técnica quirúrgica apoyada por el uso de exoscopio puede ayudar a mejorar los estándares de calidad recomendados actualmente.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo prioritario del proyecto es la realización de todas las conizaciones cervicales que sean posible con exoscopio y la valoración posterior de una serie de parámetros que nos permitan conocer si se produce una mejoría en los estándares de calidad recomendados por la AEPCC en comparación con las conizaciones realizadas sin exoscopio.

MÉTODO

Intentar que las conizaciones que se programen con tiempo suficiente se incluyan en días de actividad quirúrgica de los que formen parte los facultativos que componen la Unidad de Patología Cervical y de este modo realizarlas con apoyo de exoscopio en el acto quirúrgico.

Si esto no es posible, fomentar el uso del exoscopio en el acto quirúrgico por el resto de facultativos intentando mejorar su curva de aprendizaje y minimizando los riesgos y complicaciones.

No es necesario ampliación de recursos, ya que el exoscopio forma parte habitual del instrumental en quirófano ginecológico.

INDICADORES

-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio.

-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio con escisión en pieza única.

-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio con complicación hemorrágica grave durante el acto quirúrgico.

-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio que precisen reingreso.

-Porcentaje de conizaciones con bordes afectados de lesión en estudio AP.

-Porcentaje de conizaciones sin lesión histológica.

DURACIÓN

Enero 2019 - Enero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0075

1. TÍTULO

MEJORA DE LA VIA CLINICA Y DOCUMENTACION PARA REALIZACION DE HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

Fecha de entrada: 18/01/2020

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.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración del documento "Ficha de solicitud de Histeroscopia diagnóstica" y del documento "Consulta de Endoscopia Histeroscopia CEGH"
Ambos documentos con campos obligatorios y pestañas desplegadas con varias opciones, así como con la presencia de gráficos una vez regenerados. Incluidos en el panel de documentos del HPdoctor del hospital y con acceso por parte de todos los facultativos desde historia del paciente.
En colaboración con el servicio de Informática, estos documentos se encuentran funcionando con normalidad y quedan incluidos en el espacio "otros Informes" de la historia clínica electrónica.
Se ha solicitado la compra por parte del hospital de la analgesia autoadministrada (Kalinox). Este producto no se encontraba en el catálogo del Salud de Aragón, por lo que se ha procedido a su inclusión en la mesa de compras del Hospital y a continuación en la mesa del Salud. Este producto ha sido aprobado y se encuentra pendiente de codificación para comenzar a utilizarlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Más del 95 % de las pacientes acuden a la realización de la histeroscopia con el documento de solicitud correctamente implementado
En la práctica totalidad de las pacientes se realiza el documento de consulta de histeroscopia con los resultados de la prueba, que queda colgado en la red y del cual se emite copia para la paciente.
Kalinox pendiente de asignar código
Respecto a la mejora del circuito de las pacientes, por necesidades del bloque quirúrgico, hemos cambiado el horario a las tardes, con lo cual, mejora algo la rotación y tiempo de espera de las pacientes. Pendiente de confirmar nuevos horarios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo de los documentos y su inclusión en el HPdoctor requiere de la colaboración del servicio de informática y a veces resulta complicado. Aunque los documentos funcionan, tenemos intención de mejorarlos para disminuir al máximo el texto libre y con ello la variabilidad. Introducir un producto nuevo en la red Salud también resulta tedioso y requiere de la colaboración de varios estamentos.
Respecto al espacio asignado para la realización de las histeroscopia, es nuestra intención disponer de un habitáculo más accesible en el bloque de consultas, lo cual convertiría esta prueba en una "alta Resolución" y evitaría esperas innecesarias así como la inclusión de esta prueba diagnóstica en la LEQ. Esto sería altamente costo-efectivo y mejoraría extraordinariamente el confort de las pacientes. Estamos a la espera de la nueva adjudicación de los espacios, hecho este sujeto a negociación por las diferentes secciones de nuestro servicio

7. OBSERVACIONES.

Esperamos la colaboración de la unidad de calidad para conseguir los espacios oportunos para cerrar este circuito en las condiciones en que está planteado este proyecto

*** ===== Resumen del proyecto 2019/75 ===== ***

Nº de registro: 0075

Título
MEJORA DE LA VIA CLINICA Y DOCUMENTACION PARA REALIZACION DE HISTEROSCOPIAS DIAGNOSTICA

Autores:
REPOLLES LASHERAS SIRA, TABUENCA VICEN CRISTINA, LUNA ALVAREZ CRISTINA, GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE, DIAZ VEGA MIGUEL, LOU MERCADE ANA CRISTINA, JIMENEZ MARTINEZ DOLORES, SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0075

1. TÍTULO

MEJORA DE LA VIA CLINICA Y DOCUMENTACION PARA REALIZACION DE HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La gran variabilidad de los puntos de solicitud de la prestación de realización de Histeroscopias diagnosticas y las diferentes vías necesarias para la recepción de documentación necesaria para la realización de la prueba, hacen necesaria la normalización de la vía de entrada, la homogeneización de la prestación y la elaboración de documentos específicos para su uso desde todos los puntos de solicitud. Asimismo es necesaria la realización de un informe normalizado de los resultados de esta prueba y al acceso a éste desde intranet por parte de cualquier facultativo

RESULTADOS ESPERADOS
Dirigido a todos los puntos de asistencia que sean susceptibles de solicitar la realización de una histeroscopia diagnóstica, dependientes del Servicio de Obstetricia y Ginecología dl HCU

MÉTODO
Elaboración de una "Ficha de Solicitud de histeroscopia diagnostica"en la que se incluye una historia clínica dirigida y el motivo de la solicitud.
Elaboración de un "Protocolo de Realización de Histeroscopia Diagnóstica"donde consten los resultados de la prueba. Ambos documentos se colgarán en la red de Intranet del HCU (HP Doctor) y aparecerán igualmente en la Historia Clínica Electrónica en sus apartados correspondientes
Ajuste de los horarios de citación de pacientes para evitar esperas innecesarias
Mejora del confort de la paciente mediante analgesia autoadministrada durante la realización de la prueba
Mejora del circuito de pacientes por la zona quirúrgica previa realización de la prueba

INDICADORES
Número de pacientes que acuden a la realización de histeroscopia con la documentación necesaria en regla (Ficha de solicitud)
Número de informes de resultado de la prueba que aparecen correctamente cumplimentados en intranet
Tiempo medio de espera de las pacientes en la zona quirúrgica para la realización de la prueba
Número de pacientes a las que o se puede realizar la técnica por mala tolerancia (dolor)

DURACIÓN
Elaboración de documentos normalizados: 1 mes
Inclusión en HPDoctor por Servicio de Informática y correcciones correspondientes: 1 mes
Elaboración de circuito y mejora de estancias de espera: 1 mes
Obtención de dispositivo de autoadministración de analgesia (Kalinox): a la espera de confirmación por servicio suministros en colaboración con anestesia

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0508

1. TÍTULO

CREACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE SEXOLOGIA CLÍNICA EN SALUD ARAGON SECTOR III

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL LAHOZ PASCUAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOU MERCADE ANA CRISTINA
ORNAT CLEMENTE LIA
POLO OLIVEROS LAURA
HIERRO ESPINOSA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1) Desde Febrero del 2019, incluido, está en funcionamiento la consulta de sexualidad Clínica en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Esta consulta está integrada en el Servicio de Ginecología, como una Unidad independiente. Se le ha nominado GIN J6 y se le ha otorgado una agenda específica. Se pasa 2 días al mes en horario de mañana, en el espacio físico de la consulta número 26 de la planta 5ª del CME Inocencio Jiménez. Cada consulta consta de 4 primeros días de 45 minutos por paciente, y 4 segundas o sucesivas visitas de 30 minutos cada una. La facultativa responsable de esta consulta es la Dra. Isabel Lahoz.
- 2) Se ha regulado el tipo de disfunciones sexuales que se deben derivar a la consulta en esta primera fase: TDSH- Trastornos del orgasmo- Vaginismos.
- 3) Se ha regulado la vía de derivación de las pacientes subsidiarias de ser atendidas en esta consulta por ahora: desde las consultas de ginecología del área 3 se les dirigirá al servicio de citaciones del CME IJ para ser citadas en la consulta GINJ6 de dicho centro.
- 4) En los casos de disfunciones sexuales femeninas que requieran un abordaje mas amplio, bien sea por disfunción asociada de pareja masculina o por aparecer problemas psicológicos no tratables mediante terapia cognitivo conductual, se trabaja el caso conjuntamente con:
 - Urología: Unidad de andrología
 - Psiquiatría: Consultas CME IJ
 - Consulta de psicología sexología del Centro de salud Delicias Sur.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta enero 2020, tras 12 meses de la apertura de la consulta, se han realizado 153 consultas. El 80% de las pacientes han sido derivadas desde las consultas de ginecología del área 3. El 20% restante desde los servicios de Urología o desde la consulta de psicología sexología del Centro de salud Delicias Sur. La disfunción sexual mas frecuente ha sido el Trastorno del deseo sexual hipoactivo (40%), seguido de los trastornos del orgasmo (30%), de los casos de Vaginismos (20%) y de las dispareunias (10%). Resaltar que es frecuente encontrar varias de estas disfunciones en una misma paciente, por lo que es habitual, el tener que realizar un abordaje terapéutico que de solución a todas ellas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. La creación de esta consulta ha sido acogida con gran satisfacción por parte de las pacientes. Las mujeres que padecen disfunciones sexuales, no disponían de medios a su alcance hasta ahora en las consultas de ginecología, para poder plantear sus problemas y encontrar solución para ellos.
2. Para poder proporcionar una atención mas especializada se ha seguido por parte de la facultativo a cargo (Dra. Lahoz) un training presencial en Sexología Clínica de 1 año de duración, impartido por el Instituto Andaluz de Sexología Clínica.
3. Se recomendaría la ampliación de la consulta a 1 día semanal/quincenal para poder realizar un seguimiento mas correcto de las pacientes.
4. Atendiendo a la demanda actual de la sociedad, sería aconsejable la creación de una unidad de sexología multidisciplinar, que integrara a todos los Servicios que intervienen en ella: ginecólogo sexólogo, urólogo andrólogo, psicólogo sexólogo, psiquiatra sexólogo y rehabilitador/fisioterapeuta sexólogo-suelo pélvico, y así ofertar un abordaje integral a la paciente/pareja con disfunción sexual.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/508 ===== ***

Nº de registro: 0508

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0508

1. TÍTULO

CREACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE SEXOLOGIA CLÍNICA EN SALUD ARAGON SECTOR III

Título
CREACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE SEXOLOGIA CLINICA EN SALUD ARAGON SECTOR III

Autores:
LAHOZ PASCUAL MARIA ISABEL, LOU MERCADE ANA CRISTINA, ORNAT CLEMENTE LIA, POLO OLIVEROS LAURA, HIERRO ESPINOSA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DISFUNCIONES SEXUALES
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, establece: "Los servicios públicos de salud garantizarán en primer lugar la calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible".
Las disfunciones sexuales femeninas están infradiagnosticadas. Permanecen ocultas incluso en las consultas de ginecología, salvo que incluyamos preguntas específicas sobre el tema en la anamnesis, y aun así, la mayoría de las veces, la paciente no se atreve a hablar de ello por ser un problema que afecta a su más profunda intimidad. Actualmente, no existe en la cartera de servicios del Servicio Aragonés de Salud, una consulta de sexualidad ofertada por los Servicios de Ginecología.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover una atención de calidad con servicios públicos accesibles a la salud sexual, contribuyendo a mejorar la vivencia de la sexualidad de manera integral.
Se propone la creación de una consulta monográfica de sexualidad médica para tratar patologías de la esfera sexual.
Población diana: mujeres del Sector III que tengan relaciones sexuales.
Las disfunciones sexuales a tratar van a ser:
• Trastorno del deseo sexual hipoactivo.
• Trastorno orgásmico.
• Vaginismos.

MÉTODO
El abordaje de la terapia sexual tendrá como base la promoción de la educación sexual, así como el apoyo al autoconocimiento y a la comunicación en pareja.
El pilar fundamental del tratamiento será la terapia cognitivo conductual, ayudada de la farmacología de la que disponemos en este momento al servicio de este tipo de disfunciones.
La paciente será atendida de modo individual, aunque puede ser necesaria la presencia de la pareja durante algún momento de la terapia.
En el caso de las disfunciones sexuales más prevalentes, el tratamiento se prolongará aproximadamente durante seis semanas, aunque dicho periodo, como se ha señalado previamente, será variable en función de la disfunción.
Con respecto a la duración de las sesiones, proponemos una duración de 60 minutos en primera visita y de 45 minutos para las siguientes consultas y siendo su periodicidad quincenal o semanal según el caso concreto.
Se elaborarán protocolos de disfunciones sexuales femeninas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Se establecerán contactos con los Servicios de Urología, Endocrinología y Psiquiatría si durante el proceso de la terapia se considerase necesario.

INDICADORES
• Número de pacientes atendidas en la consulta a lo largo del año 2019.
• Índice de satisfacción de las pacientes atendidas en la misma. Se utilizará un cuestionario de satisfacción que se entregará a la paciente cuando esta sea dada de alta de la consulta.
• % de mejoría del FSFI (cuestionario validado, evaluador de la función sexual) con el objetivo de valorar la intervención. Se entregará dicho cuestionario en la primera visita y al alta de la paciente

DURACIÓN
ABRIL/MAYO 2019
• Reuniones interdisciplinarias de Ginecología-Urología- Psiquiatría- Endocrinología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0508

1. TÍTULO

CREACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE SEXOLOGIA CLÍNICA EN SALUD ARAGON SECTOR III

- Elaboración de un protocolo común.
- Programación de secuencia citación-visitas-derivación dentro de la misma Unidad.
- Responsables: Dra. Lahoz/ Dr. Repolles/ Dr. Gonzalez

ABRIL 2019

- Creación de agenda específica de pacientes.
- Responsables: Dr. Gonzalez/Dra. Lahoz

MAYO 2019

- Reunión y difusión a los centros de Atención Primaria con divulgación a médicos y profesionales para facilitar la derivación y el acceso de los pacientes.
- Responsables: Dr. Gonzalez/Dra. Repolles/Dra. Lahoz

DESDE ABRIL 2019

- Puesta en marcha.
- Responsable: Dra. Lahoz

La puesta en marcha se realizará a lo largo del año 2019. Tras este periodo de prueba precisará de unos dos años para su completa y definitiva instauración.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

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

1. TÍTULO

REALIZACION DE VERSION CEFALICA EXTERNA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA

Fecha de entrada: 13/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se expuso el proyecto a todo el personal del Servicio de Obstetricia. Se estableció contacto con el Servicio de Anestesiología para establecer el tipo de analgesia raquídea a aplicar. En aquellas pacientes a las que se intentó realizar versión cefálica externa y ésta fue fallida, se les proporcionó información detallada y se les brindó la posibilidad de realizar la técnica bajo anestesia raquídea (bien de manera aislada o bien el mismo día de la cesárea programada). Se contó con el apoyo de todo el personal del Servicio de Obstetricia y de Anestesiología implicado al respecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número de casos durante 2019 ha sido insuficiente para poder establecer resultados concluyentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es preciso un mayor número de casos para valorar el resultado de la técnica de manera significativa. Por ello solicitamos la prórroga de 1 año del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0527

Título
REALIZACION DE VERSION CEFALICA EXTERNA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El objetivo final de la VCE (versión cefálica externa) es aumentar la probabilidad de tener un parto vaginal en presentación cefálica y reducir así la tasa de cesáreas asociada a presentación no cefálica. Esta maniobra se dirige a pacientes con gestación controlada de bajo riesgo y a término. Las pacientes deben de ser informadas correctamente y manifestar su conformidad mediante la firma del consentimiento informado de versión cefálica externa.
La eficacia de la VCE es alrededor de un 60% (entre el 40 y el 78%). Diversos factores se asocian con una reducción de las tasas de éxito: nuliparidad, placenta anterior, disminución de líquido amniótico, pelvis no favorable, obesidad materna, tensión de pared abdominal materna, tensión uterina, cabeza fetal no palpable,

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

1. TÍTULO

REALIZACION DE VERSION CEFALICA EXTERNA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA

rotura prematura de membrana (RPM), edad materna avanzada, edad gestacional avanzada, peso fetal elevado, cicatriz uterina previa, presentación de nalgas puras.

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

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

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

MÉTODO

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

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

Cambios previstos: Realización ambulatoria bajo analgesia neuroaxial.

INDICADORES

Porcentaje de presentaciones no cefálicas que aceptan versión externa: Valor a alcanzar 50%, límites 30-60%.

Porcentaje de presentaciones no cefálicas que aceptan versión externa bajo analgesia neuroaxial como opción inicial: Valor a alcanzar 10%, límites 5-15%.

Porcentaje de presentaciones no cefálicas que, tras versión fallida, aceptan versión externa bajo analgesia neuroaxial: Valor a alcanzar 30%, límites 15-45%.

Porcentaje de versiones exitosas (realizadas bajo analgesia neuroaxial): Valor a alcanzar 60%, límites 40-80%.

Porcentaje de versiones exitosas que finalizan en parto vaginal: Valor a alcanzar 75%, límites 65-80%.

Reducción total de la tasa de cesáreas asociada a la técnica: Valor a alcanzar 0,8%, límites 0,6-1%.

Fuente de datos: Base de datos del Servicio de Obstetricia de Versiones Externas

DURACIÓN

Fecha de inicio del proyecto: Inmediata

Duración prevista: Valoración de resultados en 1 año.

Responsables: Todos los componentes del equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0528

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESÁ

Fecha de entrada: 17/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OROS LOPEZ DANIEL
IBÁÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA
HIERRO ESPINOSA CRISTINA
POLO OLIVEROS LAURA
CARAZO HERNANDEZ BELEN
TEIRA SOLANO YOLANDA
REYES RAMOS MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante la realización de este proyecto, se han realizado las siguientes actividades, cumpliendo con el calendario propuesto:

- Búsqueda bibliografía y revisión de las guías de preeclampsia utilizadas por otras sociedades científicas.

- Selección de las recomendaciones con mayor grado de evidencia científica
- Estudio de los recursos disponibles en nuestro centro, con el fin de adaptar las recomendaciones a nuestra población.

- Se ha iniciado una relación del servicio de Obstetricia con la Unidad de Hipertensión (Servicio de medicina interna) con el fin de incorporar la colaboración de esta unidad a nuestro servicio para el manejo de pacientes obstétricas con hipertensión, tanto durante el embarazo como en el puerperio.

-Además, se ha desarrollado el protocolo de manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo, que en este momento se encuentra finalizado siguiendo las normas de edición de la Comisión de Revisores de Recomendaciones de Práctica Clínica del Hospital Clínico Lozano Blesa, pendiente de presentarlo en dicha comisión para su aprobación.

- Se ha elaborado, también, el plan para la implantación del cribado secuencial de preeclampsia en primer trimestre, de acuerdo a las últimas guías y recogido también en este protocolo, y que se pretende poner en marcha en los próximos meses.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con este proyecto de calidad se ha conseguido unificar el manejo de la preeclampsia en nuestro centro basándonos en recomendaciones de elevada calidad científica.

Un buen protocolo de asistencia clínica de la preeclampsia es fundamental puesto que se trata de una causa importante de morbi-mortalidad materno-fetal en todo el mundo. Actualmente, representa un 10-15% de la mortalidad perinatal y la segunda causa de mortalidad materna en países desarrollados. Es responsable de 500000 muertes perinatales y 70000 maternas en el mundo cada año. La incidencia de esta enfermedad aumenta de manera generalizada en todo el mundo conforme aumenta la edad materna, la obesidad, las técnicas de reproducción asistida y la comorbilidad materna asociada como la diabetes, la hipertensión crónica o la enfermedad renal. Los cambios sociales y culturales, sobre todo en países desarrollados, hacen que las pacientes en riesgo de padecer preeclampsia aumenten de forma sustancial debido, principalmente, al aumento de la edad media materna y todas las consecuencias que esto supone. Se estima que afecta a un 1-2% de los embarazos en nuestro medio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los protocolos y guías de práctica clínica son necesarios para realizar una asistencia de calidad, para mejorar los resultados asistenciales y para unificar el manejo de enfermedades tan complejas como es la preeclampsia.

En este proyecto, queda pendiente la revisión por la Comisión de Revisores de Recomendaciones de Práctica Clínica para incorporarlo a la web del hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/528 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0528

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Nº de registro: 0528

Título
ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Autores:
RUIZ MARTINEZ SARA, OROS LOPEZ DANIEL, IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA, HIERRO ESPINOSA CRISTINA, POLO OLIVEROS LAURA, CARAZO HERNANDEZ BELEN, TEIRA SOLANO YOLANDA, REYES RAMOS 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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La preeclampsia es una enfermedad asociada al embarazo que conlleva una alteración endotelial multisistémica que se manifiesta clínicamente por un aumento de la tensión arterial acompañada de otros signos y síntomas que pueden ser muy variados en función de la gravedad del cuadro. Es una patología relativamente frecuente en nuestro medio afectando aproximadamente al 1-2% de las gestaciones, aunque el número de casos está aumentando en los últimos años debido al aumento de la edad materna, la obesidad y las comorbilidades asociadas.

Es la segunda causa de mortalidad materna en países desarrollados y supone la causa del 10-15% de las muertes perinatales, siendo, además, la principal causa de parto prematuro iatrogénico con todas las consecuencias de la prematuridad como son el bajo peso, las alteraciones del neurodesarrollo o la hipoplasia pulmonar.

Las guías de práctica clínica o protocolos clínicos son fundamentales para unificar la asistencia y disminuir las complicaciones asociadas al fallo en el diagnóstico o el manejo de patologías potencialmente graves como es la preeclampsia.

En los últimos años se han descrito nuevos recursos y herramientas en el screening de esta patología en la población de alto riesgo. Por eso, es importante tener en nuestro hospital un protocolo clínico que incluya todas las modalidades de los estados hipertensivos del embarazo incluida la preeclampsia, para guiar y unificar el screening, diagnóstico, tratamiento y manejo de esta patología.

RESULTADOS ESPERADOS

Unificar el screening, diagnóstico, tratamiento y manejo de las pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo, mejorando así los resultados perinatales adversos derivados de esta patología y de la prematuridad que se presenta en muchas de estas pacientes. La población diana incluye a todas las gestantes del sector III con alto riesgo de desarrollo de preeclampsia y las que con riesgo o no la desarrollen a lo largo del embarazo o incluso en el puerperio.

MÉTODO

1. Búsqueda bibliográfica y revisión de las guías de preeclampsia utilizadas por otras sociedades científicas.
2. Selección de las recomendaciones con mayor grado de evidencia científica.
3. Estudio de los recursos disponibles en nuestro centro.
4. Desarrollo del protocolo y guía de actuación acorde a las características de nuestras pacientes y los recursos disponibles.

INDICADORES

- Número de ingresos por enfermedad hipertensiva del embarazo durante el año 2019.
- Porcentaje de pacientes tratadas correctamente siguiendo el protocolo establecido.
- Estudio de los resultados perinatales: tasa de prematuridad, tasa de recién nacidos de bajo peso para la edad gestacional, revisión de complicaciones neonatales.
- Estudio de complicaciones maternas.

DURACIÓN

1. Búsqueda bibliográfica y revisión de las guías de actuación (Marzo-Abril 2019)
2. Selección de las recomendaciones con mayor grado de evidencia científica (Mayo 2019)
3. Estudio de los recursos disponibles en nuestro centro (Junio 2019)
4. Desarrollo del protocolo y guía de actuación acorde a las características de nuestras pacientes y los recursos disponibles.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0528

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESÁ

recursos disponibles. (Julio-Diciembre 2019)

5. Septiembre 2019: presentación del protocolo en sesión clínica para los miembros del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

6. Octubre 2019: Presentación del protocolo en la Comisión de Revisores del HCU.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0536

1. TÍTULO

DIEZ PASOS EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ ROJAS PEREZ-EZQUERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MATEO ALCALA PURIFICACION
EZQUERRA GIMENEZ ANA
REMACHA SIENES MARIA
ABADIA CUCHI NATALIA
ALBA GIMENEZ LAURA
FLETA ORBEGOZO MARIA DEL MAR
GIL LOSILLA REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Sesión informativa a los miembros del Servicio de Obstetricia y Ginecología en marzo de 2019.
-Sesión conjunta con Pediatría en junio de 2019.
-Reuniones entre Pediatría, Obstetricia y representantes de matronas para acordar el programa de "Puerperio inmediato en Dilatación".
-Elaboración del documento informativo con los requisitos, criterios de inclusión y pasos a seguir.
-Elaboración del documento relativo a la asistencia del recién nacido y al pase de acompañantes al Partitorio.
-Aprobación del documento en sesión de la Sección de Medicina Materno-Fetal y en sesión del Servicio de Pediatría y presentación de este a todos los profesionales implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En julio de 2019 se puso en marcha el "Puerperio inmediato precoz".
Atendiendo a la petición cada vez mayor de nuestras gestantes de no separarles del recién nacido en el puerperio inmediato para fomentar el inicio de la lactancia materna a través del contacto piel con piel y buscando una mejor atención en relación con el diagnóstico precoz de la hemorragia puerperal y otras complicaciones maternas del puerperio, se propuso la creación de un área de "Puerperio inmediato" en las salas de Dilatación, como ya se realiza en la mayoría de los Hospitales de España.
Uno de los diez pasos que promueve la iniciativa IHAN (Humanización de la Asistencia al Nacimiento) es hacer hincapié entre otras cosas, en la importancia del contacto precoz piel con piel (CPP) y mejorar las condiciones para facilitararlo en la primera hora postparto.
La recién mamá puede compartir este momento de intimidad con su hijo y su pareja alejado de las visitas que reciben en la habitación y siempre bajo un control personal de la matrona que le ha atendido durante la dilatación-parto y con la que ha establecido un vínculo. Así, tras terminar el parto, pasan a la misma habitación que ocupaban durante la Dilatación y la misma matrona responsable se encarga de los primeros cuidados de madre y recién nacido. Esto ha disminuido el número de traslados de recién nacido al Nido para vigilancia en la primera hora de vida, lo que suponía una separación perjudicial para ambos. También nos ha ayudado en la detección y tratamiento precoz de complicaciones maternas, a diferencia de antes de la puesta en marcha del proyecto, cuando nada más parir pasaban a la planta de Hospitalización a cargo de una enfermera y una matrona de planta para todas las pacientes ingresadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque un cambio tan radical en la forma de trabajar de muchas personas implicadas parecía difícil de conseguir, en un breve lapso, el "Puerperio inmediato en Dilatación" se convirtió en una costumbre adoptada por todos los profesionales implicados como algo sencillo y satisfactorio en lo que vimos más ventajas que inconvenientes. Las pacientes y sus acompañantes también nos demuestran su conformidad, con pequeñas excepciones, y los pediatras han cambiado sus rutinas en la asistencia del recién nacido en cuanto que este proyecto les facilita la observación del recién nacido por una persona cualificada sin necesidad de separarles de la madre, como ocurría antes de la implantación cuando se trasladaba a los niños al Nido.
Se nos presenta como inconveniente que no disponemos de una Sala de Espera para familiares en el Área de Dilatación. Al alargar una hora más el tiempo que pasa la paciente en la misma, en ocasiones, los pasillos de la Hospitalización están llenos de familiares que esperan a las parturientas.
Queda pendiente a realizar, en el seno del proyecto de calidad, la colocación de los posters del IHAN sobre la aplicación de los 10 Pasos recomendados por la OMS para la consecución de una lactancia feliz en la planta y consultas de Obstetricia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/536 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0536

1. TÍTULO

DIEZ PASOS EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO

Nº de registro: 0536

Título
DIEZ PASOS EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO

Autores:
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ, MATEO ALCALA PURIFICACION, EZQUERRA GIMENEZ ANA, REMACHA SIENES MARIA, ABADIA CUCHI NATALIA, ALBA GIMENEZ LAURA, FLETA ORBEGOZO MARIA DEL MAR, GIL LOSILLA REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hace 30 años, la OMS creó el galardón Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento (IHAN) para incentivar a los hospitales y salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna. En 2009 se añadió la "Asistencia amigable a las madres" a los Diez Pasos a seguir para conseguir el premio, cuyo objetivo es seguir las recomendaciones de la Estrategia de asistencia al parto normal publicada por el Ministerio de Sanidad en 2007.
En nuestro hospital se han llevado a cabo múltiples reformas en esta línea con el fin de aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva y mejorar la satisfacción de las madres en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Muchas se han desarrollado en el seno de otros proyectos de calidad.
Aunque pensamos que la obtención del galardón IHAN es algo mucho más complejo de lo que se puede desarrollar en un solo proyecto y que implica a muchos servicios y estamentos, vemos necesario el ir introduciendo los Diez Pasos en nuestra práctica diaria con la intención de, en un futuro próximo, poder optar al mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo primero es poner en conocimiento de los profesionales dedicados a la atención de las embarazadas los Diez Pasos que promueve la OMS para mejorar las tasas de lactancia materna.
Además, se propone seguir los pasos propuestos por la Estrategia de Atención al parto normal, materializados en la Guía de Práctica clínica del parto normal, con el fin de conseguir una "asistencia amigable con las madres".
La población diana serían por un lado los profesionales relacionados con el embarazo y el parto y, por otro lado, las gestantes que se beneficiarían de estas mejoras.

MÉTODO

- Charlas de información sobre los Diez Pasos en el seno de las sesiones del Servicio de Obstetricia y Ginecología y en el programa de formación de las residentes de matronas.
- Desarrollo de un Protocolo de atención al parto normal, en el que se haga hincapié entre otras cosas, en la importancia del contacto precoz piel con piel (CPP) y mejorar las condiciones para facilitarlo en la primera hora postparto, con la incorporación de un área de "Puerperio inmediato" en las salas de Dilatación.
- Información a las gestantes de los beneficios de la lactancia y sobre el proceso de parto. Se distribuirá la información por escrito en forma de posters, folletos y plan de parto del Servicio.
- Puesta en marcha del Libro de partos informatizado en el seno de la HCE para recogida de datos.

INDICADORES
Creación de un informe de recogida de datos sobre el postparto inmediato en cuanto a CPP, inicio de la lactancia, satisfacción de la paciente al alta de Dilatación.
Número de pacientes atendidas en Dilatación en la primera hora postparto.
Número de pacientes que no realizan CPP y los motivos.
Recogida de las cesáreas en las que se realiza CPP en el protocolo quirúrgico en HP Doctor.
Número de tactos vaginales realizados durante la dilatación.
Número de epidurales.
Número de episiotomías.
Número de desgarros de III grado o mayor.

DURACIÓN
Marzo 2019: sesión informativa en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0536

1. TÍTULO

DIEZ PASOS EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO

Marzo 2019: impresión del poster "Diez Pasos" para distribuir en las consultas de Obstetricia y área de hospitalización obstétrica.
Abril 2019: sesión en el seno del programa de formación de residentes de matrona.
Abril 2019: desarrollo del Protocolo de atención al parto normal.
Mayo 2019: puesta en marcha del "Puerperio inmediato" en las salas de Dilatación.
Mayo 2019: puesta en marcha del "Libro de partos" en la HCE.
Febrero 2020: análisis de los datos obtenidos.
Febrero 2020: sesión informativa a los miembros del Servicio de Medicina Materno-Fetal.

Fecha de inicio: marzo 2019
Fecha de finalización: marzo 2021

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

INTERCONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA DERIVACIÓN DE LA GESTANTE A PRIMERA VISITA DE EMBARAZO

Fecha de entrada: 30/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para poner en marcha este proyecto de la Interconsulta, se realizó una reunión el día 31/5/19 en el Centro de Salud de Miralbueno con las matronas y la dirección de enfermería de atención primaria. También se han llevado a cabo varias reuniones con los servicios informáticos responsables de la Historia Clínica Electrónica (HCE) del SALUD, para poder solucionar el problema, y poder comenzar con este proyecto cuanto antes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nos encontramos con una serie de problemas informáticos que nos impiden llevarlo a cabo por el momento. Y es que nuestra respuesta de la interconsulta no puede ser visualizada por las matronas, ya que éstas utilizan el programa OMI y no la HCE. Por tanto, por ahora, sólo pueden responder a nuestras interconsultas los médicos de atención primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los responsables de la HCE nos han comunicado que este problema se va a intentar solucionar cuanto antes en las próximas actualizaciones que se realizarán en la HCE. Además se va a implantar una herramienta de chat en la interconsulta virtual, con lo que se favorecerá la comunicación bidireccional entre matronas y obstetras.

7. OBSERVACIONES.

Es interesante continuar con este proyecto porque favorecerá la relación matrona-obstetra en cuanto tengamos vía directa de comunicación a través de la historia clínica electrónica. Nos facilitará mucho la gestión de citas en las consultas de obstetricia y evitará los retrasos que a veces ocurren en la primera visita del embarazo.

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

Nº de registro: 0598

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

1. TÍTULO

INTERCONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA DERIVACIÓN DE LA GESTANTE A PRIMERA VISITA DE EMBARAZO

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

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

MÉTODO

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

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

INDICADORES

Número de embarazadas que tienen primera visita de embarazo concertada con su matrona.

Número de embarazadas que tienen visitas concertadas con la matrona a lo largo de su embarazo.

Número de visitas de primer día en consulta de obstetricia en torno a la semana 9 de embarazo, número de citas correctamente realizadas.

DURACIÓN

Marzo 2019: curso de formación para los miembros del servicio de Medicina Materno Fetal.

Abril 2019: presentación en sesión clínica a los miembros del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Abril 2019: reunión con las matronas de Atención Primaria.

Abril- mayo 2019: periodo de prueba de la interconsulta informatizada.

Mayo de 2019: charlas con los responsables de diferentes centros de Atención Primaria.

Mayo de 2019: puesta en marcha de la Interconsulta informatizada, a la vez que se suspende la interconsulta en papel actual.

Diciembre 2019: primera revisión de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 01/03/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ DE AGÜERO LABORDA RAFAEL
LERMA PUERTAS DIEGO
JIMENEZ MARTINEZ DOLORES
DE DIEGO ALLUE ELENA
SANZ LOPEZ ALEJANDRO
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han concretado las pautas de actuación en la clínica diaria
Se ha rediseñado informe final de la exploración ecográfica para que aparezcan los parámetros obtenidos
En este mismo año 2019 hemos obtenido la adjudicación de un proyecto multicéntrico del Instituto de Salud Carlos III para la realización de un CRIBADO Secuencial de Preeclampsia mediante el uso de marcadores angiogénicos en el primer trimestre" (estudio CRISP) .Expediente No :PI19/00692, que en el momento actual está en fase de adjudicación de los reactivos para iniciar su puesta en marcha. Esta coincidencia hace que este proyecto de calidad se convierta en complementario del proyecto nacional. Por lo que si bien se ha enlentecido su puesta en marcha en le momento inicial, su realización será sin duda de una repercusión sin precedente .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo de este estudio es evaluar por primera vez, de forma prospectiva y en un escenario clínico real, la realización de un cribado poblacional secuencial de preeclampsia reservando la determinación de los marcadores angiogénicos (PlGF; sFTL) a un subgrupo de pacientes con riesgo intermedio tras la aplicación del primer paso de cribado, manteniendo una elevada tasa de detección de preeclampsia pero con menor coste económico.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0645

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Prematuridad

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

1. TÍTULO

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

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

Retraso de crecimiento

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento fetal. Está asociado a una mayor incidencia de mortalidad perinatal (1/5), mayor morbilidad neonatal (1/3), alteraciones en su desarrollo neurológico y metabólico a largo plazo, incluso en la edad adulta.

Uno de cada 10 casos es un retraso de crecimiento grave, aparece muy precozmente y puede llegar a ser fatal para el feto.

La detección temprana de los factores de riesgo que permita clasificar a la gestación en alto o bajo riesgo de presentar alguno de los tres cuadros. Es fundamental para poder mejorar el pronóstico de los mismos.

Preeclampsia

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

Es también la primera causa de admisión materna a unidades de cuidados intensivos y está asociada con un riesgo aumentado de mortalidad perinatal, siendo responsable del 10 % de los mortinatos y del 15 % de los nacimientos prematuros.

La importancia del diagnóstico precoz está reforzada cuando investigaciones recientes muestran que, en una proporción considerable de casos de muertes fetales debidas a preeclampsia, un manejo diferente podría haber alterado el resultado.

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

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

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

Son herramientas que permiten realizar diferentes tipos de cálculos exactos para ayudar en el manejo de diferentes situaciones clínicas

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

Número de gestaciones controladas en nuestro centro clasificadas en alto y bajo riesgo.

Los datos quedarán registrados en el informe ecográfico que figurará en el sistema informático hospitalario y en la cartilla electrónica de la gestante.

DURACIÓN

-Incorporar las fórmulas matemáticas al informe ecográfico: 2 meses

-Difusión de los nuevos parámetros clínicos a todo el servicio: 1 mes

-Análisis de la repercusión clínica de dicho cribado a los 6 meses de su aplicación

-Fecha de inicio del proyecto: Desde el momento de su aprobación

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

1. TÍTULO

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

-Finalización del proyecto: 12 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0707

1. TÍTULO

DESARROLLO DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL Y DE GENETICA DE LA REPRODUCCION AREA III DEL SALUD

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA REMACHA SIENES
· 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
SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES
CASTRO FERNANDEZ ESMERALDA
MONTSERRAT CANTERA ESTHER
MORENO SANCHEZ VICTOR
GOMEZ GIMENO ANGELICA
TEJERO SANCHEZ SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha creado, como nos propusimos el grupo "PRECON " en el servicio de obstetricia con la participación de matronas de atención primaria, hospitalarias y obstetras consiguiendo así una red de comunicación al respecto, que ha conllevado nuevas iniciativas y mejoras que han ido surgiendo a lo largo del año.
- Se ha establecido coordinación y dialogo entre profesionales de otras especialidades, Principalmente anatomía patológica,psicosomática, trabajo social, endocrinología, nefrología, unidad de hipertensión, pediatría, genética médica... No sólo a la hora del manejo de casos particulares sino también en los aspectos más logísticos como derivación,tiempos, burocracia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestro objetivo principal ha sido conseguido, como resultado hemos dotado cuatro consultas mensuales preconcepcional y de genética . Iniciando como standard el dotar dos de éstas y percibiendo la necesidad de aumentar dos más. El impacto principal es el adecuado manejo y el estado de salud que las pacientes de alto riesgo (ya sea por antecedentes o enfermedad) llegan a su gestación . Al mismo tiempo el grado de satisfacción de las pacientes que tienen un equipo de referencia en esta área, ya que no es así en el resto de nuestra comunidad a día de hoy, de forma sistematizada.
Así pues el objetivo principal de este proyecto estaría conseguido, nos queda afianzar lo conseguido y trabajar en mejorar aun más la coordinación con atención primaria, así como el mayor manejo de la interconsulta on .line como futuras líneas de trabajo en esta área de nuestro servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestro planteamiento inicial tenia como objetivo principal el impulso y desarrollo de las consultas preconcepcional y genética del área III para conseguir éste y nuestros otros objetivos secundarios se han realizado diversas acciones que detallaremos a continuación durante el año 2019 .

- Respecto al acceso y derivación de pacientes a estas consultas hemos identificado un importante cambio, ya en el mes de abril se preciso ampliar el número de consultas mensuales, a día de hoy hay cuatro consultas abiertas (dos preconcepcionales y dos de genética), analizando este hecho,vemos que la derivación desde nuestro propio servicio de las pacientes subsidiarias de ser vistas en estas consultas "ha dado un giro " en positivo, tras la sensibilización y puesta en marcha de este proyecto,así como también las pacientes derivadas desde otros especialistas hospitalarios ; pero quizás para el futuro tenemos que trabajar más y mejor la concienciación en el ámbito de atención primaria, sobretodo con los médicos de atención primaria.
- Dado que un gran numero de nuestras pacientes en estas consultas tienen como antecedente una muerte perinatal, hemos estado colaborando y aportando ideas e iniciativas con el grupo de trabajo de duelo perinatal, a este respecto hemos asistido a cursos de formación durante este año para mejorar la calidad asistencial en relación a la mortalidad perinatal, con posterior aplicación en nuestra práctica diaria. También en este grupo de pacientes se ha creado un flujo directo desde el alta del episodio del evento hasta una nueva gestación si ocurre, y así estas pacientes pasan desde la consulta preconcepcional a la consulta de control gestacional de alto riesgo . También se esta creando por parte de las matronas del área de atención materno-fetal una consulta complementando,el control clínico, con el objetivo del apoyo emocional transversal y de educación maternal durante un siguiente embarazo tras una muerte perinatal .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/707 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0707

1. TÍTULO

DESARROLLO DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL Y DE GENETICA DE LA REPRODUCCION AREA III DEL SALUD

Nº de registro: 0707

Título
DESARROLLO DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL Y DE GENETICA DE LA REPRODUCCION DEL AREA III DEL SALUD

Autores:
REMACHA SIENES MARIA, ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL, SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES, CASTRO FERNANDEZ ESMERALDA, MONTSERRAT CANTERA ESTHER, MORENO SANCHEZ VICTOR, GOMEZ GIMENO ANGELICA, TEJERO SANCHEZ SUSANA

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 con patología y/o potencial complicación materno-fetal que deseen gestación
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos años la evidencia está confirmando lo que ya los obstetras veníamos observando sobre la implicación que tiene en la gestación y sus resultados un adecuado control y cuidado preconcepcional. En las pacientes con futuro embarazo de bajo riesgo dentro de los centros de atención primaria está establecido e implementado dentro de la cartera de servicios esta atención con relativo éxito variando según áreas, población Sin embargo y al respecto de la paciente de potencial embarazo de riesgo por diversos motivos (tanto maternos, como fetales) en general no se está ofreciendo un control adecuado.
Detectando esta realidad desde el 2011 en el servicio de Obstetricia del HCU se habilita una consulta preconcepcional, que intentó recoger el testigo de la Consulta preconcepcional que con mas o menos regularidad ha funcionado desde la creación del Servicio en los años setenta del siglo pasado. En ella, se han creado dos agendas específicas: denominadas "consulta preconcepcional" y "consulta de genética reproductiva". Desde el principio se ha visto que la derivación desde Atención primaria, otras especialidades, incluso desde nuestro propio servicio no ha sido adecuada y las mujeres diana de este control preconcepcional no se están favoreciendo de este recurso asistencial.
En un análisis somero, las razones por las que no se ha conseguido un funcionamiento regular y establecido en el Área son dos. La primera el carácter unipersonal del facultativo responsable de la consulta, que a lo largo de la historia se han reducido a cuatro. Esto supone una dependencia personal que impide el desarrollo normal de la actividad. En segundo lugar, la falta de apertura de esta consulta al resto de servicios y unidades del Área, lo que ha impedido un trabajo coordinado con atención primaria, otros servicios de especializada y las unidades propias de nuestro Servicio, que deben de ser las que remitan a las usuarias de la consulta. En este contexto y con la experiencia acumulada durante estos años, creemos llegado el momento de lanzar la oferta de nuestra consulta preconcepcional como asistencia del Servicio coordinada con todos los niveles asistenciales del Área III.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

Impulso y desarrollo de la consulta Preconcepcional y genética de la reproducción del Área III del SALUD

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Crear un adecuado circuito de derivación desde primaria y otras especialidades de las mujeres subsidiarias de verse en las consultas preconcepcional y genética.
- Consolidar equipo multidisciplinar con obstetras, ecografistas, matronas, enfermería, psicosomática, otras especialidades como endocrino, nefrología ...
- Implementación de la interconsulta on line como herramienta de comunicación con atención primaria en este campo.

MÉTODO

PLAN EJECUCIÓN

- Creación del grupo "PRECON" en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HCU Lozano Blesa de Zaragoza:
- Obstetricia, Diagnóstico prenatal, Matronas,
- Redacción del plan de calidad "CONSULTA PRECONCEPCIONAL DEL AREA III DEL SALUD"
- Coordinación del plan con Servicios del HCU: Psicosomática, Trabajo Social, Laboratorio,
- Coordinación con Atención Primaria: Médicos, Matronas, Salud Mental Pediatría y Enfermería

ACCIONES ESPECÍFICAS:

- Estudio y análisis de la cartera de servicios del SALUD en materia de asistencia preconcepcional
- Identificación, Análisis y definición de las necesidades asistenciales preconcepcionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0707

1. TÍTULO

DESARROLLO DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL Y DE GENETICA DE LA REPRODUCCION AREA III DEL SALUD

- Distribución de estas necesidades según niveles asistenciales
- Normalización del acceso de pacientes al sistema
- Sistematización del flujo de pacientes entre niveles
- Control de calidad
- Recogida de resultados.

INDICADORES

- Numero de primeras visitas en ambas consultas (preconcepcional y genética)
- Aumento de conocimiento de la existencia y utilidades de dichas consultas por parte de los profesionales de atención primaria y especializada.
- Evaluación continua del proceso por el grupo "PRECON"

DURACIÓN

- 2019 -2020 Ejecución del proyecto.
- 2021 Evaluación y consolidación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0740

1. TÍTULO

CREACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA Y UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOMETRIOSIS

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL DIAZ VEGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOU MERCADE ANA CRISTINA
FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO
SUBIRA RIOS JORGE
ELIA GUEDEA MANUELA
GRACIA PELIGERO EVA
CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA
CIA BLASCO PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1) Se ha puesto en marcha la consulta específica de endometriosis en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB). Actualmente ha pasando un día específico (los viernes) integrada en la unidad de esterilidad y endocrinología ginecológica, pero a partir enero de 2020, dado el volumen y las características singulares de esta patología, se ha abierto los martes una agenda específica y única de endometriosis, desligada de la consulta de esterilidad. La unidad responsable de esta consulta es la de esterilidad y endocrinología ginecológica y los facultativos responsables son la Dra. Lou y el Dr. Díaz.

2) Se ha regulado el tipo de pacientes con endometriosis que se deben derivar y la vía de derivación desde ginecología general a la consulta específica de endometriosis, así como el tratamiento adecuado que requieran las pacientes que con endometriosis, vistas en ginecología general, no requieran ser remitidas a la consulta específica.

3) Se ha realizado guías y cursos con los centros de salud de atención primaria (en colaboración con la unidad de endometriosis de Aragón), recordando los síntomas de sospecha de la endometriosis (Dismenorrea que no cede con el tratamiento habitual; Dolor crónico pélvico; Dispareunia intensa con la penetración profunda; Disquecia cíclica con o sin rectorragia), y cuando deben de remitir las pacientes a la consulta de endometriosis.

4) En los casos de endometriosis severa o de gran complejidad, con la finalidad de integrar el diagnóstico y tratamiento de estas pacientes, y acelerar el procedimiento del mismo, hemos diseñado un comité transversal multidisciplinar, con reuniones mensuales donde se analizan casos clínicos y problemáticas observadas, y con la participación de los siguientes servicios o unidades:

- Radiología: Dr. Fernández.
- Clínica del dolor: Dr. Cía.
- Cirugía colo-rectal: Dra. Elía y Dra. Córdoba
- Urología: Dr. Subira Y Dr. Hijazo
- Psiquiatría: Dra. Gracia.
- Ginecología: Dra. Lou y Dr. Díaz

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han derivado 126 pacientes a la consulta específica de endometriosis del HCULB, siendo el origen de derivación: en 10 (8%) ocasiones de atención primaria; en 70 (55%) del servicio de ginecología del hospital: ambulatorio Inocencio Jiménez, zona rural, ambulatorio o ginecología del hospital (hospitalización, consultas o urgencias); en 14 (11%) de la unidad de esterilidad del HCULB; en 7 (6%) de otras especialidades y por último en 25 (20%) de casos derivados de otras áreas de salud de Aragón.

En el 91% (115) requirieron tratamiento médico y en 14% (18) se realizó cirugía de endometriosis. De las 41 pacientes derivadas con indicación quirúrgica, se ha evitando en 23 ocasiones con diferentes tratamientos la cirugía, lo que supone una disminución del 56%. En 6 cirugías han colaborado el equipo quirúrgico multidisciplinar

Se ha realizado una reunión mensual, del equipo multidisciplinar del HCULB, valorando 21 casos de endometriosis, y se han derivado a las diferentes unidades del hospital (clínica dolor, psiquiatría, urología, cirugía) un total de 28 pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1) Con la creación de la consulta se ha mejorado notablemente la eficacia en el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis.

2) Se está poniendo tratamiento médico a todas la pacientes diagnosticadas de endometriosis, lo que impide el avance de la enfermedad, mejorando la sintomatología y le fertilidad.

3) Hemos evitado tratamientos quirúrgicos que podrían disminuir la fertilidad de las pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0740

1. TÍTULO

CREACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA Y UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOMETRIOSIS

4) Se ha realizado planes de formación, tanto en los centros de salud en medicina primaria (médicos de familia y matronas, como en medicina especializada (ginecólogos), con la mejoría en el manejo de esta enfermedad.

5) Hemos generado un grupo de expertos multidisciplinar lo que conlleva una mejora sustancial en el manejo de las pacientes con endometriosis compleja, severa o profunda.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/740 ===== ***

Nº de registro: 0740

Título
CREACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA Y UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOMETRIOSIS

Autores:
DIAZ VEGA MIGUEL, LOU MERCADE ANA CRISTINA, FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO, SUBIRA RIOS JORGE, CIA BLASCO PEDRO, ELIA GUEDEA MANUELA, GRACIA PELIGERO EVA, CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La endometriosis enfermedad crónica durante la edad reproductiva se caracteriza por la presencia y desarrollo de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, que responden a los esteroides ováricos. Tiene una prevalencia de al menos un 10% de la población femenina en edad fértil. Los síntomas más comunes son: dismenorrea, dispareunia, infertilidad y dolor pélvico crónico. Las manifestaciones clínicas son variables, no guardando relación directa con la extensión, requiriendo a veces varias intervenciones quirúrgicas, siendo en ocasiones mutilantes y con complicaciones, sin conseguirse, en todos los casos, un tratamiento curativo.

Uno de los problemas que nos encontramos es el retraso en el diagnóstico y tratamiento. Una valoración precoz de las mujeres con endometriosis podría evitar la evolución de la enfermedad y evitar sus graves consecuencias.

El servicio de Obstetricia y Ginecología, conocedor de la problemática de las pacientes con endometriosis, ha fomentado la creación de una consulta específica de endometriosis, con la finalidad de mejora en el manejo de este grupo de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Generar una guía de actuación para mejorar el diagnóstico temprano y la calidad de las pacientes con endometriosis con los siguientes objetivos:

- 1) Conseguir una adecuada coordinación entre atención primaria y atención especializada, para derivar ante la sospecha de endometriosis a la consulta específica.
- 2) Desde la consulta específica: Determinar el grado de endometriosis.
 - Leve: Remitirla a control a atención primaria, con el manejo adecuado.
 - Deseo genésico: Remitirla a la unidad de esterilidad y reproducción.
 - Grave: Evaluarla en la unidad multidisciplinar.
- 3) Generar en el hospital un equipo multidisciplinar de diferentes unidades para el manejo de la endometriosis severa

MÉTODO
1) Para una correcta coordinación con atención primaria, generar una guía e itinerario de las pacientes con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0740

1. TÍTULO

CREACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA Y UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOMETRIOSIS

sospecha o diagnosticadas de endometriosis.

2) Puesta en funcionamiento de una consulta específica de endometriosis. Valorar el número facultativos y consultas necesarias.

3) Unidad multidisciplinar: Para la atención de casos de endometriosis profunda de gran complejidad, se requiere la participación y coordinación los siguientes profesionales:

- Ginecología.
- Cirugía colo-rectal
- Urología.
- Radiología.
- Clínica del dolor.
- Psiquiatría
- Esterilidad y reproducción

INDICADORES

a) Indicadores de actividad.

- Origen de las pacientes derivadas con endometriosis.
- Pacientes que requieren tratamiento médico o quirúrgico.
- Pacientes que requieren evaluación por otras unidades (equipo multidisciplinar)
- Relación Tratamiento médico / Tratamiento quirúrgico.

b) Indicadores de calidad

- Número de consultas / paciente.
- Mejora en la calidad de vida con tratamiento médico.
- Mejora calidad vida con tratamiento quirúrgico
- Nº de tratamientos quirúrgicos evitados con los tratamientos médicos.

c) Evaluación y seguimiento:

- Trimestral: Evaluación del procedimiento, de los indicadores de actividad y calidad.
- Anual: Aportación de los datos estadísticos con los indicadores de actividad y calidad y presentación de los mismos en la sesión clínica del servicio

DURACIÓN

- Primer trimestre: Puesta en marcha de la consulta de endometriosis. Valoración y posible corrección de los indicadores de actividad y calidad.
- Segundo trimestre: Puesta en marcha de la unidad multidisciplinar. Obtención datos semestrales de los índices de actividad y calidad. Valorar posibles correcciones en el procedimiento de actuación.
- Finalizar el año: Presentación de datos, índices de actividad y calidad en la sesión clínica del servicio, en la comisión de calidad del servicio y comunicación final a la unidad de calidad del hospital.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 26/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este año hemos realizado varias reuniones del grupo de trabajo y con representantes de la Asociación Disminuidos Físicos Aragon y Fundación Amanixer . Hemos puesto en común las bases y las necesidades para la creación de la consulta.
Se ha realizado el borrador de la agenda de la consulta y la encuesta de valoración.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado la encuesta de valoración por parte de las pacientes. Se entregará al finalizar la consulta y servirá como indicador de calidad de la consulta así como el porcentaje de consultas realizadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La principal dificultad que hemos encontrado para poner en marcha la consulta para mujeres con movilidad reducida es la necesidad de recursos técnicos y de infraestructura, ya que se precisa un espacio amplio.
Utilizaremos los recursos técnicos disponibles en este momento para la puesta en marcha de la consulta . Está previsto iniciar la actividad dentro del primer semestre de 2020.

7. OBSERVACIONES.

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

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

Nº de registro: 0779

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde las asociaciones de mujeres con discapacidad y desde la sociedad se demanda la eliminación de barreras, que todas las personas tengan las mismas oportunidades y que estas no se vean limitadas por barreras físicas. En temas de salud la eliminación de barreras exige adaptar nuestros hospitales, consultas y al personal para poder realizar las mismas actividades con independencia de la discapacidad del paciente. En

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

1. TÍTULO

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

respuesta a esta demanda de la sociedad en varias Comunidades Autónomas se están abriendo consultas de ginecología para mujeres con movilidad reducida. Queremos que las mujeres de Zaragoza con movilidad reducida dispongan de este recurso y que no se sientan excluidas de los programas de cribado y salud sexual y reproductiva.

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

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

INDICADORES

Valoración con encuesta por parte del paciente.
Valoración del número de pacientes atendidas en la consulta a los 6 y 12 meses de la puesta en marcha.
Porcentaje de interconsulta virtual similar al resto de las pacientes.

DURACIÓN

Enero 2019- enero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1623

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 (+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 (+8,88) con un rango entre 25 y 55 mmHg. En la primera semana la TO era de 12,07 mmHg (+5,98) con un rango entre 2 y 33. Al mes la PIO media fue de 16,64 mmHg (+4,42) con un rango entre 9 y 28. A los 3 meses de 19,11 (+4,77) y a los 6 meses de 20,62 (+6,33).

La PIO se redujo de 36,72 (+8.8) a 18,54 (+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 coroides (nevus corioideo, osteoma corioideo, hemangioma capilar retiniano, ...)
 - b. Rotura corioidea 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 coroides/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 - 2018/1065

1. TÍTULO

EVITAR LA VISITA ANESTESICA PREOPERATORIA Y TEST DIAGNOSTICOS ADICIONALES, EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CATARATA NO COMPLICADA BAJO ANESTESIA TOPICA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ENRIQUE MINGUEZ MURO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER
DEL BUEY SAYAS MARIA ANGELES
CASAS PASCUAL PAULA
LOPEZ RODRIGUEZ NURIA
CAMELLO ALVAREZ CONSTANZA
BARTOLOME SESE ISABEL
LOPEZ SANGROS ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizo una revisión bibliográfica sobre la necesidad de realizar control anestésico previo en cirugía de cataratas en pacientes de bajo riesgo anestésico.
Se elaboro un protocolo para evaluar, por el oftalmólogo, el riesgo anestésico de los pacientes que iban a ser intervenidos de cataratas no complicada en nuestro sector, de forma que, una vez conocido el riesgo ASA, evitar la visita por parte del anestesista, en aquellos pacientes incluidos en los grupos de riesgo I y II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A pesar de que existen antecedentes descritos en la literatura científica, sobre una practica clínica similar a la que nosotros proponíamos, nuestro protocolo no fue aceptado por el servicio de anestesia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es preciso contar con la implicación de todos los equipos que forman parte del procedimiento quirúrgico, sin obviar ningún estamento de los mismos, para realizar cualquier modificación sobre los protocolos establecidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1065 ===== ***

Nº de registro: 1065

Título
EVITAR LA VISITA ANESTESICA PREOPERATORIA Y TEST DIAGNOSTICOS ADICIONALES, EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CATARATA NO COMPLICADA BAJO ANESTESIA TOPICA

Autores:
MINGUEZ MURO ENRIQUE, ASCASO PUYUELO JAVIER, DEL BUEY SAYAS MARIA ANGELES, CASAS PASCUAL PAULA, LOPEZ RODRIGUEZ NURIA, CAMELLO ALVAREZ CONSTANZA, BARTOLOME SESE ISABEL, LOPEZ SANGROS ISABEL

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 .: Indicadores de desinversión ("no hacer")
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cirugía de cataratas es, con diferencia, el procedimiento quirúrgico más frecuente en cualquier unidad de Oftalmología. En nuestro medio, todos los pacientes que van a ser intervenidos de cataratas, son sometidos a un estudio rutinario preoperatorio por parte del servicio de Anestesiología, lo que además de consumir recursos, supone la creación de una segunda lista de espera.
La anestesia tópica es una estrategia segura y rentable para abordar la intervención quirúrgica de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1065

1. TÍTULO

EVITAR LA VISITA ANESTESICA PREOPERATORIA Y TEST DIAGNOSTICOS ADICIONALES, EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CATARATA NO COMPLICADA BAJO ANESTESIA TOPICA

pacientes con cataratas de baja complicidad.

Se ha estimado que la necesidad de atención, por parte de un anestesista, durante la cirugía de catarata con anestesia tópica, en pacientes ASA I-II y III sólo acontece en el 3,4% de casos, debido principalmente a crisis hipertensivas. Estos resultados cuestionan la utilidad de la consulta preoperatoria de anestesia, en la totalidad de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía de cataratas. En la Guía de práctica de cirugía de cataratas, el Real Colegio de Anestesiólogos y el Real Colegio de Oftalmólogos de Londres, recomiendan, con un nivel de evidencia científica grado A, que las pruebas complementarias previas a la cirugía de cataratas, sólo sean consideradas cuando la historia clínica o la exploración física del paciente así lo aconsejen. Deberían por tanto establecerse protocolos médicos desarrollados conjuntamente entre oftalmólogos y anesthesiólogos para liberar de consultas a éstos últimos, optimizando la eficiencia de los recursos sin poner en riesgo la seguridad de nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Evitar la consulta anestésica preoperatoria, a todos aquellos pacientes con cataratas susceptibles de ser intervenidas mediante anestesia tópica y que tengan un riesgo anestésico ASA I o II.
Elaborar una guía de valoración de la complejidad técnica de la intervención de cataratas, para diferenciar previamente a la cirugía, aquellos procedimientos susceptibles de poderse realizar mediante anestesia tópica de aquellos que puedan precisar anestesia loco-regional o general.
Desarrollar un cuestionario médico protocolizado, consensuado con el servicio de Anestesiología, que permita al médico oftalmólogo realizar el cribado de los pacientes que no vayan a necesitar la realización de un estudio anestésico preoperatorio previo a la intervención.

MÉTODO

Revisión de la literatura científica existente, para confeccionar una guía que permita estimar, de manera independiente al observador, la complejidad técnica de la intervención de cataratas y, por tanto, las posibilidades de poderla realizar mediante anestesia tópica.
Redacción de un cuestionario médico compuesto por preguntas tipo test, para poder calificar el riesgo anestésico de los pacientes que van a ser intervenidos de cataratas.
Modificación del circuito de inclusión en lista de espera. Los pacientes seleccionados para ser intervenidos con anestesia tópica y con un riesgo anestésico bajo deberán ser informados y recibir una hoja de recomendaciones para el día de la operación en la visita preoperatoria con su oftalmólogo. Será este mismo facultativo el que dará a firmar un consentimiento informado tanto para la cirugía de catarata como para anestesia.

INDICADORES

Número de pacientes operados de catarata sin necesidad de haber realizado la consulta anestésica preoperatoria.
Documento del HCU. Ficha rosa de inclusión en lista de demanda quirúrgica

DURACIÓN

Junio-Septbre 2018. Confección guía sobre complejidad técnica de cirugía de catarata. Responsable Dra. Caramello Alvarez. Dra. Bartolome. Dr Minguez
Octubre-Dbre 2018. Protocolo de evaluación del riesgo quirúrgico consensuado con Servicio Anestesia. Responsable Dr. Ascaso. Dra del Buey. Dra Lopez Rodriguez
Enero 2019. Modificación del circuito e inclusión en lista de demanda quirúrgica. Responsable. Dra Casas. Dra Lopez Sangros
Marzo 2019 se realizan las primeras intervenciones.

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 - 2018/1119

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CIRUGIA DE ESTRABISMO

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE LEON REMON GARIJO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GARCIA DIANA
RAMIRO MILLAN PATRICIA
MINGUEZ MURO ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Hemos elaborado un Documento Informativo de dos páginas que responde a muchas de las dudas que se plantean los pacientes (o sus progenitores si son menores) cuando van a ser operados de estrabismo:
- ¿Deja cicatrices cutáneas la cirugía del estrabismo?
- ¿Ganaré visión con mi ojo estrábico si me opero?
- ¿Veré doble tras la cirugía del estrabismo?
- ¿Tendré que seguir tapándole a mi hijo el ojo dominante tras la cirugía?
- ¿Me operarán uno o los dos ojos?
- ¿Si mi hijo se opera, cuánto tiempo estará sin ir al colegio?, etc.
2.- Hemos realizado una encuesta de satisfacción a nuestros pacientes (o progenitores) operados de estrabismo, preguntándoles si el documento informativo respondía a la mayoría de sus dudas e inquietudes en relación con la cirugía del estrabismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Elaboración del documento informativo definitivo.
2.- Distribución del documento definitivo a los pacientes y/o progenitores operados de estrabismo en el último trimestre del 2018.
3.- Se ha reducido, significativamente, el número de consultas, tanto telefónicas, como físicas, en relación con la cirugía del estrabismo, lo cual nos permite ahorrar tiempo y dedicarlo a otras cuestiones de nuestra consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos redactado un DOCUMENTO INFORMATIVO claro y conciso, con lenguaje "asequible" al ciudadano medio, en el que se responden a muchas de las dudas que se plantean los pacientes (o sus progenitores, si son menores) que van a ser operados de estrabismo.
Este documento se reparte a los pacientes y familiares al mismo tiempo que leen y firman el consentimiento informado para cirugía del estrabismo.
Creemos que el documento es un elemento que mejora la relación médico-paciente y que ahorra un tiempo valioso al facultativo a la hora de tratar con los posibles operados.
Es importante que los pacientes que van a ser sometidos a cirugía de estrabismo (procedimiento poco conocido por la población general) dispongan de toda la información para afrontar el proceso con el menor estrés y ansiedad posible y con una actitud positiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1119 ===== ***

Nº de registro: 1119

Título
ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CIRUGIA DE ESTRABISMO

Autores:
REMON GARIJO LEON, PEREZ GARCIA DIANA, RAMIRO MILLAN PATRICIA, MINGUEZ MURO ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1119

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CIRUGIA DE ESTRABISMO

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cirugía del estrabismo representa una pequeña parte de toda la cirugía oftalmológica que se realiza en nuestro HCU. A diferencia de la cirugía de facoemulsificación para la extracción de cataratas, de la cirugía para el tratamiento del glaucoma, de la cirugía de retina y de otras cirugías oftalmológicas, todas las operaciones para la corrección de los estrabismos las llevamos a cabo con anestesia general, ingresando a nuestros pacientes la tarde anterior a la operación y dándoles de alta al día siguiente de la operación. La cirugía del estrabismo tiene unas características específicas que debemos tener en cuenta:

- Muchas veces la cirugía se lleva a cabo en niños, con la consiguiente ansiedad que genera la situación para toda la familia, tanto a los padres como a los hermanos, etc.
- La gente, en general, no tiene una idea clara de en qué consiste y como se realiza la cirugía del estrabismo.
- En el caso de los niños, muchos progenitores tienen serias dudas sobre los cuidados sobre el postoperatorio inmediato, sobre las actividades que pueden realizar sus hijos temporalmente tras la operación, sobre cuánto deben ausentarse de las clases, etc.
- En el caso de los adultos que operamos de estrabismo, también tienen numerosas preguntas: ¿puedo ver doble tras la operación?, ¿puedo conducir?, ¿cuanto tiempo aproximado estaré de baja laboral?, ¿me quedarán cicatrices visibles a nivel cutáneo?, etc.

Es evidente que en las consultas previas a la operación, algo hablamos con los pacientes, o con los progenitores que los acompañan caso de que sean menores; pero desgraciadamente, el tiempo que tenemos para las visitas no es tan amplio como nos gustaría y se quedan muchas preguntas "en el tintero".

RESULTADOS ESPERADOS

Que todos los operados y sus familiares tengan una buena información sobre la cirugía del estrabismo, sobretodo en relación al posoperatorio inmediato y a las recomendaciones y consejos que puedan favorecer su recuperación funcional, su calidad de vida y responda a muchas de sus dudas.

MÉTODO

Proponemos, que durante el primer cuatrimestre de 2018 vamos a redactar en la Sección de Estrabismos un Documento Informativo en el que trataremos de explicar a los pacientes de una manera clara, con un lenguaje comprensible y que no sea demasiado extenso, cómo es el postoperatorio a corto y medio plazo y las medidas que tienen que seguir, intentando responder a la mayoría de las preguntas que se nos plantean habitualmente en las consultas con todas aquellas personas a las que vamos a operar. Evidentemente, las informaciones contenidas en el consentimiento informado no serán objeto de este Documento Informativo. Creemos que este documento repartido a todos los pacientes que vayamos a operar (o a los progenitores en el caso de los menores de edad), puede aumentar el grado de satisfacción de los usuarios y ayudar a mejorar su calidad de vida durante el postoperatorio inmediato.

INDICADORES

Encuesta verbal y estadísticas de la sección.

DURACIÓN

-Enero a Abril 2018: Elaboración del Documento Informativo.
-Mayo a Octubre 2018: Entrega del Documento a los usuarios que van a ser operados de estrabismo (o a sus progenitores caso de que sean menores de edad).
-Noviembre 2018: Revisión del documento y redacción de posibles añadidos complementarios para responder a temas o cuestiones planteadas por los usuarios que no estuvieran reflejadas en el Documento inicial.
-Diciembre 2018: Elaboración del Documento Definitivo.

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 - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

Fecha de entrada: 21/02/2019

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
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la implantación de la técnica quirúrgica, han sido intervenidos 25 pacientes de glaucoma, de ellos 15 pacientes (60%), con diagnóstico de GPAA (glaucoma primario angulo abierto), 3 pacientes con glaucoma uveítico (12%), 3 pacientes con glaucoma corticoideo (12%) y 4 pacientes con cirugía glaucoma previa fracasada de trabeculectomía (16%).

La edad media 70 años, edades comprendidas entre los 55 y 85 años, 15 mujeres (60%) y 10 hombres (40%). De la muestra, 14 pacientes son del area de referencia del HCUZ (56%), 7 (28%) Barbastro, 3 Huesca (12%) 1 (4%) Calatayud.

En todos los pacientes se han analizado la agudeza visual, parámetros biomecánica corneal, Presión intraocular, astigmatismo corneal, calidad de vida y grado de satisfacción con la técnica.

Estos datos fueron analizados de forma preoperatoria, a la semana, 1, 2, 3, 6 meses, 1 año.

La realización de la técnica quirúrgica se hace de forma convencional en quirófano, siendo imprescindible el dispositivo iTrack que dispone de un sistema de iluminación de fibra óptica que rebota en la punta, iluminándola, para la realización de la cateterización del Canal de Schlem. No es preciso personal adicional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han analizado 25 ojos de 25 pacientes con un seguimiento medio de 10,6 meses. La presión intraocular media preoperatoria (PIO) era $28,4 \pm 7,5$ mmHg. La PIO medio al año era $15,9 \pm 4,7$ mmHg (prueba emparejada de t; $P = 0,0001$), con una reducción media desde el valor basal de 44% (rango, 11,1% a 82,8%). Después de 6 meses de seguimiento, un índice de éxito calificado basado en la PIO postoperatorio = 21, = 18, y = 16 mmHg fue obtenido en 23 (92%), 21 (84%), y 17 (68%) ojos. El número de medicamentos utilizados preoperatoriamente y en el seguimiento de 1 año fue de $3,2 \pm 0,9$ y $1,1 \pm 1,3$, respectivamente. Las complicaciones más frecuentemente observadas fue el hifema en 12 ojos (48%) y seidel (4%). El procedimiento entero según el protocolo estándar, no se pudo realizar en 1 paciente (4%).

En el subgrupo de los glaucomas corticoideos (3 pacientes 12%), la PIO media preoperatoria fue de $30,7 \pm 7,2$ mmHg (rango: 24-45). La media de la PIO en el seguimiento de 6 y 12 meses fue de $13,1 \pm 2,6$ mmHg y de $13,7 \pm 1,9$ mmHg, respectivamente. El éxito calificado y completo a los 6 y 12 meses fue de 100% para las dos definiciones. El número de medicamentos utilizados preoperatoriamente y en el seguimiento de 12 meses fue de $4,3 \pm 0,7$, y $0,2 \pm 1,0$, respectivamente.

En el subgrupo de los glaucoma uveíticos (3 pacientes 12%), se observó en una reducción significativa de la PIO, a partir de un nivel basal preoperatorio medio de $27,1 \pm 12,3$ mmHg a una media de $14,5 \pm 4,3$ mmHg ($p = 0,01$) a los 12 meses. El éxito completo (límite de 15 mmHg) fue alcanzado en seis pacientes. Sin embargo, el fracaso fue observado en cinco pacientes, dos de los cuales requirió cirugía adicional del glaucoma. Los medicamentos tópicos antiglaucomatosos se redujeron de $2,7 \pm 1,2$ (media \pm SD) al inicio a $0,6 \pm 1,2$ a los 24 meses ($p = 0,007$). La actividad de uveítis no aumentó después de la cirugía. La mejor agudeza visual corregida no se redujo; la catarata progresó en dos pacientes.

En el subgrupo de rescate de cirugía previa fallida (4 pacientes 16%), la PIO preoperatoria era $32,2 \pm 9,6$ mmHg. En este grupo de pacientes, la canaloplastia pudo completarse correctamente en 3 casos; en 1 caso, sin embargo, el canal de Schlemm no pudo ser canulados en los 360 grados, convirtiéndose en viscocanalostomía. El seguimiento oscilaba entre 6 y 14 meses (media, $16,7 \pm 9,3$ M). La PIO media en 2, 3, 6, y 12 meses era 17,3, 15,4, 14,7, y 16,3 mmHg, respectivamente.

El astigmatismo medio preoperatorio era $0,77 \pm 0,5$ Dioptrías (D), que aumentó a $3,3 \pm 1,7$ D en 2 semanas postoperatoriamente ($P = 0,05$; Wilcoxon-test). Posteriormente, el astigmatismo experimentó una disminución espontánea, alcanzando $1,9 \pm 0,8$ D a las 4 semanas y $1,2 \pm 0,74$ D a las 12 semanas postoperatoriamente. La mejor agudeza visual corregida, no cambió perceptiblemente. Seis meses después de canaloplastia, el astigmatismo medio alcanzó los valores preoperatorios de $0,86 \pm 0,52$ D. El astigmatismo a las 2 semanas se correlacionó perceptiblemente e inversamente con el IOP en 6 meses ($r = 0,59$, $P = 0,005$; Spearman).

Los pacientes intervenidos de canaloplastia CP ($n = 25$) fueron comparados a pacientes intervenidos de trabeculectomía TE ($n = 30$). En el grupo CP, el 57% de los pacientes expresaron gran satisfacción, mientras que el 41% de los pacientes del grupo TE dijeron que estaban muy satisfechos. La diferencia de satisfacción fue estadísticamente significativa ($P = 0,034$). Se necesitaron significativamente menos segundas cirugías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

después de CP (8% CP versus 35% TE, $P < 0.001$). Los pacientes fueron más positivos en el grupo CP (54% CP versus 37% TE, $P < 0.009$). El estrés relacionado con la atención postoperatoria fue menor en el grupo de CP en comparación con el grupo TE (14% frente a 46%). Las dificultades con las actividades de la vida cotidiana, como la lectura, eran mucho más bajas o incluso inexistentes después de la CP, y las quejas como ardor o picadura de los ojos eran significativamente menores en el grupo de CP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La canaloplastia es una técnica quirúrgica compleja; sin embargo, los resultados a mediano plazo son prometedores. El grado de complicaciones es escaso y rara vez son graves. La principal ventaja de este procedimiento es la ausencia de ampolla de filtración y la restauración fisiológica de la salida del humor acuoso.

Los resultados a medio plazo de canaloplastia en pacientes con glaucoma corticoesteroide-inducido, uveíticos y refractarios, son muy prometedores. La canaloplastia debe considerarse como una posible alternativa a la cirugía filtrante en estas formas de glaucoma, cuando la terapia médica no es suficiente para mantener el PIO dentro de límites razonables.

El cambio del astigmatismo después de canaloplastia sigue un curso claro del tiempo con un máximo en 2 semanas que alcanzan valores preoperatorios en 6 meses. La cantidad de astigmatismo inducido quirúrgicamente podría ser útil para predecir el resultado de la canaloplastia en términos de reducción de la PIO.

En comparación con trabeculectomía, la canaloplastia se asocia con menos deterioro de la calidad de vida (QoL) y mayor satisfacción del paciente después de la cirugía. Sin embargo, se necesitan datos a largo plazo sobre la reducción de la presión intraocular después de la cirugía para confirmar la satisfacción del paciente a largo plazo con esta cirugía.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1473 ===== ***

Nº de registro: 1473

Título
RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA

Autores:
IBÁÑEZ ALPERTE JUAN, PEREZ GARCIA DIANA, MARTINEZ MORALES JUANA, BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL, CHACON VALLES MANUEL, GARCES PINZOLAS ASUNCION, SIERRA GRACIA MARIA ELENA, ASCASO PUYUELO JAVIER

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La técnica de la canaloplastia es una nueva alternativa quirúrgica para el tratamiento del glaucoma, que pretende reducir la presión intraocular insertando un microcateter en toda la extensión del canal de Schlemm. Diferentes estudios han demostrado que esta intervención tiene un alto grado de eficacia y un nivel de seguridad superior a otras cirugías glaucomatosas, especialmente aquellas que requieren perforar el ojo y que implican mayor riesgo de hipotensión, inflamación o hemorragias.
La canaloplastia, que constituye una alternativa válida a las técnicas convencionales, es un paso más para intentar reducir la presión intraocular a largo plazo. Al ser una técnica no perforante y mínimamente invasiva no requiere la formación de una ampolla de filtración, lo cual reduce los riesgos de infección y posibilita una rehabilitación mucho más rápida.
Desde finales de 2017, la Unidad de Glaucoma del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" es el centro de referencia para esta técnica en la Comunidad Autónoma de Aragón.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

RESULTADOS ESPERADOS

Se estima que, a lo largo del 2018, unos 30 pacientes afectados de glaucoma puedan ser intervenidos en el Clínico con esta técnica.

El proyecto tiene como objetivo principal, analizar la implantación de esta técnica, considerando la efectividad, seguridad y complicaciones de la técnica.

Como objetivos secundarios se estudiarán los tiempos de espera quirúrgicos, éxito total y relativo, grado de satisfacción del paciente (cuestionarios VFQ-35 y SF-36).

MÉTODO

Cada paciente será analizado en la visita preoperatoria, al día siguiente, 2 semanas, mes 3 meses y 6 meses, estudiando en cada una de ellas la presión intraocular (mmHg), agudeza visual (ETDRS), biomecánica corneal y espesor coroidal.

Se realizará un análisis en conjunto de todos los pacientes intervenidos para analizar el grado de efectividad, seguridad y complicaciones de la canaloplastia y compararla con las técnicas convencionales.

INDICADORES

Valoración de la efectividad, seguridad y complicaciones de la técnica.

Como objetivos secundarios se estudiarán los tiempos de espera quirúrgicos, éxito total y relativo, grado de satisfacción del paciente (cuestionarios VFQ-35 y SF-36).

DURACIÓN

Se estima que, a lo largo del 2018, unos 20-30 pacientes afectados de glaucoma puedan ser intervenidos en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" con esta técnica.

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 - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA

Fecha de entrada: 21/02/2019

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
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la implantación de la técnica quirúrgica, han sido intervenidos 25 pacientes de glaucoma, de ellos 15 pacientes (60%), con diagnóstico de GPAA (glaucoma primario ángulo abierto), 3 pacientes con glaucoma uveítico (12%), 3 pacientes con glaucoma corticoideo (12%) y 4 pacientes con cirugía glaucoma previa fracasada de trabeculectomía (16%).

La edad media 70 años, edades comprendidas entre los 55 y 85 años, 15 mujeres (60%) y 10 hombres (40%). De la muestra, 14 pacientes son del área de referencia del HCUZ (56%), 7 (28%) Barbastro, 3 Huesca (12%) 1 (4%) Calatayud.

En todos los pacientes se han analizado la agudeza visual, parámetros biomecánica corneal, Presión intraocular, astigmatismo corneal, calidad de vida y grado de satisfacción con la técnica.

Estos datos fueron analizados de forma preoperatoria, a la semana, 1, 2, 3, 6 meses, 1 año.

La realización de la técnica quirúrgica se hace de forma convencional en quirófano, siendo imprescindible el dispositivo iTrack que dispone de un sistema de iluminación de fibra óptica que rebota en la punta, iluminándola, para la realización de la cateterización del Canal de Schlem. No es preciso personal adicional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han analizado 25 ojos de 25 pacientes con un seguimiento medio de 10,6 meses. La presión intraocular media preoperatoria (PIO) era $28,4 \pm 7,5$ mmHg. La PIO media al año era $15,9 \pm 4,7$ mmHg (prueba emparejada de t; $P = 0,0001$), con una reducción media desde el valor basal de 44% (rango, 11,1% a 82,8%). Después de 6 meses de seguimiento, un índice de éxito calificado basado en la PIO postoperatorio = 21, = 18, y = 16 mmHg fue obtenido en 23 (92%), 21 (84%), y 17 (68%) ojos. El número de medicamentos utilizados preoperatoriamente y en el seguimiento de 1 año fue de $3,2 \pm 0,9$ y $1,1 \pm 1,3$, respectivamente. Las complicaciones más frecuentemente observadas fue el hifema en 12 ojos (48%) y seidel (4%). El procedimiento entero según el protocolo estándar, no se pudo realizar en 1 paciente (4%).

En el subgrupo de los glaucomas corticoideos (3 pacientes 12%), la PIO media preoperatoria fue de $30,7 \pm 7,2$ mmHg (rango: 24-45). La media de la PIO en el seguimiento de 6 y 12 meses fue de $13,1 \pm 2,6$ mmHg y de $13,7 \pm 1,9$ mmHg, respectivamente. El éxito calificado y completo a los 6 y 12 meses fue de 100% para las dos definiciones. El número de medicamentos utilizados preoperatoriamente y en el seguimiento de 12 meses fue de $4,3 \pm 0,7$, y $0,2 \pm 1,0$, respectivamente.

En el subgrupo de los glaucoma uveíticos (3 pacientes 12%), se observó en una reducción significativa de la PIO, a partir de un nivel basal preoperatorio medio de $27,1 \pm 12,3$ mmHg a una media de $14,5 \pm 4,3$ mmHg ($p = 0,01$) a los 12 meses. El éxito completo (límite de 15 mmHg) fue alcanzado en seis pacientes. Sin embargo, el fracaso fue observado en cinco pacientes, dos de los cuales requirió cirugía adicional del glaucoma. Los medicamentos tópicos antiglaucomatosos se redujeron de $2,7 \pm 1,2$ (media \pm SD) al inicio a $0,6 \pm 1,2$ a los 24 meses ($p = 0,007$). La actividad de uveítis no aumentó después de la cirugía. La mejor agudeza visual corregida no se redujo; la catarata progresó en dos pacientes.

En el subgrupo de rescate de cirugía previa fallida (4 pacientes 16%), la PIO preoperatoria era $32,2 \pm 9,6$ mmHg. En este grupo de pacientes, la canaloplastia pudo completarse correctamente en 3 casos; en 1 caso, sin embargo, el canal de Schlemm no pudo ser canulados en los 360 grados, convirtiéndose en viscocanalostomía. El seguimiento oscilaba entre 6 y 14 meses (media, $16,7 \pm 9,3$ M). La PIO media en 2, 3, 6, y 12 meses era 17,3, 15,4, 14,7, y 16,3 mmHg, respectivamente.

El astigmatismo medio preoperatorio era $0,77 \pm 0,5$ Dioptrías (D), que aumentó a $3,3 \pm 1,7$ D en 2 semanas postoperatoriamente ($P = 0,05$; Wilcoxon-test). Posteriormente, el astigmatismo experimentó una disminución espontánea, alcanzando $1,9 \pm 0,8$ D a las 4 semanas y $1,2 \pm 0,74$ D a las 12 semanas postoperatoriamente. La mejor agudeza visual corregida, no cambió perceptiblemente. Seis meses después de canaloplastia, el astigmatismo medio alcanzó los valores preoperatorios de $0,86 \pm 0,52$ D. El astigmatismo a las 2 semanas se correlacionó perceptiblemente e inversamente con el IOP en 6 meses ($r = 0,59$, $P = 0,005$; Spearman).

Los pacientes intervenidos de canaloplastia CP ($n = 25$) fueron comparados a pacientes intervenidos de trabeculectomía TE ($n = 30$). En el grupo CP, el 57% de los pacientes expresaron gran satisfacción, mientras que el 41% de los pacientes del grupo TE dijeron que estaban muy satisfechos. La diferencia de satisfacción fue estadísticamente significativa ($P = 0,034$). Se necesitaron significativamente menos segundas cirugías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA

después de CP (8% CP versus 35% TE, $P < 0.001$). Los pacientes fueron más positivos en el grupo CP (54% CP versus 37% TE, $P < 0.009$). El estrés relacionado con la atención postoperatoria fue menor en el grupo de CP en comparación con el grupo TE (14% frente a 46%). Las dificultades con las actividades de la vida cotidiana, como la lectura, eran mucho más bajas o incluso inexistentes después de la CP, y las quejas como ardor o picadura de los ojos eran significativamente menores en el grupo de CP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La canaloplastia es una técnica quirúrgica compleja; sin embargo, los resultados a mediano plazo son prometedores. El grado de complicaciones es escaso y rara vez son graves. La principal ventaja de este procedimiento es la ausencia de ampolla de filtración y la restauración fisiológica de la salida del humor acuoso.

Los resultados a medio plazo de canaloplastia en pacientes con glaucoma corticoesteroide-inducido, uveíticos y refractarios, son muy prometedores. La canaloplastia debe considerarse como una posible alternativa a la cirugía filtrante en estas formas de glaucoma, cuando la terapia médica no es suficiente para mantener el PIO dentro de límites razonables.

El cambio del astigmatismo después de canaloplastia sigue un curso claro del tiempo con un máximo en 2 semanas que alcanzan valores preoperatorios en 6 meses. La cantidad de astigmatismo inducido quirúrgicamente podría ser útil para predecir el resultado de la canaloplastia en términos de reducción de la PIO.

En comparación con trabeculectomía, la canaloplastia se asocia con menos deterioro de la calidad de vida (QoL) y mayor satisfacción del paciente después de la cirugía. Sin embargo, se necesitan datos a largo plazo sobre la reducción de la presión intraocular después de la cirugía para confirmar la satisfacción del paciente a largo plazo con esta cirugía.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1473 ===== ***

Nº de registro: 1473

Título
RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA

Autores:
IBAÑEZ ALPERTE JUAN, PEREZ GARCIA DIANA, MARTINEZ MORALES JUANA, BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL, CHACON VALLES MANUEL, GARCES PINZOLAS ASUNCION, SIERRA GRACIA MARIA ELENA, ASCASO PUYUELO JAVIER

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La técnica de la canaloplastia es una nueva alternativa quirúrgica para el tratamiento del glaucoma, que pretende reducir la presión intraocular insertando un microcateter en toda la extensión del canal de Schlemm. Diferentes estudios han demostrado que esta intervención tiene un alto grado de eficacia y un nivel de seguridad superior a otras cirugías glaucomatosas, especialmente aquellas que requieren perforar el ojo y que implican mayor riesgo de hipotensión, inflamación o hemorragias. La canaloplastia, que constituye una alternativa válida a las técnicas convencionales, es un paso más para intentar reducir la presión intraocular a largo plazo. Al ser una técnica no perforante y mínimamente invasiva no requiere la formación de una ampolla de filtración, lo cual reduce los riesgos de infección y posibilita una rehabilitación mucho más rápida. Desde finales de 2017, la Unidad de Glaucoma del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" es el centro de referencia para esta técnica en la Comunidad Autónoma de Aragón.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA

RESULTADOS ESPERADOS

Se estima que, a lo largo del 2018, unos 30 pacientes afectados de glaucoma puedan ser intervenidos en el Clínico con esta técnica.

El proyecto tiene como objetivo principal, analizar la implantación de esta técnica, considerando la efectividad, seguridad y complicaciones de la técnica.

Como objetivos secundarios se estudiarán los tiempos de espera quirúrgicos, éxito total y relativo, grado de satisfacción del paciente (cuestionarios VFQ-35 y SF-36).

MÉTODO

Cada paciente será analizado en la visita preoperatoria, al día siguiente, 2 semanas, mes 3 meses y 6 meses, estudiando en cada una de ellas la presión intraocular (mmHg), agudeza visual (ETDRS), biomecánica corneal y espesor coroidal.

Se realizará un análisis en conjunto de todos los pacientes intervenidos para analizar el grado de efectividad, seguridad y complicaciones de la canaloplastia y compararla con las técnicas convencionales.

INDICADORES

Valoración de la efectividad, seguridad y complicaciones de la técnica.

Como objetivos secundarios se estudiarán los tiempos de espera quirúrgicos, éxito total y relativo, grado de satisfacción del paciente (cuestionarios VFQ-35 y SF-36).

DURACIÓN

Se estima que, a lo largo del 2018, unos 20-30 pacientes afectados de glaucoma puedan ser intervenidos en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" con esta técnica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0055

1. TÍTULO

ELABORACION DE LAS ALTAS QUIRURGICAS POR LOS FACULTATIVOS DE LA SECCION DE OFTALMOLOGIA PEDIATRICA EN EL ANTE QUIROFANO

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE PATRICIA RAMIRO MILLAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

REMON GARIJO LEON
PEREZ GARCIA DIANA
CARMELLO ALVAREZ CONSTANZA
PEREZ NAVARRO ITZIAR
SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha llevado a cabo la incorporación del programa Hp doctor en el ordenador de la sala de estar de los quirófanos 18 y 19. En el mes de marzo, la secretaria de oftalmología, nos hizo una formación a los médicos del servicio de oftalmología pediátrica y, desde el mes de Abril se han hecho las altas correspondientes a las intervenciones quirúrgicas que no necesitan forzosamente ingreso, dando las altas de estos niños, en la sala de estar de los quirófanos de oftalmología en el momento que están bajo supervisión de anestesia y, ahorrándonos la espera en la planta de pediatría. En la actualidad, seguimos realizando las altas de los pacientes que ingresan para sondajes lagrimales de esta forma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Hemos conseguido acortar el tiempo de estancia de los pacientes pediátricos que vienen a realizarse un sondaje lagrimal simple.
2.- No se han tenido que realizar correcciones de los informes de alta de estos pacientes.
3.- Se han dejado libres las camas del servicio de pediatría a mediodía, consiguiendo no masificar dicha planta. Los padres se van con toda la información en la mano desde el quirófono, sin necesidad de tener que estar esperando en la habitación mas tiempo del estrictamente necesario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Acortar los tiempos de ingreso de pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente.
- Dejar camas libres antes del mediodía.
- Evitar errores de transcripción en las altas.
- No contribuir a la masificación de la planta de pediatría con pacientes que pueden ser controlados por nosotros desde el quirófono.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/55 ===== ***

Nº de registro: 0055

Título
ELABORACION DE LAS ALTAS QUIRURGICAS POR LOS FACULTATIVOS DE LA SECCION DE OFTALMOLOGIA PEDIATRICA EN EL ANTE QUIROFANO

Autores:
RAMIRO MILLAN PATRICIA, REMON GARIJO LEON, PEREZ GARCIA DIANA, CARMELLO ALVAREZ CONSTANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0055

1. TÍTULO

ELABORACION DE LAS ALTAS QUIRURGICAS POR LOS FACULTATIVOS DE LA SECCION DE OFTALMOLOGIA PEDIATRICA EN EL ANTE QUIROFANO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El programa Hp doctor, es una base de datos donde se recoge la actividad del paciente y a la que se añaden los informes adjuntos para que cualquier usuario los pueda consultar. Se usa en los hospitales desde hace años para la realización de altas médicas y/o quirúrgicas por parte de los distintos servicios que componen el hospital. El servicio de oftalmología consta de varias secretarías que, desde hace tiempo, son las encargadas de transcribir, en dicho programa, las altas que les damos prerredactadas. Dado el aumento del volumen de cirugías que hemos sufrido en los últimos años, esta tarea alarga los tiempos de permanencia de los pacientes ingresados, ya que, en muchas ocasiones, deben esperar hasta el final de la mañana para poder ser dados de alta, debido a que debemos esperar a que las altas estén hechas y, nos obliga a subir a la propia planta del paciente para poder entregársela físicamente.

En el caso de la sección de oftalmología pediátrica, hemos cambiado el protocolo de ingreso de algunas intervenciones quirúrgicas, como son los sondajes lagrimales, con el fin de que esos pacientes puedan ser dados de alta a lo largo de la mañana, sin necesidad de ocupar una cama más tiempo que el estrictamente necesario.

RESULTADOS ESPERADOS

Planteamos la posibilidad de incorporar el programa Hp doctor al ordenador del cuarto de estar del personal sanitario del quirófano 18 y 19 para que cada cirujano pueda redactar el alta del paciente en un formato reglado y formal y así poder darla desde el quirófano, sin necesidad de dilatar el tiempo de estancia del paciente. En el caso de la sección de oftalmología pediátrica, podríamos redactar las altas de los pacientes que ingresan esa misma mañana, para llevar a cabo un sondaje lagrimal, sin necesidad de complicar la estancia del niño y sin sobrecargar de trabajo al personal de enfermería de la planta. A la hora de dar el alta administrativa, descargaríamos de trabajo a las secretarías, disminuiríamos los errores de transcripción, acortaríamos los tiempos de permanencia hospitalarios de los pacientes y dejaríamos camas libres antes del mediodía.

MÉTODO

Redactar los facultativos de la sección de oftalmología pediátrica las altas quirúrgicas, en el antequirófano, de los pacientes a los que se les realiza un sondaje lagrimal simple, sin necesidad de que tengan que esperar toda la mañana en la planta de lactantes a que se les entregue la misma.

INDICADORES

- Cuantificar tiempo de permanencia hospitalaria de los pacientes de la sección de oftalmología pediátrica que van a ser sometidos a sondaje lagrimal simple.
- Valorar número de altas que han tenido que ser modificadas por errores tipográficos.
- Recoger horas de salida del hospital de los pacientes pediátricos ingresados para sondaje lagrimal simple.

DURACIÓN

Febrero: Formación en el programa Hp doctor
Marzo-Noviembre: Realización de altas por parte de los oftalmólogos de la sección de oftalmología pediátrica.
Noviembre: Revisión del tiempo de estancia (en horas) de los pacientes ingresados para la realización de un sondaje lagrimal. Revisión del número de altas hechas desde Marzo del 2019 y cuantificar las que tienen errores modificables.
Diciembre: Realizar estadística del tiempo de permanencia hospitalaria (medido en horas) en pacientes de oftalmología pediátrica que vayan a ser sometidos a un sondaje lagrimal simple, así como del porcentaje de camas que se quedan libres antes del mediodía.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0097

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO PARA LA INYECCIÓN DE AIRE O GAS EN CÁMARA ANTERIOR EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA MEMBRANA DE DESCOMET

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE CONSTANZA CARAMELLO ALVAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEL BUEY SAYAS MARIA ANGELES
CASAS PASCUAL PAULA
LOPEZ RUIZ NURIA
BARTOLOME SESE ISABEL
BERNOILLES ALCALDE JULEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un consentimiento informado para un tipo específico de procedimiento quirúrgico. Se ha utilizado en aquellos pacientes que debían de ser sometidos a la inyección de aire o gas en cámara anterior como tratamiento para el desprendimiento de la membrana de Descemet corneal. Se realizó una búsqueda bibliográfica de la eficacia de dicho procedimiento frente a otras actitudes terapéuticas y de sus posibles complicaciones postoperatorias. Los datos obtenidos se incluyeron en el consentimiento informado procurando que dicha información fuese clara y de fácil comprensión para los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha mejorado la comprensión de la técnica quirúrgica y la necesidad de la realización de la misma por parte de los pacientes y de sus acompañantes a través de un consentimiento informado específico. De este modo se ha garantizado que el médico ha propuesto y ha explicado el procedimiento, tanto si el paciente accede a la intervención como si la rechaza.
Se ha mejorado la calidad asistencial al reducir tiempos de espera debido a la existencia de un consentimiento informado elaborado que permite no tener que redactarlo en cada futura intervención.
Se ha cuantificado en 2 los casos en los que ha sido utilizado dicho consentimiento desde junio de 2019 a diciembre 2019. Los pacientes han comunicado que a través del mismo han sido capaces de entender el procedimiento quirúrgico con sus riesgos y beneficios. Los dos pacientes accedieron a la intervención.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO LOZANO BLESA.
SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA.

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos.....Nombre.....Fecha de nacimiento.....
.....NHC.....
Afilación.....Sexo.....
Domicilio.....
Población.....Teléfono.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INYECCIÓN DE AIRE O GAS EN CÁMARA ANTERIOR (DESCEMETOPEXIA) EN DESPRENDIMIENTOS DE LA MEMBRANA DE DESCOMET.

Médico: Fecha:

La Membrana de Descemet es la membrana basal de la capa endotelial corneal. La Membrana de Descemet y el endotelio corneal son fundamentales para conservar la transparencia corneal. Si existe una disfunción de en sus mecanismos se produce un edema en la córnea y una pérdida de la agudeza visual.

En el Desprendimientos de la Membrana de Descemet se produce una separación de la Membrana de Descemet y del endotelio del resto de capas corneales. Los Desprendimientos de la Membrana de Descemet se producen principalmente tras la cirugía de catarata o tras cirugía de trasplante de córnea.

Existen distintas medidas terapéuticas para su manejo: conservador, médico o quirúrgico. El manejo quirúrgico se reserva a aquellos casos en los que las medidas anteriores no son eficaces para su resolución.

Entre las opciones quirúrgicas se encuentran la reapliación de la Membrana de Descemet y del endotelio con aire o gas (Descemetopexia). Los estudios han concluido que la Descemetopexia es una opción segura y eficaz. La técnica consiste en la inyección de aire o gas en cámara anterior para empujar la Membrana de Descemet y el endotelio hacia la parte mas anterior del ojo y facilitar la adhesión con el resto de capas corneales. En algunos casos será necesario que el paciente permanezca durante cierto tiempo en posición decúbito supino para garantizar la refijación de los tejidos.

Las posibles complicaciones son la infección ocular, la hipertensión ocular, reacciones tóxicas o fallo del procedimiento quirúrgico. Los riesgos propios de la anestesia son : hemorragia retrobulbar, oclusión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0097

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO PARA LA INYECCIÓN DE AIRE O GAS EN CÁMARA ANTERIOR EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA MEMBRANA DE DESCOMET

vascular, lesión del nervio óptico, perforación ocular, depresión cardio-respiratoria y reacción tóxica alérgica.

Es necesario llevar un tratamiento médico en el postoperatorio y realizar visitas a la consulta en el plazo que su médico considere oportuno.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado por el médico de los riesgos y complicaciones, explicados en este documento, relacionados con el procedimiento que se me va a realizar.

Estoy satisfecho/a con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes, me han aclarado todas las dudas planteadas y sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por ello doy mi consentimiento expreso para que se me realice dicha intervención.

Firma del paciente Firma del médico

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D/Da.....DNI

en calidad de....., es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión. He sido suficientemente informado/a de la intervención que se le va a realizar y otorgo expresamente mi consentimiento, que podré retirar en el momento que lo desee.

Firma del tutor o familiar Firma del médico

NO AUTORIZO/ REVOCO cualquier autorización plasmada en el presente impreso. Me han sido explicadas, entiendo y asumo las repercusiones que pudieran derivarse de esta decisión sobre la evolución del proceso.

Firma del paciente, tutor o representante legal

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración ha sido positiva con la posibilidad de la utilización de dicho consentimiento de una forma estandarizada en los casos en los que sea necesario. El proyecto es sostenible y aplicable a la práctica clínica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/97 ===== ***

Nº de registro: 0097

Título
ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECIFICO PARA LA INYECCION DE AIRE O GAS EN CAMARA ANTERIOR EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA MEMBRANA DE DESCOMET

Autores:
CAMELLO ALVAREZ CONSTANZA, DEL BUEY SAYAS MARIA ANGELES, CASAS PASCUAL PAULA, LOPEZ RUIZ NURIA, BARTOLOME SESE ISABEL, BERNOILLES ALCALDE JULEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0097

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO PARA LA INYECCIÓN DE AIRE O GAS EN CÁMARA ANTERIOR EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA MEMBRANA DE DESCOMET

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 .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El desprendimiento de la membrana de Descemet (DMD) produce edema corneal y visión borrosa. Bernard Samuels lo describió en 1928. Scheie lo constató en 1964 como complicación tras cirugía de catarata. Con la introducción de la tomografía de coherencia óptica (OCT) de segmento anterior estos desprendimientos pueden ser diagnosticados de una manera más específica analizando las áreas patológicas de una forma más objetiva. Los DMD se producen principalmente tras la cirugía de catarata o tras cirugía de trasplante de endotelio corneal (DMEK o DSAEK), en las que muchas veces se necesita reforzar la adhesión del injerto endotelial al resto de capas corneales. Aunque se han descrito casos de resolución espontánea, en la mayoría de pacientes es necesario promover la unión de las capas corneales. Para ello se inyecta en cámara anterior aire o gas (SF6 principalmente) y así se empuja el endotelio hacia una posición más anterior y se estimula su adhesión al resto de capas. Esta maniobra se realiza en quirófano y para ello sería conveniente que los facultativos dispusiéramos de un consentimiento informado específico de la técnica para poder informar de una forma más adecuada del objetivo y de los riesgos de la misma a nuestros pacientes. Durante el 2018 en nuestro servicio se han registrado algunos casos de DMD tras cirugía de catarata y tras la técnica de trasplante endotelial con DMEK o DSAEK, en los que se ha tenido que recurrir a la realización de esta técnica quirúrgica. Incluso existe un caso de DMD tras una perforación corneal por un herpes. En estas situaciones se ha tenido que realizar un consentimiento informado de forma manual dado que no se dispone de uno redactado que recoja los riesgos y beneficios de forma sistemática de la maniobra.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la comunicación y la comprensión de la técnica quirúrgica por parte de los pacientes y de sus acompañantes a través del consentimiento informado específico de la técnica quirúrgica.
Garantizar que el médico ha propuesto y ha explicado a un paciente la técnica quirúrgica descrita, tanto si el paciente accede a la realización de la técnica como si la rechaza.
Mejorar la calidad asistencial al reducir tiempos de espera debido a la existencia de un consentimiento redactado que no necesita ser elaborado en cada caso de DMD

MÉTODO

Se elaborará el consentimiento informado por medio de una revisión bibliográfica extensa del tema para incluir en él los beneficios y los riesgos de la técnica quirúrgica.
Se realizará una reunión de los facultativos especialistas en polo anterior del servicio de oftalmología para constatar que dicho documento es acorde a la buena práctica clínica y que en él se resumen los fundamentos de la maniobra quirúrgica.
Se cuantificará el uso de dicho consentimiento informado para evaluar a final del período de que manera a facilitado la atención clínica de los pacientes.
Se pedirá a los pacientes que valoren en una escala de 0 a 10 si a través de la lectura de dicho consentimiento informado y junto con las explicaciones de su oftalmólogo han sido capaces de entender el procedimiento quirúrgico que se les iba a realizar, junto con sus riesgo y sus beneficios.

INDICADORES

Cuantificar el número de casos y consentimientos informados que han sido utilizados a lo largo del año.
Cuantificar los consentimientos informados en los que los pacientes han aceptado y han rechazado la técnica quirúrgica.
Cuantificar el tiempo que se reduce al tener el consentimiento informado preparado para entregárselo al paciente.

DURACIÓN

Calendario:
Febrero-Marzo 2019: realización de una búsqueda bibliográfica sobre el tema y elaboración del borrador del consentimiento
Marzo 2019: Reunión de los facultativos de polo anterior para que cada uno exprese su opinión en relación al mismo y cómo puede mejorarse para garantizar una mejor comunicación y comprensión del paciente.
Abril 2019: Comienzo de uso del nuevo consentimiento informado
Abril- Diciembre 2019: Cuantificación del número de consentimientos utilizados y valoración por parte de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0097

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO PARA LA INYECCIÓN DE AIRE O GAS EN CÁMARA ANTERIOR EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA MEMBRANA DE DESCOMET

pacientes del mismo y de la comprensión del procedimiento quirúrgico.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0147

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LISTADO DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD QUIRURGICA (LVSQ) A LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA

Fecha de entrada: 24/12/2019

2. RESPONSABLE ENRIQUE MINGUEZ MURO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA
SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO
BARTOLOME SESE ISABEL
DEL BUEY SAYAS MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre los meses de Marzo y Julio de 2019, se mantuvieron un total de 5 reuniones entre los miembros del equipo de mejora. En la primera de ellas (Marzo 2019) se procedió a diseñar la estrategia del trabajo y en la segunda (Marzo 2019) a analizar el listado de verificación de la seguridad quirúrgica (LVSQ) existente, proponiendo los cambios en aquellos epígrafes que se considerara que no eran relevantes desde el punto de vista oftalmológico. Debido a la escasa bibliografía existente, el cronograma previamente previsto tuvo que retrasarse. Se decidió analizar cuáles eran las diferencias sustanciales de nuestra actividad en relación al resto de especialidades quirúrgicas y cuáles eran los mayores problemas de seguridad detectados. Fruto de esas reuniones, se alcanzaron las siguientes conclusiones:

1. Los procedimientos quirúrgicos oftalmológicos difieren sustancialmente de otras intervenciones sobre otros órganos y tejidos básicamente en tres aspectos:

-La escasa programación de anestesia general (menos del 10%)

-Las cirugías mayoritariamente son "limpias". La única profilaxis antibiótica protocolizada, se utiliza cuando se implantan prótesis y siempre al final de la cirugía y por vía directa intraocular.

-La repercusión de los procedimientos sobre el estado general del paciente es mínima.

2. Al objeto de de conservar una unidad de actuación entre aquellos profesionales que no siempre están ubicados en los quirófanos de oftalmología, se decide realizar algunas modificaciones en el texto del LVSQ, pero limitándolo a lo más específico e imprescindible.

3. Los mayores problemas para la seguridad quirúrgica de los pacientes dentro de nuestra especialidad se concentran en los siguientes ítem.

-Confusiones sobre la lateralidad del órgano a intervenir. La población sobre la que se actúa en oftalmología suele ser de edad avanzada, no es infrecuente que recuerden mal la información transmitida. En muchas ocasiones la patología es bilateral, el paciente puede percibir como más afectado, no necesariamente el ojo sobre el que hay que priorizar la cirugía.

Habitualmente la mayor parte de las cirugías oculares precisan preparación previa, por lo que los ojos llega cubiertos y de alguna manera "marcados" a quirófano. Sin embargo algunas cirugías (párpados, visa lagrimales...) no precisan preparación previa, con la finalidad de aumentar la seguridad del paciente se proporcionaran instrucciones para que todos los pacientes que vayan a ser intervenidos tanto en la unidad de cirugía ambulatoria, como de hospitalización e independientemente del tipo de cirugía que requieran se les ocluya el ojo como medida adicional de seguridad. Cuando se trate de cirugía sin ingreso esta maniobra será realizada por le personal de enfermería en la recepción en quirófano.

-Sorpresa refractiva. La cirugía de catarata, persigue no sólo mejorar la agudeza visual de los pacientes sino también corregir, en lo posible, los defectos refractivos pre existentes. Con este propósito se implantan lentes intraoculares de diferentes potencias dióptricas, previamente calculadas, siendo esta una causa no infrecuente de errores.

Por otra parte, la extracción de la catarata es uno de los procedimientos quirúrgicos más habituales tanto en oftalmología (80% en nuestro caso) como en la casuística de un hospital general.

No parece oportuno crear un LSVQ específico para la extracción de cataratas, pero si que parece necesario que se incluya este apartado a completar por el cirujano, en la entrada del paciente a quirófano.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se decide mantener el formato actual de LVSQ realizando unicamente los siguientes modificaciones en su contenido respecto al título: Incluir el sustantivo "Oftalmología" como elemento diferenciador del resto de listados.

En el epígrafe primero: "Antes de la administración de la anestesia".

Incluir también al cirujano, en el grupo de profesionales que deben intervenir, con la observación entre paréntesis "Si se va a implantar lente intraocular".

En el apartado segundo se modifica "Lugar del cuerpo marcado / no procede" por "marcado del lado a intervenir"

En el apartado séptimo se prescinde de: "Riesgo de hemorragia, reserva de sangre / No procede".

En el apartado octavo se retira "¿Se ha comprobado la profilaxis antibiótica según protocolo?" esta referencia pasa al epígrafe tercero. En su lugar se incluye : ¿Se ha comprobado si la biometría utiliza la fórmula de cálculo adecuada?. La potencia de la LIO es congruente con la longitud axial?

El epígrafe segundo: "Antes de la incisión de la piel" no sufre ningún cambio

En el epígrafe tercero: "Antes de la salida del paciente de quirófano" se incluye un cuarto apartado "El cirujano confirma que se ha administrado la profilaxis antibiótica según protocolo".

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0147

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LISTADO DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD QUIRURGICA (LVSQ) A LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El LVSQ ha demostrado ser una herramienta muy útil para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables. El listado de epígrafes que deben revisarse, incluyen una serie de ítems generales que resultan adecuados para cualquier tipo de procedimiento quirúrgico: Identificación del paciente, localización del sitio a tratar, existencia de consentimientos etc. mientras que otros están pensados para cirugías de cierta envergadura (previsión de riesgo de hemorragias, riesgo anestésico etc). En oftalmología más del 95% de las intervenciones se realizan bajo anestesia local y la posibilidad de que existan repercusiones sistémicas debidas a la intervención son excepcionales. Pensamos que es recomendable, realizar modificaciones en el actual modelo de LVSQ, para adecuarlo a la cirugía ocular, lo que sin duda lo hará más atractivo para los profesionales que deben realizarlo, sin que esto suponga una ampliación en el número de epígrafes a verificar, ni implique un mayor riesgo para la seguridad del paciente.

7. OBSERVACIONES.

Los cambios propuestos estas pendientes de aprobación por parte del a Comisión de Historias Clínicas de nuestro centro

*** ===== Resumen del proyecto 2019/147 ===== ***

Nº de registro: 0147

Título
ADAPTACION DE LISTADO DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD QUIRURGICA (LVSQ) A LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA

Autores:
MINGUEZ MURO ENRIQUE, CARMELLO ALVAREZ CONSTANZA, SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO, BARTOLOME SESE ISABEL, BUEY SAYAS MARIA ANGELES

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El LVSQ ha demostrado ser una herramienta muy útil para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables. El listado de epígrafes que deben revisarse, incluyen una serie de ítems generales que resultan adecuados para cualquier tipo de procedimiento quirúrgico: Identificación del paciente, localización del sitio a tratar, existencia de consentimientos etc. mientras que otros están pensados para cirugías de cierta envergadura (previsión de riesgo de hemorragias, riesgo anestésico etc). En oftalmología más del 95% de las intervenciones se realizan bajo anestesia local y la posibilidad de que existan repercusiones sistémicas debidas a la intervención son excepcionales.

RESULTADOS ESPERADOS
Modificar el texto actual del LVSQ utilizado en el Hospital Clínico Lozano Blesa, para adecuarlo a las características especiales que se dan en la cirugía ocular, haciéndolo más atractivo para el profesional y aumentando la seguridad para el paciente, al consignar riesgos específicos de este tipo de cirugía.

MÉTODO
-Análisis del actual documento de verificación para detectar aquellos epígrafes que pudieran ser sustituidos sin afectar a la seguridad del paciente. Todos los miembros del equipo.
-Evaluación de las causas más habituales de efectos adversos evitables en cirugía ocular. Todos los miembros del equipo.
-Redacción de nuevos ítem específicos para cirugía ocular. Todos los miembros del equipo.

INDICADORES
Documento consensado y aprobado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0147

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LISTADO DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD QUIRURGICA (LVSQ) A LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA

Revisión aleatoria de historias clínicas de pacientes intervenidos

DURACIÓN

Marzo-Abril 2019: Evaluación del actual documento de verificación, para determinar los epígrafes que puedan ser sustituidos.

Mayo-Junio 2019: Redacción de nuevos epígrafes específicos para cirugía ocular

Julio 2019. Remisión del documento para su aprobación.

Setiembre-Octubre de 2019. Implantación del nuevo documento de verificación.

Noviembre 2019. Análisis 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 - 2019/0314

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LISTAS DE ESPERA QUIRURGICAS DE CIRUGIA DE CATARATA EN C. S. A. R. CINCO VILLAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO SANCHEZ MARIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ NAVARRO ITZIAR
IBÁÑEZ ALPERTE JUAN
PEREZ GARCIA DIANA
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realiza un protocolo específico de canalización, basado en la experiencia en otros centros hospitalarios.
- Se realiza una reunión con la dirección y el personal de enfermería del centro sanitario de alta resolución (C. S. A. R.) de las Cinco Villas para la propuesta y puesta en marcha de nuestro proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La falta de anestesiastas en el sector III obligó a suspender la actividad quirúrgica en el centro de especialidades C. S. A. R. de las Cinco Villas durante casi 1 año por lo que la lista de espera quirúrgica aumentó considerablemente y por tanto no se pudo proponer el proyecto y protocolo al servicio de anestesia para de mejora de asistencia de pacientes subsidiarios a cirugía de catarata.
En Mayo del 2019 con la nueva contratación de anestesiastas ajenos al sector III se reanudó la actividad quirúrgica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No podemos concluir, pero en la reunión se puso de manifiesto el interés por parte de los Oftalmólogos y dirección del centro del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/314 ===== ***

Nº de registro: 0314

Título
MEJORA EN LA GESTION DE LISTAS DE ESPERA QUIRURGICAS DE CIRUGIA DE CATARATA EN C. S. A. R. CINCO VILLAS

Autores:
SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO, PEREZ NAVARRO ITZIAR, IBAÑEZ ALPERTE JUAN, PEREZ GARCIA DIANA, 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

La catarata se trata de una enfermedad causada por la pérdida de transparencia del cristalino asociada, en la mayoría de los casos, a la edad. Debido al envejecimiento poblacional, esta patología se ha convertido en una de las cirugías más realizadas en nuestro ámbito y que, por tanto, requiere una protocolo de actuación específico para las listas de espera quirúrgicas.

En la actualidad, a los paciente se les realiza una consulta oftalmológica preoperatoria en la que se lleva a cabo una valoración exhaustiva de su patología y son incluidos en lista de espera. Posteriormente, tienen que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0314

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LISTAS DE ESPERA QUIRURGICAS DE CIRUGIA DE CATARATA EN C. S. A. R. CINCO VILLAS

acudir a una consulta de valoración anestésica previa a la cirugía.
El paciente queda a la espera de la cirugía sin saber una fecha concreta para la intervención.

Durante el último año se ha detectado una excesiva demora para la consulta oftalmológica preoperatoria en el centro sanitario de alta resolución (C.S.A.R.) de las Cinco Villas por lo que nuestra propuesta de mejora consiste en disminuir al máximo el tiempo de espera quirúrgico, pudiendo asignar al paciente el mismo día de la consulta la fecha de la cirugía. Para ello, es necesaria una colaboración estrecha entre los Servicios de Anestesia y Oftalmología.

RESULTADOS ESPERADOS

Reducir el tiempo de espera quirúrgico en la cirugía de cataratas en el C. S. A. R. Cinco Villas y mantener informado al paciente acerca de los plazos de la intervención.

MÉTODO

Establecer un protocolo específico de canalización, basado en la experiencia de otros centros hospitalarios y proponer este circuito al Servicio de Anestesia.

INDICADORES

Evaluación trimestral del tiempo de espera quirúrgico, desde el momento que se apruebe el protocolo.

DURACIÓN

Fecha de inicio del proyecto: Enero de 2019 (Comunicación trimestral del tiempo de espera quirúrgico en días)
Fecha de final del proyecto: Enero de 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0315

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE TECNICA MICROINVASIVA (IMPLANTE XEN) PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ITZIAR PEREZ NAVARRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

IBÁÑEZ ALPERTE JUAN
SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO
MARTINEZ MORALES JUANA
PEREZ GARCIA DIANA
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER
CHACON VALLES MANOLO
BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización de 1 sesión clínica de actualización de conocimientos sobre el dispositivo drenaje XEN
Tutorización de 2 sesiones quirúrgicas con personal entrenado.
- Selección de pacientes tributarios de esta técnica de acuerdo a los criterios de inclusión. Un total de 36 pacientes con glaucoma fueron seleccionados en este último año para colocar dispositivo XEN, de ellos 21 pacientes (60%), con diagnóstico de GPAA (glaucoma primario ángulo abierto), 14 pacientes con glaucoma pseudoexfoliativo (37%), y 1 pacientes con cirugía glaucoma previa fracasada de trabeculectomía (3,6%). De las 36 cirugías, 28 (77,77%) fueron cirugías combinadas de catarata y glaucoma realizándose en un mismo acto quirúrgico facoemulsificación con implante de dispositivo XEN. La edad media fue de 68 años con edades comprendidas entre los 55 y 85 años, 20 mujeres (55,55%) y 16 hombres (44,44%).
- Revisiones en las consultas especializadas de glaucoma en el postoperatorio inmediato, a la semana, mes, 3 meses, 6 meses posteriores a la cirugía; se les revisó la agudeza visual, presión intraocular y grado de calidad y satisfacción con la técnica quirúrgica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han estudiado 36 ojos de 36 pacientes con glaucoma con un seguimiento de 6 meses.
La presión intraocular (PIO) media preoperatoria fue de 19,46 mmhg (12- 28) y la PIO media a los 6 meses de la cirugía fue de 14,83 mmhg (10- 24). Se redujo la PIO respecto a valores basales tras la cirugía en la mayoría de los casos, se observa una reducción del 36% de la PIO preoperatoria. De los 36 casos 1 de ellos requirió cirugía posterior convencional con trabeculectomía y 10 de ellos precisaron de la realización de un needling para garantizar la viabilidad del implante.
La media de colirios preoperatorios y en el seguimiento empleados fueron de 2,5 y 0,9 respectivamente, por lo que se observa una reducción del 64% del número previo de colirios para controlar PIO.

A todos los pacientes se les realizaron el cuestionario de salud SF-36 y el cuestionario para la medición de la calidad de vida relativa a la visión VFQ-25 previamente y a los 6 meses después de la cirugía. El resultado general obtenido ha sido bueno, los pacientes presentaron una respuesta favorable a la intervención. Se observó una mejoría con las actividades cotidianas, como la lectura y las quejas como ardor o prurito en los ojos eran significativamente menores tras la cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El implante XEN es una alternativa mínimamente invasiva al tratamiento quirúrgico convencional (trabeculectomía) para bajar la presión intraocular, su implantación es sencilla y rápida además al ser una cirugía poco invasiva reduce y mejora la recuperación del paciente.
En comparación con otros procedimientos convencionales el XEN se asocia con menos deterioro de la calidad de vida y mayor satisfacción del paciente después de la cirugía.
Los resultados son prometedores a corto plazo, pero sin embargo hemos notado que existe un porcentaje no deseado que ha requerido la realización de un needling con mitomicina C posterior para garantizar la viabilidad del dispositivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/315 ===== ***

Nº de registro: 0315

Título
IMPLANTACION DE TECNICA MICROINVASIVA (IMPLANTE XEN) PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0315

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE TECNICA MICROINVASIVA (IMPLANTE XEN) PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

Autores:
PEREZ NAVARRO ITZIAR, IBAÑEZ ALPERTE JUAN, SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO, MARTINEZ MORALES JUANA, PEREZ GARCIA DIANA, ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER, CHACON VALLES MANOLO, BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El glaucoma es una enfermedad que afecta al nervio óptico, se produce por un incremento de la presión intraocular, provocado a su vez por una obstrucción en la salida del humor acuoso del ojo. Constituye la principal causa de ceguera irreversible a nivel mundial.

Cada vez hay más pacientes con glaucoma que requieren tratamiento crónico con gotas o que por su condición de glaucoma refractario necesiten un procedimiento quirúrgico.

En la actualidad existe una alternativa mínimamente invasiva al tratamiento quirúrgico convencional, es la colocación de un dispositivo de drenaje (ab interno) que crea una nueva vía de flujo de salida del humor acuoso: son los procedimientos MIGS (Minimally invasive glaucoma surgery) que permiten controlar la presión intraocular, y por tanto el glaucoma. Su implantación se realiza a través de una cirugía mínimamente invasiva, lo que acorta y simplifica la intervención, reduce y mejora la recuperación del paciente, disminuye las complicaciones y aumenta la seguridad de la intervención. Además su implantación puede ser una opción para aquellos paciente con problemas de superficie ocular a causa del tratamiento tópico con colirios antiglaucomatosos.

RESULTADOS ESPERADOS

Evaluar la eficacia de un procedimiento MIGS tipo XEN en términos de reducción de presión intraocular (PIO) y de reducción de tratamiento hipotensor tópico a los 6 meses de seguimiento en pacientes con glaucoma.

Valorar si existe una mejora de la calidad vida en aquellos pacientes con glaucoma que se les realice cirugía de implante de dispositivo XEN.

MÉTODO

Seleccionaremos a los pacientes tributarios de esta técnica.

Los pacientes que sean sometidos a la implantación quirúrgica de XEN, serán revisados en las consultas especializadas de glaucoma en el postoperatorio inmediato a la semana, mes, 3 meses y 6 meses posteriores a la cirugía.

Se realizara un análisis en conjunto de todos los pacientes intervenidos con esta técnica para analizar el grado de efectividad y compararla con las técnicas quirúrgicas convencionales.

No es necesario material quirúrgico adicional ni nuevo personal, ya que los miembros de la sección de glaucoma esta ya formados para la realización de esta nueva técnica.

INDICADORES

- Determinación de la presión intraocular y evaluación oftalmológica general en cada una de las revisiones.
- Porcentaje de reducción de PIO respecto a previa basal
- Reducción del número de colirios hipotensores necesarios para controlar la PIO.
- Encuestas de satisfacción y mejora de calidad de vida tras el procedimiento microinvasivo.

DURACIÓN

Inicio del proyecto: Enero de 2019 (Comunicación semestral del número de pacientes incluidos para esta técnica)
Fin del proyecto con valoración de los indicadores descritos: Enero de 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0315

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE TECNICA MICROINVASIVA (IMPLANTE XEN) PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

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 - 2016/0188

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 item 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 - 2018/1195

1. TÍTULO

INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL ANDRES CONEJERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ISLA CASADO DOLORES
ESCUADERO EMPERADOR PILAR
YUBERO ESTEBAN ALFONSO
MURILLO JASO LAURA
LAMBEA SORROSAL JULIO JOSE
CORRAL SUBIAS MONICA
BUESO INGLAN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1. Elaboración de Protocolos de utilización de NGS en asesoramiento genético en cáncer hereditario. Se realiza una reunión del Grupo de Trabajo de Cáncer Hereditario y Familiar del Hospital para planificar dichos protocolos y avanzar en su elaboración.

El grupo de trabajo de cáncer hereditario y familiar del hospital se reunió el día 21 de Noviembre y acordó la siguiente distribución de tareas en función de las diferentes patologías:

- TUMORES DE MAMA Y OVARIO: Dra. Andrés, Dra leal, Dr. Yubero.
- TUMORES DE ORIGEN DIGESTIVO Y GINECOLÓGICO: Dr. Ferrández, Dr. Sopeña, Dr. Yubero, Dra. Andrés.
- TUMORES ENDOCRINOLÓGICOS: Dra. Aguiló.
- MELANOMA Y TUMORES DE PIEL: Dra. Morales.
- TUMORES UROLOGICOS: Dr. Subirá.

Se acuerda que el protocolo recoja las indicaciones de estudio genético que aparecen en las principales guías clínicas: NCCN (https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_screening.pdf, https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_colon.pdf), ESMO (<https://www.esmo.org/Guidelines/Hereditary-Syndromes>) y SEOM (Llort et al. Clin Transl Oncol. 2015; 17: 956-961).

5.2 Elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario. Se adecúa a las recomendaciones de la Asociación Española de Genética Humana y de la Sección de Cáncer Hereditario de la SEOM. Se realiza una reunión de consenso y otra de evaluación.

El grupo de trabajo de cáncer hereditario y familiar del hospital ha elaborado el documento a partir de un consentimiento informado aprobado por la sección de cancer hereditario de SEOM, y que sigue las directrices que recoge el documento de posicionamiento sobre la utilización de NGS en cáncer hereditario de la AEGH.

5.3. Implementación del nuevo documento de consentimiento informado.

El anterior documento ha sido sustituido por el nuevo. Es requisito previo a la realización del estudio genético mediante NGS, la firma del actual documento de consentimiento informado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

6.1. Actividad de la Consulta de Asesoramiento Genético en Cáncer Hereditario y Familiar: Durante el año 2018 la actividad de la consulta realizada por el Sº de Oncología Médica ha aumentado de forma considerable con respecto al año anterior:

- Primeras: incremento de un 95% (año 2018: 382, año 2017: 195).
- Sucesivas: incremento de un 35.82 % (año 2018: 345, año 2017: 254).

Fuente: Registro de Consulta de Asesoramiento genético en Cáncer Hereditario y Familiar.

6.2 Adaptación de la consulta a los nuevos modelos de asesoramiento:

La incorporación de NGS al asesoramiento genético del cáncer ha supuesto una mejora en el diagnóstico genético. La introducción de genes que se asocian a riesgo moderado ha traído consigo la necesidad de implementar nuevos modelos de asesoramiento, que incluyen la aplicación de herramientas de evaluación de riesgo, como BOADICEA y CaGENE. Dichas herramientas incorporan en la actualidad los valores de penetrancia de la enfermedad para genes de riesgo moderado lo que unido a la historia familiar permite hacer una evaluación del riesgo más precisa para el paciente y sus familiares. Para cada paciente se elabora un informe que recoge el resultado del estudio genético, la evaluación del riesgo de cáncer y las recomendaciones de reducción de riesgo y de diagnóstico precoz. La detección de un número elevado de variantes de significado clínico incierto supone un reto en la actualidad. Se realiza la adaptación del asesoramiento al protocolo creado en 100% de casos.

Fuente: Registro de Consulta de Asesoramiento genético en Cáncer Hereditario y Familiar.

6.3 Estudios genéticos realizados mediante NGS.

Se ha realizado un estudio genético mediante NGS a los pacientes remitidos a la consulta de "Asesoramiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1195

1. TÍTULO

INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO

Genético de Cáncer Hereditario y Familiar” dependiente del Servicio de Oncología Médica. El estudio fue llevado a cabo a partir de DNA extraído de sangre total en el equipo MiniSeq de Illumina, mediante un panel de 27 genes (Panel Cáncer Hereditario (HCS) de SOPHiA GENETICS CE-IVD NGS) en el que se incluyen, entre otros, genes tanto de alta penetrancia (OD>5) como de penetrancia moderada (OD 2-5) para el cáncer. Los 27 genes incluidos en el panel son: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM, APC, MUTYH, ATM, PALB2, CHEK2, BRIP1, RAD51C, RAD51D, TP53, PTEN, PIK3CA, STK11, CDH1, NBN, BARD1, RAD50, MRE11A, FANCD1, FANCD2, FANCG, FANCI, FANCD3, FANCD4, FANCD5, FANCD6, FANCD7, FANCD8, FANCD9, FANCD10, FANCD11, FANCD12, FANCD13, FANCD14, FANCD15, FANCD16, FANCD17, FANCD18, FANCD19, FANCD20, FANCD21, FANCD22, FANCD23, FANCD24, FANCD25, FANCD26, FANCD27.

- Panel de cáncer de mama: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, ATM, PALB2, CHEK2, TP53, PTEN, PIK3CA, STK11, CDH1.
- Panel de cáncer de ovario: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, BRIP1, RAD51C, RAD51D.
- Panel de cáncer de mama y ovario: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, ATM, PALB2, CHEK2, BRIP1, RAD51C, RAD51D, TP53, PTEN, PIK3CA, STK11, CDH1.
- Panel de cáncer colorrectal con poliposis: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, APC, MUTYH, STK11.
- Panel de cáncer colorrectal sin poliposis - endometrio: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM, MUTYH, TP53, PTEN, PIK3CA, STK11.
- Panel de cáncer gástrico: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, APC, CDH1, TP53, STK11.
- Panel de melanoma: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, CDKN2A, CDK4, PTEN, PIK3CA.
- Panel cáncer de páncreas: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, ATM, PALB2, TP53, STK11.
- Panel de cáncer de próstata: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, TP53.
- Panel de cáncer renal: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, PTEN, PIK3CA.
- Panel de cáncer de tiroides: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, APC, MUTYH, TP53, PTEN, PIK3CA.

Desde Junio de 2017 a Junio de 2018 se han realizado 303 estudios mediante NGS. Se han detectado 39 (12.8%) variantes patogénicas y 99 (32.7%) variantes de significado clínico incierto.

Fuente: Registro de Consulta de Asesoramiento genético en Cáncer Hereditario y Familiar.

6.4. Elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario e implementación del mismo en el 100% de casos susceptibles.

Fuente: Registro de Consulta de Asesoramiento genético en Cáncer Hereditario y Familiar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado notablemente la asistencia en la Consulta de Asesoramiento Genético en Cáncer Hereditario gracias a la elaboración de Protocolos de utilización de NGS de asesoramiento genético en cáncer hereditario, previa elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario.

De esta forma se realiza una selección adecuada de los pacientes susceptibles de realización de panel de genes diagnóstico.

En el primer semestre de 2019 está prevista una nueva revisión del protocolo de utilización de NGS por parte Grupo de Trabajo en Cáncer Hereditario y Familiar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1195 ===== ***

Nº de registro: 1195

Título
INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO

Autores:
ANDRES CONEJERO RAQUEL, ISLA CASADO DOLORES, ESCUDERO EMPERADOR PILAR, YUBERO ESTEBAN ALFONSO, MURILLO JASO LAURA, LAMBEA SORROSAL JULIO JOSE, CORRAL SUBIAS MONICA, BUESO INGLAN PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1195

1. TÍTULO

INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las técnicas de Secuenciación masiva = Next Generation Sequencing (NGS) requieren protocolos de utilización en asesoramiento genético en cáncer hereditario y un consentimiento informado específico. La Asociación Española de Genética Humana ha elaborado un documento de posicionamiento sobre la utilización de NGS en cáncer hereditario como herramienta de diagnóstico genético. En la última reunión de la Sección de Cáncer Hereditario de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) se decidió que ésta avale dicho documento. Se deben adecuar las recomendaciones a la práctica asistencial de nuestro Hospital. Se plantea la necesidad de incorporar estas técnicas en pacientes seleccionados de la Consulta de Asesoramiento Genético en Cáncer Hereditario.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Elaboración de Protocolos de utilización de NGS asesoramiento genético en cáncer hereditario.
2. Elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario. Se adecuarán a las recomendaciones de la Asociación Española de Genética Humana y de la Sección de Cáncer Hereditario de la SEOM
3. Seleccionar con dichos protocolos los pacientes susceptibles de realización de panel de genes diagnóstico.

MÉTODO

- 1.- Elaboración de Protocolos de utilización de NGS en asesoramiento genético en cáncer hereditario. Se realizará una reunión bimensual para planificar dichos protocolos y avanzar en su elaboración.
- 2.- Elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario. Se adecuarán a las recomendaciones de la Asociación Española de Genética Humana y de la Sección de Cáncer Hereditario de la SEOM. Se realizará una reunión de consenso y otra de evaluación.

INDICADORES

- 1.- Protocolo de utilización de NGS / tipo de patología. (Plantear Protocolo en el 100% de los casos)
- 2.- Elaboración de consentimiento para realización de NGS. (100% de pacientes a los que se realice NGS deben firmar el Protocolo)
- 3.- Número de paneles genéticos / Número de pruebas genéticas realizadas (al menos 10% de pacientes)
- 4.- Número de primeras consultas en las que se plantea NGS / Número de primeras consultas. (10% al menos)
- 5.- Número de estudios familiares en los que se plantea NGS / Número de estudios de familiares. (5% al menos)

DURACIÓN

1. Elaboración de protocolos de utilización de NGS en asesoramiento genético en cáncer hereditario. Marzo-Diciembre 2018
2. Elaboración de consentimiento informado sobre la realización de un panel de genes en cáncer hereditario. Marzo-Junio 2018.
3. Implementación en consulta: Junio-2018 a Diciembre 2018.

OBSERVACIONES

ESTA RESPUESTA SUSTITUYE A LA ANTERIOR EN LA QUE ESTABA EQUIVOCADO EL DNI. ESTE ES EL CORRECTO.

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 - 2018/1196

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE DOLORES ISLA CASADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

YUBERO ESTEBAN ALFONSO
ESCUADERO EMPERADOR PILAR
ANDRES CONEJERO RAQUEL
MURILLO JASO LAURA
LAMBEA SORROSAL JULIO JOSE
TORRES SAIZ ALICIA
HUERCANOS ESPARZA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un protocolo de funcionamiento global del servicio orientado a agentes externos e internos implicados en la puesta en marcha, desarrollo y cierre de ensayos clínicos. En él se recogió la información sobre los aspectos esenciales de la preparación y conducción de visitas de pre-inicio, inicio, monitorización y cierre. Así como el proceso de obtención, manejo, almacenaje y envío de muestras biológicas, realización de cuestionarios de calidad de vida, realización pruebas de imagen, prescripción, dispensación y administración de fármacos, así como la descripción del procedimiento de varias cuestiones administrativas como son la emisión de certificados de calidad y calibración entre otros.

La comunicación de la creación de este nuevo documento se ha realizado vía email a los profesionales a los que les aplica su uso.

Este protocolo permitirá optimizar la investigación a nivel administrativo y clínico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En total, durante el año 2017 se realizaron 23 visitas de apertura de ensayos clínicos nuevos. Por otra parte, en ese mismo año se cerraron 10 ensayos. Durante el año 2018 se han abierto 16 ensayos y se han cerrado 11.

Teniendo cuenta estas cifras, en el servicio de Oncología Médica del HCULB participamos de manera estable en unos 45-50 ensayos clínicos (EC) de diferentes especialidades oncológicas además de tener 15-25 ensayos en fase de seguimiento en los cuales no hay pacientes en tratamiento dentro del estudio ni es posible reclutar otros nuevos, pero en los que se solicitan datos de supervivencia y tratamientos posteriores hasta el fallecimiento de los pacientes. En esta fase también se mantiene una revisión continua de los datos para depurarlos y resolver las discrepancias que puedan haberse generado en ellos.

A continuación, se detallan los indicadores previstos junto con su valor y el logro alcanzado por fechas, así como el método de obtención fuente para cada uno de ellos:

RESUMEN DE RESULTADOS.

1 Protocolo de Funcionamiento global:

Nº apartados planificados/nº apartados desarrollados

Valor del indicador: 100%

Fuente: Bibliografía

2. Visitas de inicio realizadas con el nuevo Protocolo.

Nº de visitas inicio con el nuevo protocolo/Nº visitas inicio totales x 100

Valor del indicador: 66%

Fuente: Registro de la Unidad de Investigación

3. Atención de Monitorizaciones según Protocolo.

Nº de visitas de monitorización con el nuevo protocolo/Nº visitas de monitorización totales x 100

Valor del indicador 30%

Fuente: Registro de la Unidad de Investigación

4. Número de reuniones de coordinación

Nº total: 4

Fuente: Registro interno del equipo de trabajo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El protocolo elaborado aglutina los procedimientos más relevantes en relación a los ensayos clínicos. A diciembre de 2018 únicamente logramos finalizar la preparación del mismo y su aceptación por parte del equipo de trabajo, pero no implementar su uso en visitas de inicio, monitorización y cierre. Esta tarea se ha iniciado el 8 de enero de 2019 logrando en las primeras 5 semanas de uso los indicadores previstos inicialmente en el proyecto e incluso superando las expectativas. Consideramos que es un documento interesante de consulta para agentes internos y externos al hospital pero su utilidad será evaluada en marzo 2019 a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1196

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA

través de un cuestionario elaborado para tal fin y recogido en este enlace:
<https://www.surveymonkey.com/survey/d/K8D9O4M3F2F6M0N3J>.

Para la replicación del proyecto recomendamos que en caso de ser una unidad como la nuestra en la que ya se venían realizando ensayos clínicos, se haga un listado de los procedimientos que más habitualmente se realizan en la conducción de ensayos clínicos en el servicio concreto. Además, sería conveniente complementar el listado con las dudas que con más frecuencia plantea el personal del hospital y el personal representante del promotor y se busque con la elaboración del protocolo dar respuesta o indicaciones para todos aquellos aspectos identificados. Nuestro índice de apartados puede servir de modelo o base para la elaboración del protocolo en otros centros, pero el procedimiento en sí puede tener variaciones de un hospital a otro o de un servicio a otro debido a la organización del mismo o a su idiosincrasia.

7. OBSERVACIONES.

La evaluación de la utilidad del contenido y formato del protocolo elaborado será evaluada en marzo 2019

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1196 ===== ***

Nº de registro: 1196

Título
CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA

Autores:
ISLA CASADO DOLORES, YUBERO ESTEBAN ALFONSO, ESCUDERO EMPERADOR PILAR, ANDRES CONEJERO RAQUEL, MURILLO JASO LAURA, LAMBEA SORROSAL JULIO JOSE, TORRES SAIZ ALICIA, HUERCANOS ESPARZA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
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 participación de los pacientes en Ensayos Clínicos nacionales e internacionales es una oportunidad para ellos de acceso a novedosos tratamientos y un motor de avance en la investigación oncológica. Es un trabajo de ya muchos años por parte de profesionales del Servicio, lo que ha permitido que Ensayos de muy alto nivel puedan estar disponibles para nuestros pacientes. Dicha actividad en la que participan principalmente los investigadores responsables de los Ensayos, los coordinadores de Ensayos y enfermería requiere una gestión adecuada para optimizar dicha investigación a nivel burocrático y clínico.

Se va a crear un Protocolo de Funcionamiento de esta Unidad en el seno del Servicio de Oncología Médica.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Creación de un Protocolo de Funcionamiento de la Unidad.
2. Elaboración de Protocolos para visitas de inicio, monitorizaciones y cierres de ensayos, así como intervenciones sobre pacientes como extracciones de analíticas y cuestionarios de calidad de vida.

MÉTODO

1. Protocolo de Funcionamiento global.
2. Visitas de inicio de ensayos clínicos.
3. Protocolo para atención de monitorizaciones.
4. Protocolo para visitas de cierre de ensayos clínicos.
5. Coordinación de toma de muestras de ensayos clínicos.
6. Coordinación de realización de cuestionarios de calidad de vida.

INDICADORES

1. Protocolo de Funcionamiento global. (Elaborarlo en su totalidad)
2. Visitas de inicio realizadas con el nuevo Protocolo. (30% del total)
3. Visitas de cierre realizadas con el nuevo Protocolo. (30% del total)
4. Atención de Monitorizaciones según Protocolo. (30% del total)
5. Número de reuniones de coordinación: 4.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1196

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA

DURACIÓN

1. Elaboración de Protocolos. Marzo-Septiembre 2018
2. Implementación: Septiembre-2018 a Diciembre 2018.
3. Reuniones periódicas: Mayo-Julio-Septiembre-Noviembre 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 - 2019/0391

1. TÍTULO

PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTE ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE IRENE TORRES RAMON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANJOAQUIN CONDE ISABEL
DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO
BELTRAN ROSEL ANTONIO
BUESO INGLAN PILAR
CORRAL SUBIAS MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dentro del apartado de actividades realizadas, la puesta en marcha del proyecto de mejora de calidad asistencial se planificó en dos fases.

La primera fase consistía en la elaboración de un procedimiento diagnóstico-terapéutico (MATERIAL ELABORADO PARA DESARROLLAR EL PROYECTO) de la neutropenia febril en el paciente con neoplasia sólida en base a las recomendaciones de las sociedades científicas de Oncología Médica y de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, aplicado a las condiciones de nuestro centro.

El procedimiento elaborado consta de diferentes apartados: Definición, manejo inicial, estratificación del riesgo, elección de la antibioterapia empírica, seguimiento del paciente y ajuste terapéutico.

En cada uno de los apartados se especifican las actividades a realizar por cada uno de los miembros del equipo de cara a la identificación del cuadro clínico y el manejo en base a las recomendaciones de las sociedades científicas.

El procedimiento fue elaborado en el tiempo previsto.

Tras la elaboración del procedimiento, se procedió a la segunda fase, o de implementación.

Desde el mes de junio de 2019 se procedió a la identificación desde el servicio de urgencias de pacientes oncológicos que cumplieran con los criterios diagnósticos de neutropenia febril, y posterior manejo en base al procedimiento elaborado.

Esta actividad fue llevada a cabo hasta noviembre de 2019 (un total de 6 meses de seguimiento).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el inicio del análisis, y a lo largo de los 6 meses de seguimiento, únicamente se identificó una paciente que cumpliera los criterios que se tomaron de neutropenia febril (temperatura superior a 38° C o signos de sepsis y recuento de neutrófilos inferior a 500/ mm³)

Indicadores:

Porcentaje de pacientes evaluados mediante las escalas qSOFA, MASCC y CISNE (esta última si procede): 100%. Dado que la paciente presentaba al ingreso en urgencias criterios de sepsis, no fue necesaria la evaluación mediante la escala CISNE.

Porcentaje de pacientes que pueden ser dados de alta desde el Servicio de Urgencias: 0%
Tiempo desde la evaluación clínica inicial y administración del tratamiento antibiótico empírico de espectro adecuado según la clasificación del riesgo estimado: 30 minutos (aprox), debido a que la paciente fue inmediatamente evaluada por criterio clínico de gravedad (sepsis en paciente inmunodeprimida).

Evaluación de resultados al cabo de 6 meses: No se encontraron más casos con los criterios definidos para la evaluación en el periodo de tiempo de análisis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusiones o lecciones aprendidas planteamos:

1) Es factible la implementación de un procedimiento de manejo de la neutropenia febril desde el servicio de urgencias y en colaboración con varios servicios.

2) Se restringió el análisis a los pacientes con recuento de neutrófilos inferior a 500/ mm³, por ser más sencilla la detección sin tener en cuenta el tiempo de administración desde la última administración de citostáticos. Con este criterio, únicamente se identificó un caso. Para un futuro deberían tenerse en cuenta a todos los pacientes en riesgo.

3) El periodo de análisis, de junio a noviembre, no suele ser el de mayor incidencia de complicaciones infecciosas.

4) El uso cada vez mayor de terapias dirigidas o inmunoterapia en los pacientes con neoplasias de órgano sólido condiciona una menor detección de casos de complicaciones hematológicas grado 4, como la neutropenia febril, toxicidad generalmente asociada con el uso de quimioterapia.

Consideramos que podríamos seguir aplicando este procedimiento de actuación ante la neutropenia febril a lo largo del año, incluyendo los periodos de mayor incidencia de infecciones y ampliando la detección de casos a los pacientes con un recuento inferior a 1000 neutrófilos/ mm³ pre-nadir. En el único caso detectado, la pronta actuación desde el servicio de urgencias y el ajuste de antibioterapia adecuado permitió una evolución clínica favorable y estancia hospitalaria inferior a 10 días, a pesar de los datos de gravedad al ingreso.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0391

1. TÍTULO

PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTE ONCOLOGICO

*** ===== Resumen del proyecto 2019/391 ===== ***

Nº de registro: 0391

Título
PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTE ONCOLOGICO

Autores:
TORRES RAMON IRENE, SANJOAQUIN CONDE ISABEL, DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO, BELTRAN ROSEL ANTONIO, BUESO INGLAN PILAR, CORRAL SUBIAS MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: RACIONALLIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las infecciones son, conjuntamente con las complicaciones tromboembólicas, la segunda causa de muerte en los pacientes con cáncer.
Los pacientes en tratamiento con quimioterapia están expuestos a un mayor riesgo de padecer infecciones: reactivación de infecciones latentes o infecciones nosocomiales (hospitalizaciones, uso de catéteres venosos o urinarios, otros dispositivos o manipulaciones a las que son sometidos).
De entre todas las complicaciones infecciosas que pueden padecer, es de especial interés la neutropenia febril, definida como la aparición de fiebre (temperatura > 38°C en un periodo superior a una hora) o signos clínicos de sepsis en un paciente con un recuento absoluto de neutrófilos < 500/ mm3 o < 1000/ mm3 pre-nadir.
La incidencia de la neutropenia febril es variable (2-50%), y depende de los factores de riesgo individuales de cada paciente, del tipo de neoplasia y del tipo de tratamiento. La mayoría de los pacientes con neoplasia sólida en tratamiento con quimioterapia experimentan episodios de gravedad leve o moderada; sin embargo, las tasas de complicaciones serias (25-30%) y de mortalidad (9-12%) son elevadas en los pacientes de riesgo alto, pudiendo alcanzar tasas de mortalidad de hasta el 50% en el caso de las sepsis graves o shock séptico.
El tratamiento antibiótico empírico debe aplicarse de forma precoz, tras la anamnesis y extracción de muestras para cultivo, debido a que una demora en la administración del mismo puede comprometer el pronóstico del paciente.

Se han desarrollado diferentes escalas validadas que pretenden discriminar el grado de gravedad del episodio de neutropenia febril. La escala Quick-SOFA (qSOFA), diseñada no sólo para pacientes con neutropenia febril, permite identificar los pacientes que están desarrollando una sepsis. Con la escala MASCC podemos evaluar la gravedad de la neutropenia febril. Por último, con la escala CISNE se puede predecir el riesgo de complicaciones mayores en aquellos pacientes que presentan una situación clínica aparentemente estable.
El objetivo de la evaluación de la infección en estos pacientes es predecir el riesgo de complicaciones graves y, por lo tanto, la necesidad de ingreso hospitalario y tratamiento parenteral. De forma paralela, la detección de los casos de riesgo bajo de complicaciones pretende reducir el sobretratamiento de los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS
Diagnóstico precoz de los episodios de neutropenia febril en pacientes con neoplasias sólidas en tratamiento con quimioterapia que acuden a urgencias e identificar el grado de gravedad.
Aplicar un tratamiento antibiótico precoz, de espectro más o menos amplio en función de su gravedad.
Plantear altas hospitalarias desde el servicio de Urgencias, con cobertura antibiótica oral, en los casos detectados de riesgo bajo.
Evitar el tratamiento antibiótico de amplio espectro prolongado de forma innecesaria en los pacientes que requieren hospitalización.

MÉTODO
1ª fase:
Realización de un procedimiento diagnóstico-terapéutico de la neutropenia febril en el paciente con neoplasia sólida en base a las recomendaciones de las sociedades científicas de Oncología Médica y de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, aplicado a las condiciones de nuestro centro.
2ª fase, de implementación, con diferentes actividades para cada uno de los servicios.
Servicio de Urgencias:
Evaluación inicial precoz del paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0391

1. TÍTULO

PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTE ONCOLOGICO

Estratificación del riesgo en función de escala de sepsis (qSOFA) y, en ausencia de datos clínicos de gravedad, escala MASCC.
Administración de tratamiento antibiótico empírico en un plazo inferior a una hora.
Servicio de Oncología Médica:
Reevaluación de la gravedad del paciente en función de la neoplasia y del tipo de tratamiento.
Estratificación del riesgo en pacientes aparentemente estables mediante la escala CISNE.
Decisión del destino del paciente (ingreso/ alta).
Servicio de Medicina Interna - Sección de Enfermedades Infecciosas:
Asegurar la adecuación del tratamiento antibiótico según aislamiento microbiológico y en función de la situación clínica.
Servicio de Microbiología:
Comunicar los resultados microbiológicos a los servicios implicados en el tratamiento (Oncología Médica, Infecciosas)

INDICADORES

Porcentaje de pacientes evaluados mediante las escalas qSOFA, MASCC y CISNE (esta última si procede).
Porcentaje de pacientes que pueden ser dados de alta desde el Servicio de Urgencias.
Tiempo desde la evaluación clínica inicial y administración del tratamiento antibiótico empírico de espectro adecuado según la clasificación del riesgo estimado.
Evaluación de resultados al cabo de 6 meses.

DURACIÓN

Elaboración del protocolo diagnóstico - terapéutico y distribución de las actividades a llevar a cabo por el equipo. Abril y mayo de 2019.
Inicio en junio.2019 y desarrollo a lo largo del 2019, por un periodo de 6 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0428

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE GERMAN VALTUEÑA PEYDRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORRAL DELGADO SARA
CAMPOS BONEL ARANTXA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se acude con regularidad a los comités de tumores: Digestivos, Urológicos; Mama; Ginecológicos
Se han valorado un total de 235 pacientes en primera visita
Se ha establecido una consulta de revisión para pacientes tratados con radioterapia procedentes del sector sanitario de Huesca, que se realiza los Lunes y los Martes de cada semana
Se han realizado tratamiento con Radioterapia Intraoperatoria, que se decide su indicación en el comité de Tumores de mama

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº de pacientes remitidos a la consulta de oncología radioterápica del HSJ/Nº de pacientes subsidiarios de radioterapia en HSJ: > 90%
Nº de pacientes devueltos tras finalización de radioterapia para seguimiento en HSJ/Nº total de pacientes tratados en UCMORA: > 100%
La fuente y método de obtención ha sido una base de datos elaborada por los Facultativos que han acudido a dicha consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de una consulta de oncología Radioterápica en el HSJ de Huesca ha sido muy bien recibida por parte de todos los comités. Los pacientes agradecen el esfuerzo realizado por los profesionales y las autoridades competentes en facilitar dicha implementación

7. OBSERVACIONES.

Se ha cambiado al responsable del proyecto, ya que la persona asignada en un principio (Dra. Sara Corral Delgado) no ha continuado su labor asistencial en el SALUD. El dr. Valtueña es el encargado de gestionar la consulta de Oncología Radioterápica en el Hospital San Jorge de Huesca

*** ===== Resumen del proyecto 2019/428 ===== ***

Nº de registro: 0428

Título
ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

Autores:
CORRAL DELGADO SARA, VALTUEÑA PEYDRO GERMAN, CAMPOS BONEL ARANTXA, MILLASTRE BOCOS ESTHER, CARRUESCO CRESPO IRENE, LASHERAS OLIVER SUSANA, SOPEÑA SANZ LUIS, MUÑOZ SAENZ ENCARNA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente, la Comunidad de Aragón dispone de un único servicio de Oncología Radioterápica centralizado en la ciudad de Zaragoza, llamado Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (UCMORA). Esto supone el desplazamiento de los pacientes del área de Huesca hasta Zaragoza para realizar una valoración

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0428

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

de la indicación del tratamiento radioterápico, planificación del tratamiento radioterápico, administración del mismo que suele ser diario y con una duración que puede oscilar entre una sesión única a 5 semanas, y posteriormente las revisiones realizadas para un adecuado seguimiento de la enfermedad y posibles toxicidades agudas y crónicas.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es acercar los recursos humanos al paciente oncológico, es decir, acercar al especialista de Oncología Radioterápica (OR) a los pacientes del HSJ. El facultativo se integra en los comités de tumores, para realizar una correcta indicación de tratamiento radioterápico, en el contexto multidisciplinar y mediante la comunicación directa y personal, permitiendo incluso, realizar la valoración de pacientes ingresados en el Hospital San Jorge.

La ventaja de realizar la valoración del paciente por un facultativo de OR es poder ofrecer el mejor y más adecuado tratamiento con radioterapia externa con sus diferentes técnicas u otras modalidades como son la radioterapia superficial o la braquiterapia de las diferentes localizaciones anatómicas.

A su vez este acercamiento evita el traslado de los pacientes a Zaragoza para sucesivas revisiones.

MÉTODO

Dos facultativos de la UCMORA se desplazarán semanalmente, por el momento, lunes y martes, hasta el HSJ en horario de 8:00 a 17 horas.

Las actividades a realizar son:

1. Participación en subcomités del Hospital, con el fin de establecer una correcta indicación de tratamiento radioterápico, así como establecer el momento adecuado de inicio de radioterapia en coordinación con los demás servicios implicados en el tratamiento del paciente oncológico. Actualmente se está acudiendo a los subcomités de tumores de mama y ginecología los lunes, próstata y tumores digestivo los martes.

2. Valoración de pacientes como primera visita.

El servicio de OR, recepcionará todas las solicitudes de tratamiento de radioterapia tanto de su propia especialidad como de las del resto del hospital para ser citados en función de la preferencia por Oncología Médica (OM) y consensuado con OR.

En caso de que, por decisión médica, o del propio paciente, se decida no realizar tratamiento radioterápico, quedará reflejado en la historia del paciente y se remitirá de nuevo al Servicio que lo derivó a OR, comunicando la decisión adoptada.

Se registrará la historia clínica de primer día en el sistema de Historia Clínica Electrónica de manera que sea accesible para todos los especialistas desde cualquier sede hospitalaria y desde atención primaria.

Todos los pacientes valorados como primera visita, se les abrirá una historia de la UCMORA, que se identificará con un nº propio del servicio: dos últimos dígitos del año en curso, en mayúscula la inicial de la población del hospital y nº de paciente, por ejemplo: 19A /001.

Se establecerá un registro en Excel de los pacientes valorados en la que se reflejaran los siguientes datos:

Nombre y apellidos del paciente, Nº de Hª General, Nº de Historia de ORT, Localización, Estadificación, Indicación de RT y Centro de derivación.

3. Seguimiento del paciente conjuntamente con OM o los servicios responsables del paciente.

Los pacientes tratados en sedes de UCMORA se citarán para seguimiento en consulta de OR del HSJ según el protocolo establecido en cada una de las patologías y se les hará entrega del informe de fin de tratamiento radioterápico.

INDICADORES

La previsión es realizar la valoración de aproximadamente 200 pacientes/año como primera visita con sus posteriores revisiones. También se incluirán en revisión, aquellos pacientes ya tratados anteriormente en UCMORA, que quieran continuar su seguimiento en el HSJ.

Se utilizarán los siguientes indicadores que serán evaluados semestralmente:

1- Nº de pacientes remitidos a la consulta de oncología radioterápica del HSJ/Nº de pacientes subsidiarios de radioterapia en HSJ

El objetivo es que el 90% de los pacientes sean valorados en consulta de oncología radioterápica.

2- Nº de pacientes devueltos tras finalización de radioterapia para seguimiento en HSJ/Nº total de pacientes tratados en UCMORA.

El objetivo es que el 90% continúen su seguimiento en consulta de Oncología radioterápica.

DURACIÓN

El proyecto va realizarse durante el año 2019. Está previsto realizar la valoración semanal todos los lunes y martes del año que sean laborables.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0428

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0450

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (HB)

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE GERMAN VALTUEÑA PEYDRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha acudido al comité de tumores mamarios cuando se nos ha requerido. Se ha acudido a realizar la técnica de Radioterapia Intraoperatoria en 2 Pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se ha alcanzado el standar propuesto, ya que no se ha podido acudir a realizar las consultas de seguimiento en pacientes que han recibido tratamiento con radioterapi, ni se han podido realizar las consultas de primer día para realizar las derivaciones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valorar acudir a realizar consulta de revisiones cuando se cuente con el personal necesario

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/450 ===== ***

Nº de registro: 0450

Título
ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (HB)

Autores:
VALTUEÑA PEYDRO GERMAN, CORRAL DELGADO SARA, IBAÑEZ CARRERAS REYES, SOPEÑA SANZ LUIS, PEREZ CASADO BEATRIZ, SANTALIESTRA SALLAN MONICA, POLA VIGATA LORETO, PEREZ MALUENDA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente, la Comunidad de Aragón dispone de un único servicio de Oncología Radioterápica centralizado en la ciudad de Zaragoza, llamado Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (UCMORA). Esto supone el desplazamiento de los pacientes del área de Huesca hasta Zaragoza para realizar una valoración de la indicación del tratamiento radioterápico, planificación del tratamiento radioterápico, administración del mismo que suele ser diario y con una duración que puede oscilar entre una sesión única a 5 semanas, y posteriormente las revisiones realizadas para un adecuado seguimiento de la enfermedad y posibles toxicidades agudas y crónicas.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es acercar los recursos humanos al paciente oncológico, es decir, acercar al especialista de Oncología Radioterápica (OR) a los pacientes del Hospital de Barbastro. El facultativo se integrará en los comités de tumores, para realizar una correcta indicación de tratamiento radioterápico, en el contexto multidisciplinar y mediante la comunicación directa y personal, permitiendo incluso, realizar la valoración de pacientes ingresados en el HB.

La ventaja de realizar la valoración del paciente por un facultativo de OR es poder ofrecer el mejor y más

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0450

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (HB)

adecuado tratamiento con radioterapia externa con sus diferentes técnicas u otras modalidades como son la radioterapia superficial o la braquiterapia de las diferentes localizaciones anatómicas.

A su vez este acercamiento evita el traslado de los pacientes a Zaragoza para sucesivas revisiones

MÉTODO

Dos facultativos de la UCMORA se desplazarán semanalmente, por el momento, lunes o martes, hasta el HB en horario de 8:00 a 17 horas.

Las actividades a realizar son:

1. Participación en subcomités del Hospital, con el fin de establecer una correcta indicación de tratamiento radioterápico, así como establecer el momento adecuado de inicio de radioterapia en coordinación con los demás servicios implicados en el tratamiento del paciente oncológico. Actualmente se está acudiendo a los subcomités de tumores de mama y ginecología los lunes, próstata y tumores digestivo los martes.

2. Valoración de pacientes como primera visita.

El servicio de OR, recepcionará todas las solicitudes de tratamiento de radioterapia tanto de su propia especialidad como de las del resto del hospital para ser citados en función de la preferencia por Oncología Médica (OM) y consensuado con OR.

En caso de que, por decisión médica, o del propio paciente, se decida no realizar tratamiento radioterápico, quedará reflejado en la historia del paciente y se remitirá de nuevo al Servicio que lo derivó a OR, comunicando la decisión adoptada.

Se registrará la historia clínica de primer día en el sistema de Historia Clínica Electrónica de manera que sea accesible para todos los especialistas desde cualquier sede hospitalaria y desde atención primaria.

Todos los pacientes valorados como primera visita, se les abrirá una historia de la UCMORA, que se identificará con un nº propio del servicio: dos últimos dígitos del año en curso, en mayúscula la inicial de la población del hospital y nº de paciente, por ejemplo: 19A /001.

Se establecerá un registro en Excel de los pacientes valorados en la que se reflejaran los siguientes datos:

Nombre y apellidos del paciente, Nº de Hª General, Nº de Historia de ORT, Localización, Estadificación, Indicación de RT y Centro de derivación.

3. Seguimiento del paciente conjuntamente con OM o los servicios responsables del paciente.

Los pacientes tratados en sedes de UCMORA se citarán para seguimiento en consulta de OR del HSJ según el protocolo establecido en cada una de las patologías y se les hará entrega del informe de fin de tratamiento radioterápico.

INDICADORES

La previsión es realizar la valoración de aproximadamente 100 pacientes/año como primera visita con sus posteriores revisiones. También se incluirán en revisión, aquellos pacientes ya tratados anteriormente en UCMORA, que quieran continuar su seguimiento en el Hospital San Jorge.

Los indicadores que se utilizarán son:

1- Nº de pacientes remitidos a la consulta de oncología radioterápica del HB/Nº de pacientes subsidiarios de radioterapia en HB

El objetivo es que el 90% de los pacientes sean valorados en consulta de oncología radioterápica.

2- Nº de pacientes devueltos tras finalización de radioterapia para seguimiento en HB/Nº total de pacientes tratados en UCMORA.

El objetivo es que el 90% continúen su seguimiento en consulta de OR.

Los indicadores se evaluarán semestralmente.

DURACIÓN

El proyecto va realizarse durante el año 2019. Está previsto realizar la valoración semanal alternando la consulta los días lunes y martes del año que sean laborables.

OBSERVACIONES

No

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 - 2016/0240

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 - 2018/0159

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA FICHA-RESUMEN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN LA HISTORIA CLINICA DE ORL

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE FERNANDO GARCIA CURDI
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGREDA MORENO BEATRIZ
SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL
VALLES VARELA HECTOR
ROYO LOPEZ JUAN
LOPEZ BUIL JESSICA
GIL GRASA GUILLERMO
VELA GAJON PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una ficha-resumen, para completar después de que cada paciente oncológico fuese presentado en el Comité de Tumores, de modo que fuese más fácil su seguimiento posterior en consultas. Esta hoja se presentó en una sesión clínica del Servicio de Otorrinolaringología para el conocimiento por parte de todos los facultativos del Servicio. Este método se comenzó a utilizar desde finales de abril de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con esta actualización lo que se ha pretendido es mejorar la calidad de la atención al paciente oncológico, aumentando la precisión en el seguimiento y mejorando el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras casi 10 meses de uso, el Servicio ha confirmado la utilidad de dicha ficha, sobretodo los facultativos dedicados a la oncología de la esfera ORL. No obstante, se siguen apuntando cosas a mejorar, para poder pulirla en un futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/159 ===== ***

Nº de registro: 0159

Título
ACTUALIZACION DE LA FICHA-RESUMEN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN LA HISTORIA CLINICA DE ORL

Autores:
GARCIA CURDI FERNANDO, AGREDA MORENO BEATRIZ, SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL, VALLES VARELA HECTOR, ROYO LOPEZ JUAN, LOPEZ BUIL JESSICA, GIL GRASA GUILLERMO, VELA GAJON PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología oncológica es cada vez más frecuente en nuestro medio, y sobretodo en una especialidad como Otorrinolaringología, que abarca los tumores de Cabeza y Cuello. Los pacientes oncológicos, suelen ser pacientes complejos, pluripatológicos y tratados de una forma multidisciplinar. Por ello, en ocasiones resulta difícil conocer los detalles de evolución de cada paciente, ya que hay que revisar historias de varias especialidades para evaluar el seguimiento y los tratamientos que ha recibido.

Por ello, en nuestro servicio, desde hace años existe una ficha-resumen del paciente oncológico en la primera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0159

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA FICHA-RESUMEN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN LA HISTORIA CLINICA DE ORL

hoja de nuestra historia. En dicha ficha recogemos un breve resumen de la enfermedad del paciente.

Pretendemos actualizar esta pequeña ficha, para que sea todavía más rápido conocer al paciente de un solo vistazo, adjuntándola en la primera hoja. Se recogerán datos como la fecha de primera visita, fecha de diagnóstico del tumor, localización, estirpe histológica y TNM inicial tras haber pasado por el Comité de Tumores.

Se habilitará una tabla en la que se podrán recoger los tratamientos que reciba el paciente y la fecha de inicio y final de dicho tratamiento. Además se podrá anotar si el paciente ha sufrido una recidiva/progresión de su enfermedad

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es mejorar la calidad de la atención, ya que con una simple hoja se puede conocer la historia de un paciente. De esta manera, un médico puede conocer a un paciente que nunca ha atendido en pocos segundos, lo que ayuda a mejorar el diagnóstico y tratamiento.

MÉTODO

Se ha realizado una ficha-resumen, que se deberá rellenar en todos los pacientes oncológicos (una vez hayan sido presentados en el Comité de Tumores) valorados por el servicio de ORL a partir de que se ponga en marcha este proyecto. Para ello se explicará el funcionamiento de esta hoja en una sesión del Servicio de Otorrinolaringología a todos los miembros del Servicio.

INDICADORES

Se hará una encuesta a los miembros del Servicio de Otorrinolaringología pasado un tiempo, para ver la utilidad de la aplicación. Con ello podremos detectar defectos que hayamos encontrado e intentar buscar la manera de solucionarlos.

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 :
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 - 2018/0417

1. TÍTULO

PROTOSCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL SEBASTIAN CORTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGREDA MORENO BEATRIZ
GARCIA CURDI FERNANDO
ARTAL SANCHEZ RAQUEL
VELA GAJON PABLO
MILLAN GUEVARA JOSE
LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado, discutido en sesiones de servicio y aprobados en una de dichas sesiones.
Se han repartido ejemplares en los despachos de las consultas externas de ORL del HCUZ.
Se ha puesto en marcha su utilización, informando a los pacientes del cambio asistencial propuesto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La realización de los protocolos ha sido a satisfacción de todos los facultativos que han considerado que ayuda en su labor de una mejor atención de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha ha sido dificultosa, por:
- Años de trabajo con los mismos métodos y costumbres. Se han de cambiar las rutinas de los facultativos y las de los pacientes.
- Falta de tiempo para explicar a los pacientes el cambio en nuestro modo de trabajo, respecto de las revisiones que se realizan.
- Más falta de tiempo para cumplimentar los informes necesarios de alta de consultas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/417 ===== ***

Nº de registro: 0417

Título
PROTOSCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

Autores:
SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL, AGREDA MORENO BEATRIZ, GARCIA CURDI FERNANDO, ARTAL SANCHEZ RAQUEL, VELA GAJON PABLO, MILLAN GUEVARA JOSE, LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES

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: PATOLOGIA FARINGOLARINGEA Y CERVICOFACIAL
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el último año se ha detectado una excesiva demora en la atención de pacientes derivados desde el médico de cabecera a nuestra especialidad, así como de los pacientes a los que revisamos periódicamente por patología crónica.

Esto ha hecho unificar criterios a la hora de realizar revisiones a pacientes con patología a nivel otorrinolaringológico, de modo que se minimicen las listas de espera y consigamos una atención más adecuada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0417

1. TÍTULO

PROTOSCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

para nuestros pacientes.

De este modo se ha creado un protocolo en la Sección de Laringología para realizar revisiones en el mismo período de tiempo a pacientes con una patología similar.

RESULTADOS ESPERADOS

Este año nos hemos fijado el objetivo de optimizar la atención de los pacientes en las consultas externas de Otorrinolaringología del HCULB, con tres metas primordiales:

- 1º Mejorar la atención médica y el grado de satisfacción de nuestros pacientes.
- 2º Reducir el número de consultas de revisión innecesarias.
- 3º Reducir la lista de espera en consultas.

MÉTODO

Se van a diseñar diversos protocolos de atención a los pacientes, con el fin de programar las revisiones estrictamente necesarias.

INDICADORES

Protocolo realizado y validado en Sesión de Servicio.

Entrevistas con los miembros del servicio para comprobar si han comenzado a aplicar dichos protocolos.

DURACIÓN

Fecha de inicio:02/01/2018

Fecha de finalización:31/12/2018

Calendario:

Realización y validación protocolos de enero a marzo de 2018.

Puesta en marcha de los protocolos marzo a Diciembre de 2018.

Entrevistas con los facultativos desde la puesta en marcha hasta fin de año.

La evaluación de resultados se realizara en 2019.

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 - 2018/0417

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL SEBASTIAN CORTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGREDA MORENO BEATRIZ
GARCIA CURDI FERNANDO
ARTAL SANCHEZ RAQUEL
VELA GAJON PABLO
MILLAN GUEVARA JOSE
LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha unificado los criterios a la hora de realizar revisiones a pacientes con patología a nivel otorrinolaringológico.
Protocolo en la Sección de Laringología para realizar revisiones en el mismo período de tiempo a pacientes con una patología similar.
Entrevistas a los miembros del Servicio, comprobando la aplicación de los protocolos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha mejorado la atención médica y el grado de satisfacción de nuestros pacientes.
Se ha reducido el número de consultas de revisión innecesarias.
Se ah disminuido la lista de espera en consultas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Siguiendo un protocolo de revisiones, todos los pacientes con patología similar reciben el mismo tratamiento y seguimiento.
Con un protocolo de revisiones, se reduce el número de consultas innecesarias y se reduce la lista de espera en consultas.

7. OBSERVACIONES.
Pendiente la evaluación de resultados que se realizara durante este año.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/417 ===== ***

Nº de registro: 0417

Título
PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

Autores:
SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL, AGREDA MORENO BEATRIZ, GARCIA CURDI FERNANDO, ARTAL SANCHEZ RAQUEL, VELA GAJON PABLO, MILLAN GUEVARA JOSE, LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES

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: PATOLOGIA FARINGOLARINGEA Y CERVICOFACIAL
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el último año se ha detectado una excesiva demora en la atención de pacientes derivados desde el médico de cabecera a nuestra especialidad, así como de los pacientes a los que revisamos periódicamente por patología crónica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0417

1. TÍTULO

PROTOSCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

Esto ha hecho unificar criterios a la hora de realizar revisiones a pacientes con patología a nivel otorrinolaringológico, de modo que se minimicen las listas de espera y consigamos una atención más adecuada para nuestros pacientes.

De este modo se ha creado un protocolo en la Sección de Laringología para realizar revisiones en el mismo período de tiempo a pacientes con una patología similar.

RESULTADOS ESPERADOS

Este año nos hemos fijado el objetivo de optimizar la atención de los pacientes en las consultas externas de Otorrinolaringología del HCULB, con tres metas primordiales:

- 1º Mejorar la atención médica y el grado de satisfacción de nuestros pacientes.
- 2º Reducir el número de consultas de revisión innecesarias.
- 3º Reducir la lista de espera en consultas.

MÉTODO

Se van a diseñar diversos protocolos de atención a los pacientes, con el fin de programar las revisiones estrictamente necesarias.

INDICADORES

Protocolo realizado y validado en Sesión de Servicio.

Entrevistas con los miembros del servicio para comprobar si han comenzado a aplicar dichos protocolos.

DURACIÓN

Fecha de inicio:02/01/2018

Fecha de finalización:31/12/2018

Calendario:

Realización y validación protocolos de enero a marzo de 2018.

Puesta en marcha de los protocolos marzo a Diciembre de 2018.

Entrevistas con los facultativos desde la puesta en marcha hasta fin de año.

La evaluación de resultados se realizara en 2019.

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 - 2018/0429

1. TÍTULO

PROTOSCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE RINOLOGIA Y PATOLOGIA FACIAL

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO ALFONSO COLLADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUMANAL SENZ LUIS
GRACIA SIMON LAURA
GIL GRASA GUILLERMO
LOPEZ BUIL JESSICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado, discutido en sesiones de servicio y aprobados en una de dichas sesiones.
Se han repartido ejemplares en los despachos de las consultas externas de ORL del HCUZ.
Se ha puesto en marcha su utilización, informando a los pacientes del cambio asistencial propuesto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La realización de los protocolos ha sido a satisfacción de todos los facultativos que han considerado que ayuda en su labor de una mejor atención de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha ha sido dificultosa, por:
- Años de trabajo con los mismos métodos y costumbres. Se han de cambiar las rutinas de los facultativos y las de los pacientes.
- Falta de tiempo para explicar a los pacientes el cambio en nuestro modo de trabajo, respecto de las revisiones que se realizan.
- Más falta de tiempo para cumplimentar los informes necesarios de alta de consultas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/429 ===== ***

Nº de registro: 0429

Título
PROTOSCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE RINOLOGIA Y PATOLOGIA FACIAL

Autores:
ALFONSO COLLADO JOSE IGNACIO, FUMANAL SENZ LUIS, GRACIA SIMON LAURA, GIL GRASA GUILLERMO, LOPEZ BUIL JESSICA

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 de macizo facial, senos paranasales y base de cráneo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el último año se ha detectado una excesiva demora en la atención de pacientes derivados desde el médico de cabecera a nuestra especialidad, así como de los pacientes a los que revisamos periódicamente por patología crónica.

Esto ha hecho unificar criterios a la hora de realizar revisiones a pacientes con patología a nivel otorrinolaringológico, de modo que se minimicen las listas de espera y consigamos una atención más adecuada para nuestros pacientes.

De este modo se ha creado un protocolo en la Sección de Rinología para realizar revisiones en el mismo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0429

1. TÍTULO

PROTOSCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE RINOLOGIA Y PATOLOGIA FACIAL

período de tiempo a pacientes con una patología similar.

RESULTADOS ESPERADOS

Este año nos hemos fijado el objetivo de optimizar la atención de los pacientes en las consultas externas de Otorrinolaringología del HCULB, con tres metas primordiales:

- 1º Mejorar la atención médica y el grado de satisfacción de nuestros pacientes.
- 2º Reducir el número de consultas de revisión innecesarias.
- 3º Reducir la lista de espera en consultas.

MÉTODO

Se van a diseñar diversos protocolos de atención a los pacientes, con el fin de programar las revisiones estrictamente necesarias.

INDICADORES

Protocolo realizado y validado en Sesión de Servicio.

Entrevistas con los miembros del servicio para comprobar si han comenzado a aplicar dichos protocolos.

DURACIÓN

Fecha de inicio:02/01/2018
Fecha de finalización:31/12/2018

Calendario:

Realización y validación protocolos de enero a marzo de 2018.

Puesta en marcha de los protocolos marzo a Diciembre de 2018.

Entrevistas con los facultativos desde la puesta en marcha hasta fin de año.

La evaluación de resultados se realizara en 2019.

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 - 2016/0269

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 en parte 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. Bronquiolitis. 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)

-Bronquiolitis -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. Bronquiolitis: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 BLESА

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 BLESА

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 BLES A

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 - 2018/0761

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE PALOMA HUERTA BLAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUADRON ANDRES LORENA
ASCASO MATAMALA ANGELA
MUÑOZ JALLE ELENA
ESCRIBANO GARCIA ANA
ROMERO DE AVILA MONTOYA JOSE MARIO
FERRER SANTOS PILAR
BEAUMONT ROMEA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha llevado a cabo la adquisición e implantación de mochila específica de emergencias, fácil de transportar con disposición de diversos espacios y compartimentos en los que colocar el material de forma ordenada según secuencia específica.
- Se ha procedido a la localización y señalización de la mochila en un lugar fácilmente accesible e identificable situado en despacho médico del área de Urgencias de Pediatría.
- Se ha ordenado el material en compartimentos según la secuencia específica: A (vía aérea), B (ventilación) y C (circulación).
- Se han realizado sesiones informativas y de entrenamiento del personal médico, de enfermería y auxiliar en el conocimiento del contenido y la disposición del material y medicación.
- Se han establecido unas normas de revisión periódica del material y la medicación, elaborándose una hoja de registro y lista de comprobación del material y repuestos necesarios. Se ha fijado una periodicidad mensual para comprobar fechas de caducidad de medicación y de material y comprobación del buen funcionamiento de la bolsa autoinflable (ambú®) y periodicidad cada 48 horas para comprobar medicación básica de urgencia en buenas condiciones (adrenalina, amiodarona)
- La revisión mensual se ha registrado mediante firma por la persona responsable en la hoja de registro incluida en el interior de la mochila.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La adquisición de una mochila específica de emergencias ha permitido mejorar el acceso y ordenación de medicación y material de RCP, facilitando su revisión y reposición.
- Se ha elaborado e instaurado una hoja de cálculo de registro de medicación y material e implicación del personal tanto médico como de enfermería en la revisión del material y contenido de la mochila de RCP (Cumplimentación hoja de registro (100%) y Revisión mensual mochila RCP (100%).
- Se han llevado a cabo y cumplimentado las sesiones informativas al personal sanitario (MIR Pediatría, FEA Pediatría y Personal Enfermería de Urgencias) 90%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El equipo valora de forma muy positiva la estandarización del material y su revisión protocolizada, permitiendo un fácil acceso y confianza en los facultativos a la hora de abordar situaciones de urgencia.
- Se trata de un proyecto sostenible que se va a seguir desarrollando en el Servicio de Pediatría.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/761 ===== ***

Nº de registro: 0761

Título
ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA

Autores:
HUERTA BLAS PALOMA, CUADRON ANDRES LORENA, ASCASO MATAMALA ANGELA, MUÑOZ JALLE ELENA, ESCRIBANO GARCIA ANA, ROMERO DE AVILA MONTOYA JOSE MARIO, FERRER SANTOS PILAR, BEAUMONT ROMEA NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0761

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La parada cardiorrespiratoria (PCR) se puede presentar en cualquier lugar y en cualquier momento y por ello todos los centros sanitarios y los servicios de urgencias deben disponer de personal y material adecuado para realizar una reanimación cardiopulmonar (RCP). Por otra parte, los errores con el material y la medicación durante la RCP no son infrecuentes y pueden tener repercusiones muy importantes. Las mochilas de RCP deben tener el material y la medicación para llevar a cabo de forma rápida y eficiente una RCP pediátrica. Debe existir al menos una mochila de RCP accesible en el Servicio de Urgencias de Pediatría. Debe contener solo el material y la medicación imprescindibles para realizar una RCP y atender a las urgencias vitales. El material debe ser conocido por el personal, incluir los repuestos necesarios y ser revisado y repuesto periódicamente. La estandarización y unificación del contenido (material y medicación) de los carros y mochilas de RCP pediátrica, así como el entrenamiento del personal en su utilización, son una parte esencial de la organización asistencial de la RCP pediátrica.

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar la identificación y el acceso de la mochila de RCP presente en el Servicio de Urgencias de Pediatría.
- Estandarizar y unificar del contenido (material y medicación) de la mochila de RCP pediátrica estableciendo un protocolo de revisión periódica.
- Entrenamiento del personal en su utilización como parte esencial de la organización asistencial de la RCP pediátrica.

MÉTODO

- Adquisición e implantación de mochila fácil de transportar con disposición de diversos espacios y compartimentos en los que colocar el material de forma ordenada.
- Localización y señalización de la mochila en un lugar fácilmente accesible e identificable.
- Ordenar el material por colores o compartimentos según la secuencia: A (vía aérea), B (ventilación) y C (circulación).
- Realizar sesiones informativas y de entrenamiento del personal médico, de enfermería y auxiliar en el conocimiento del contenido y la disposición del material y medicación.
- Establecer un protocolo de revisión periódica del material y la medicación, en el que conste específicamente el personal responsable, y una lista de comprobación del material y sus repuestos.

INDICADORES

- Instauración de registro y ordenación de medicación según secuencia específica
- Calendario de revisión periódica mensual con identificación de persona responsable.
- Calendario de sesiones programadas informativas para personal médico y de enfermería con periodicidad bimensual.

DURACIÓN

- Adquisición e implantación de mochila de RCP en un lugar accesible e identificable de RCP, así como ordenación del material en marzo 2018
- Realizar sesiones informativas y de entrenamiento del personal médico, de enfermería y auxiliar en el conocimiento del contenido y la disposición del material y medicación del carro (abril 2018-mayo 2019 con periodicidad bimensual)
- Establecer un protocolo de revisión periódica del material y la medicación, en el que conste específicamente el personal responsable, y una lista de comprobación del material y sus repuestos (abril 2018- mayo 2019 con periodicidad mensual)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0761

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA

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 - 2018/0969

1. TÍTULO

EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE LORENA CUADRON ANDRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HUERTA BLAS PALOMA
GONZALEZ GARCIA GONZALO
ARTIGAS CLEMENTE MARIA
AMIGUET BIAIN MIREIA DEL ROSER
HUETO NAJARRO ALBA
REVUELTA CABELLO ANA
BERBES LOPEZ CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde enero a junio de 2018:

- Revisión de la evidencia científica y bibliografía existente sobre el empleo del óxido nitroso inhalado en procedimientos dolorosos en pediatría
- Elaboración de un protocolo para el empleo e indicaciones del óxido nitroso inhalado en las urgencias pediátricas y planta de hospitalización
- Realización de sesiones informativas en el servicio de pediatría sobre sedoanalgesia en urgencias y sobre el empleo de óxido nitroso para procedimientos dolorosos.

Desde junio a diciembre de 2018:

- Elaboración de hojas informativas para los padres y pacientes que se entregan antes del empleo del óxido nitroso en las que se explica qué es el óxido nitroso y cómo se administra, cuáles son sus efectos beneficios y posibles efectos adversos, así como unas recomendaciones al alta.
- Elaboración de una base de datos de los pacientes a los que se administró óxido nitroso inhalado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se llevó a cabo la elaboración de una base de datos en las que se han incluido cada uno de los pacientes en los que se administró óxido nitroso inhalado, así como los siguientes indicadores: edad del paciente, tipo de procedimiento doloroso para el cual se administra óxido nitroso, eficacia de su utilización, efectos adversos acontecidos, satisfacción por parte del paciente y de sus acompañantes en cuanto a los efectos obtenidos con su administración y si se entrega la hoja de recomendaciones.
Desde junio a diciembre de 2018 se han incluido 42 pacientes a los que se administró óxido nitroso inhalado. En el 46,6% de los casos se empleó para procedimientos traumatológicos (reducción de fracturas o luxaciones), en el 33,3% de los casos para suturas de heridas y en el 20% para otras indicaciones como canalización de vías, punciones lumbares y drenaje de abscesos. La administración de dicho fármaco fue eficaz en 91 % de los pacientes, no hubo complicaciones en ningún paciente y sólo se objetivó en un caso euforia como efecto adverso, que cedió rápidamente tras el cese de administración. Se entregó hoja de recomendaciones en todos los pacientes. En el 98% de los casos se objetivó satisfacción por parte del paciente o sus acompañantes en cuanto a los efectos obtenidos.

Indicadores:

- Número de pacientes en los cuales la administración de óxido nitroso fue eficaz: 91%
- Número de pacientes en los que se entregó hoja de recomendaciones: 100%
- Número de pacientes/acompañantes que evaluaron de forma positiva la administración de óxido nitroso en cuanto a los efectos obtenidos: 98%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La protocolización del empleo de óxido nitroso inhalado nos ha permitido, además de conocer mejor sus efectos, ampliar las indicaciones de su uso con la consiguiente mejora en la atención de los pacientes en urgencias y hospitalización de pediatría, objetivando un claro beneficio en el bienestar de los pacientes y en la realización de los procedimientos dolorosos de forma más eficaz y segura. Por ello, dados los resultados satisfactorios obtenidos, seguiremos empleando este protocolo en nuestro servicio para garantizar una atención adecuada y de calidad en el manejo del dolor en el paciente pediátrico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/969 ===== ***

Nº de registro: 0969

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0969

1. TÍTULO

EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS

Título
EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS

Autores:
CUADRON ANDRES LORENA, HUERTA BLAS PALOMA, GONZALEZ GARCIA GONZALO, ARTIGAS CLEMENTE MARIA, AMIGUET BIAIN MIREIA DEL ROSER, HUETO NAJARRO ALBA, REVUELTA CABELLO ANA, BERBES LOPEZ CAROLINA

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: Cualquier patología que cause dolor menor
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El óxido nitroso inhalado, en una mezcla equimolar al 50% y administrado mediante mascarilla, tiene efecto analgésico, amnésico y ansiolítico. Tiene como ventajas su administración inhalada, rápido inicio de acción con escasos efectos adversos, así como su rápida recuperación al dejar de administrarlo. Por todos estos motivos, es un fármaco especialmente útil para procedimientos diagnósticos y terapéuticos menores de corta duración de causen dolor y ansiedad al niño. Desde hace varios años lo tenemos a nuestra disposición en el servicio de urgencias pediátricas y vemos la necesidad de establecer un claro protocolo de actuación para su empleo, así como de elaborar hojas informativas a los padres y un registro de efectos adversos que nos permita realizar un mejor uso de dicho fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la utilización y administración del óxido nitroso inhalado en el servicio de urgencias pediátricas y en planta de hospitalización del Hospital Clínico Lozano Blesa
- Evitar el riesgo de reacciones adversas o usos no indicados del mismo
- Evaluar la seguridad y efectividad del uso de óxido nitroso en procedimientos dolorosos menores en pediatría
- Evaluar la aceptación del uso del mismo por el paciente, los padres y el resto de especialidades médicas o de enfermería que participen en el procedimiento

MÉTODO
- Revisión de la evidencia científica y bibliografía existente sobre el empleo del óxido nitroso inhalado
- Elaboración de un protocolo para el empleo e indicaciones del óxido nitroso inhalado en las urgencias pediátricas y planta de hospitalización
- Realización de sesiones en el servicio para explicar e implantar el uso del óxido nitroso inhalado y las indicaciones del mismo
- Elaboración de hojas informativas para los padres y pacientes
- Crear hoja de registro de administración de óxido nitroso así como de los efectos adversos que pudieran aparecer

INDICADORES
- Número de pacientes a los que se administra óxido nitroso inhalado y motivo de su administración
- Número y tipo de reacciones adversas que aparecen
- Evaluación de la satisfacción por parte de los pacientes y sus progenitores

DURACIÓN
- Revisión de la evidencia científica (Marzo- Abril 2018)
- Elaboración de un protocolo de empleo de óxido nitroso inhalado en procedimientos dolorosos menores en pediatría (Marzo- Abril 2018)
- Elaboración de consentimiento informado y hoja explicativa para el paciente y sus padres (Marzo- Abril 2018)
- Elaboración de una base de datos para recogida de datos y resultados (Abril 2018-Abril 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0969

1. TÍTULO

EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1017

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE OLGA BUENO LOZANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLE GUILLEN SOFIA
ESCARTIN MADURGA LAURA
RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO
COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR
LANUZA ARCOS REBECA
GONZALEZ GAYAN LAURA
ENCINAS GABARRUS JENIFER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha informado a los profesionales de las distintas subespecialidades del servicio de pediatría del proyecto. En este período se ha procedido a la recogida de una parte de las hojas informativas que actualmente se entregan a los familiares de los pacientes atendidos en las distintas subespecialidades pediátricas del HCU, queda pendiente completar total de recogida y ser adaptadas todas al formato de Hoja de Información al paciente (HIP) y ser codificada por la Unidad de Calidad del HCU

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El hecho de recopilar y adaptar las hojas informativas, ha permitido actualizarlas con nuevas recomendaciones e informaciones.
Se disponen de las siguientes hojas: recomendaciones en pacientes con alergia a proteína leche de vaca, recomendaciones en pacientes con estreñimiento, padeczo drepanocitosis ó anemia de células falciformes ¿qué significa?, soy portador de anemia de células falciformes ¿qué significa?, consejos tras la estancia hospitalaria en nidos, preparación ambulatoria para colonoscopia mayores de 8 años, preparacion ambulatoria para colonoscopia menores de 8 años, recomendaciones en pacientes con intolerancia a la lactosa, recomendaciones en pacientes con enfermedad celíaca,
Actualmente se siguen recogiendo hojas informativas.
Posteriormente se procederá a analizar los resultados obtenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante realizar una actualización de las hojas informativas que se manejan de forma frecuente en las diferentes subespecialidades pediátricas. Es necesario que se conozca que son accesibles a través de la intranet a todo el personal sanitario de Pediatría. Todavía se precisan recoger mayor numero de hojas.

7. OBSERVACIONES.
Al ser la duración del proyecto indefinida, sería interesante seguir completando el máximo número de hojas informativas que se entregan en nuestro servicio.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1017 ===== ***

Nº de registro: 1017

Título
ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

Autores:
BUENO LOZANO OLGA, VALLE GUILLEN SOFIA, ESCARTIN MADURGA LAURA, RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO, COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR, LANUZA ARCOS REBECA, GONZALEZ GAYAN LAURA, ENCINAS GABARRUS JENIFER

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: diversas patologías de la edad pediátrica que necesitan hoja informativa
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1017

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La información al paciente y familiares es un componente esencial en la calidad asistencial, y, en concreto, la información escrita contribuye a un mejor conocimiento de la situación del paciente, en nuestro caso del niño, y a una optimización del uso de los recursos del sistema sanitario. Añadido a todo esto y debido a la diversidad étnica de nuestro sector nos encontramos en muchas ocasiones con una importante barrera idiomática y cultural que dificulta la comprensión de información verbal siendo especialmente importante en estos casos la entrega de la información de forma escrita. Actualmente en cada subespecialidad de pediatría existe una gran diversidad de formato de hojas informativas pero sólo se encuentran disponibles en sus áreas de trabajo, no siendo posible su acceso universal.

Por todo ello, se plantea la necesidad de mejora en la información dada de forma escrita.

El presente proyecto pretende ser un instrumento de mejora que dé respuesta a la necesidad de conseguir un mayor nivel de satisfacción, conocimiento y, por tanto, adecuación del uso de los recursos sanitarios de nuestros pacientes y familiares, entregando un información escrita uniforme, veraz y contrastada codificada por la Unidad de Calidad del HCU y accesible a todo el personal sanitario de Pediatría mediante su búsqueda en intranet.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende regularizar y adaptar las diferentes hojas informativas de las subespecialidades pediátricas al formato de Hoja de Información al Paciente (HIP), y su codificación por la Unidad de Calidad del HCU para que sea accesible a través de la intranet a todo el personal sanitario de Pediatría.

MÉTODO

El coordinador del proyecto recopilará las diferentes recomendaciones/informaciones que se dan actualmente en nuestro Servicio en colaboración con los diferentes responsables de las subespecialidades pediátricas para diseñar hojas informativas uniformes codificadas y colgadas en intranet que ayudarán a una mejora del conocimiento de la situación de los pacientes, de la calidad asistencial, del grado de satisfacción y del uso de los recursos.

INDICADORES

Alcanzar un 80% de codificación y acceso en intranet de las hojas de información al paciente pediátrico

DURACIÓN

Dada la mejora de la calidad asistencial que ofrece la entrega de la información escrita para el niño y su familia y la ausencia de necesidad de recursos extras se mantendrá este proyecto de forma indefinida.

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 - 2018/1017

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE OLGA BUENO LOZANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLE GUILLEN SOFIA
ESCARTIN MADURGA LAURA
RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO
COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR
LANUZA ARCOS REBECA
GONZALEZ GAYAN LAURA
ENCINAS GABARRUS JENIFER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha informado a los profesionales de las distintas subespecialidades del proyecto. En este período se ha recordado a los pediatras la necesidad de las hojas y se ha procedido a la recogida de las hojas informativas que actualmente se entregan a los familiares de los pacientes atendidos en las distintas subespecialidades pediátricas del HCU y posteriormente están sido codificadas por la Unidad de calidad del HCU, recientemente se acaban de enviar las últimas que quedaban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han sido un total de 16 hojas recogidas que están enviadas y en proceso de ser codificadas por la Unidad de Calidad del HCU. La distribución de las hojas recogidas ha sido la siguientes: procedentes de la zona de urgencias pediátricas (planta -1): 3: vómitos, gastroenteritis aguda y crisis asmática. desde hospitalización/urgencias: administración de óxido nítrico inhalado. De planta/neonatología (planta 5) 4: alimentación del recién nacido de bajo peso, alimentación del recién nacido de bajo peso con fórmula, alimentación del recién nacido de bajo peso con lactancia materna, extracción y conservación de la leche materna. Desde la consulta de pediatría (planta calle), 8: Gastroenterología: recomendaciones en pacientes con alergia a proteína leche de vaca, recomendaciones en pacientes con estreñimiento, preparación ambulatoria para colonoscopia mayores de 8 años, preparación ambulatoria para colonoscopia menores de 8 años, recomendaciones en pacientes con enfermedad celíaca. Hemoglobinopatías: padeczo drepanocitosis ó anemia de células falciformes ¿qué significa?, soy portador de anemia de células falciformes ¿qué significa? Endocrinología: consejos nutricionales para combatir el exceso de peso Actualmente se acaban de enviar las 5 últimas que quedaban por recopilar. De consulta de pediatría-gastroenterología: recomendaciones en pacientes con intolerancia a la lactosa. De planta/neonatología (planta 5): alimentación en recién nacido término con lactancia mixta, alimentación del recién nacido término con lactancia de fórmula. De urgencias pediátricas (planta -1): laringitis, técnica de inhalación con cámara y traumatismo craneoencefálico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Es importante realizar una actualización de las hojas informativas que se manejan de forma frecuente en las diferentes subespecialidades pediátricas.
-Es necesario que se conozca que son de fácil acceso a través de la intranet a todo el personal sanitario de Pediatría.

7. OBSERVACIONES.

-Al ser la duración del proyecto indefinida, sería interesante seguir completando el máximo número de hojas informativas que se entregan en nuestro servicio.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1017 ===== ***

Nº de registro: 1017

Título
ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

Autores:
BUENO LOZANO OLGA, VALLE GUILLEN SOFIA, ESCARTIN MADURGA LAURA, RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO, COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR, LANUZA ARCOS REBECA, GONZALEZ GAYAN LAURA, ENCINAS GABARRUS JENIFER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1017

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: diversas patologías de la edad pediátrica que necesitan hoja informativa
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La información al paciente y familiares es un componente esencial en la calidad asistencial, y, en concreto, la información escrita contribuye a un mejor conocimiento de la situación del paciente, en nuestro caso del niño, y a una optimización del uso de los recursos del sistema sanitario. Añadido a todo esto y debido a la diversidad étnica de nuestro sector nos encontramos en muchas ocasiones con una importante barrera idiomática y cultural que dificulta la comprensión de información verbal siendo especialmente importante en estos casos la entrega de la información de forma escrita. Actualmente en cada subespecialidad de pediatría existe una gran diversidad de formato de hojas informativas pero sólo se encuentran disponibles en sus áreas de trabajo, no siendo posible su acceso universal.

Por todo ello, se plantea la necesidad de mejora en la información dada de forma escrita.
El presente proyecto pretende ser un instrumento de mejora que dé respuesta a la necesidad de conseguir un mayor nivel de satisfacción, conocimiento y, por tanto, adecuación del uso de los recursos sanitarios de nuestros pacientes y familiares, entregando un información escrita uniforme, veraz y contrastada codificada por la Unidad de Calidad del HCU y accesible a todo el personal sanitario de Pediatría mediante su búsqueda en intranet.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende regularizar y adaptar las diferentes hojas informativas de las subespecialidades pediátricas al formato de Hoja de Información al Paciente (HIP), y su codificación por la Unidad de Calidad del HCU para que sea accesible a través de la intranet a todo el personal sanitario de Pediatría.

MÉTODO
El coordinador del proyecto recopilará las diferentes recomendaciones/informaciones que se dan actualmente en nuestro Servicio en colaboración con los diferentes responsables de las subespecialidades pediátricas para diseñar hojas informativas uniformes codificadas y colgadas en intranet que ayudarán a una mejora del conocimiento de la situación de los pacientes, de la calidad asistencial, del grado de satisfacción y del uso de los recursos.

INDICADORES
Alcanzar un 80% de codificación y acceso en intranet de las hojas de información al paciente pediátrico

DURACIÓN
Dada la mejora de la calidad asistencial que ofrece la entrega de la información escrita para el niño y su familia y la ausencia de necesidad de recursos extras se mantendrá este proyecto de forma indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0242

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE DEBUT DIABETICO Y ENFERMEDADES INTERCURRENTES EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ANGELA MARINA ASCASO MATAMALA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LLORENTE CEREZA MARIA TERESA
BUENO LOZANO MARIA GLORIA
GONZALEZ GAYAN LAURA
HUERTA BLAS PALOMA
BORQUE NAVARRO ELENA
BEAUMONT ROMEA NURIA
AMIGUET BIAIN MIREIA ROSER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado en este proyecto de mejora tres protocolos clínicos, en coordinación con las unidades de urgencias de pediatría, de hospitalización pediátrica y de Endocrinología pediátrica, para la atención óptima y protocolizada de pacientes pediátricos con diabetes tipo 1.

Los protocolos han consistido en "Debut diabético en urgencias de pediatría", "Debut con cetoacidosis en urgencias de pediatría" y "Enfermedades intercurrentes en el niño con diabetes tipo 1".

Se ha cumplido con el calendario propuesto, con una reunión en abril de los colaboradores representantes de cada unidad: urgencias de pediatría, consultas de Endocrinología pediátrica y hospitalización pediátrica. En la reunión se han repartido las tareas, se han fijado los objetivos a seguir. Posteriormente, se realizó una revisión bibliográfica actualizada y exhaustiva de la evidencia científica. Entre mayo y septiembre de 2019 se han ido elaborando los diferentes protocolos, con reuniones para realizar las pertinentes modificaciones.

Tras haber revisado minuciosamente todos los protocolos y habiendo llegado a un consenso por parte de todos los colaboradores, se han concluido los protocolos clínicos y se han puesto a disposición del personal en pdf para su consulta y utilización, en los ordenadores de urgencias, hospitalización y consultas de pediatría, en octubre de 2019.

Para transmitir la existencia y el contenido de los protocolos de actuación por parte de todo el personal del servicio de pediatría, y para su utilización en los pacientes con diabetes tipo 1, se han realizado dos sesiones clínicas en el servicio. En una de ellas se ha explicado como proceder ante un debut diabético en urgencias y en hospitalización, dependiendo si el paciente se presenta con o sin cetoacidosis. En la segunda sesión se explicaron los pasos a seguir ante las enfermedades intercurrentes en un paciente ya diagnosticado de diabetes tipo 1.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por un lado, se ha elaborado dos protocolos clínicos para urgencias de pediatría sobre las indicaciones a seguir en un debut diabético en paciente pediátrico tanto en urgencias de pediatría como en hospitalización. Un protocolo específico sobre el debut clínico sin cetoacidosis y otro enfocado al debut diabético con cetoacidosis clínica y analítica.

Se ha elaborado un tercer protocolo de actuación ante enfermedades intercurrentes en paciente diagnosticado de diabetes tipo 1, que acudan a urgencias o requieran hospitalización.

Respecto a los indicadores que proponíamos de evaluación, se han realizado cumpliendo los estándares marcados:

- Disponer de los protocolos de actuación ante nuevos casos de pacientes pediátricos con debut de diabetes tipo 1, con o sin cetoacidosis diabética y enfermedades intercurrentes (estándar 100%). Método de obtención: nº de protocolos propuestos/nº de protocolos realizados.

- Porcentaje de pacientes con diabetes tipo 1, que requieren asistencia en urgencias en los que se aplican los protocolos (estándar 80%). Desde octubre del 2019 se han aplicado los protocolos en todos los pacientes que cumplen los criterios y que han acudido a urgencias de pediatría o han requerido hospitalización. Método de obtención: nº de pacientes con diabetes tipo 1 que acude a urgencias/nº de pacientes en los que se aplican los protocolos realizados.

Desde septiembre de 2019, ha habido 5 pacientes con debut diabético, uno de ellos debutó con cetoacidosis clínica y analítica. Los otros 4 pacientes no presentaron criterios de cetoacidosis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado tras la realización de los protocolos ha sido satisfactorio. Ha habido coordinación por todos los colaboradores, para llegar a los tiempos y el trabajo marcado. Se han realizado protocolos sencillos y con fácil seguimiento y útiles en la puesta en práctica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0242

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE DEBUT DIABETICO Y ENFERMEDADES INTERCURRENTES EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Como conclusión, a destacar la coordinación con los colaboradores, la mejora en la asistencia óptima a los pacientes así como una herramienta para facilitar el abordaje y tratamiento a los pediatras ya que la diabetes es una patología que se encuentra en continua evolución en la actualidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/242 ===== ***

Nº de registro: 0242

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DEBUT DIABETICO Y ENFERMEDADES INTERCURRENTES EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Autores:
ASCASO MATAMALA ANGELA MARINA, LLORENTE CEREZA MARIA TERESA, BUENO LOZANO MARIA GLORIA, GONZALEZ GAYAN LAURA, HUERTA BLAS PALOMA, BORQUE NAVARRO ELENA, BEAUMONT ROMEA NURIA, AMIGUET BIAIN MIREIA ROSER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto va dirigido a la detección y manejo de nuevos casos de pacientes pediátricos en el debut de diabetes tipo 1 así como complicaciones asociadas a esta enfermedad.

La Diabetes Mellitus (DM) describe un complejo desorden metabólico caracterizado por hiperglucemia crónica resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma o en ambos. Presenta alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, en el metabolismo lipídico y proteico, lo que conlleva una morbilidad y mortalidad en forma de complicaciones micro y macrovasculares.

La DM tipo 1 supone una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la edad pediátrica, hasta el 90% de las diabetes en la infancia y adolescencia de países occidentales. La incidencia de DM1 varía de manera significativa entre diferentes países. España se sitúa con una prevalencia entre 0.2-0.3%, con tasas de incidencia anuales media de 20,6/100.000 en menores de 15 años. Existe un incremento de incidencia anual media global, siendo mayor en el grupo de < 5 años. En Aragón, la incidencia bruta del periodo 1991-2017 es de 18,2 casos/105hab.

Según los criterios dados por el Comité de Expertos de la Asociación Americana de Diabetes -ADA-, para el diagnóstico de DM, deben cumplirse uno de los siguientes apartados:
- Glucemia al azar de 200 mg/dl o superior con síntomas clásicos de diabetes.
- Glucemia en ayunas (8 horas sin ingesta calórica) =126 mg/dl.
- En el estudio con la sobrecarga oral de glucosa (SOG): La glucemia debe igualar ó > 200 mg/dl a los 120 min.
- HbA1c = 6,5 %.

Realizar un diagnóstico precoz e instaurar un tratamiento y seguimiento correctos en el diagnóstico y a largo plazo son labores fundamentales, para evitar la morbilidad aguda y para prevenir, retrasar o tratar precozmente las complicaciones crónicas. Por todo esto, es necesario una adecuada actuación, conocimiento de la enfermedad y del manejo en el tratamiento del debut diabético en urgencias así como las complicaciones y comorbilidades derivadas de esta enfermedad.

1. Barrio R. Diabetes mellitus tipo 1. Tratamiento. An Pediatr Contin. 2003; 1(1): 21-6.
2. Dabelea D, Rewers A, Stafford JM, et al. Trends in the prevalence of ketoacidosis at diabetes diagnosis: the SEARCH for diabetes in youth study. Pediatrics 2014; 133:e938.
3. American Diabetes Association. Children and Adolescents: Standards of Medical Care in Diabetes - 2018. Diabetes Care 2018 Jan; 41 (Supplement 1): S126-S136

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0242

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE DEBUT DIABETICO Y ENFERMEDADES INTERCURRENTES EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto está dirigido a todos los pacientes pediátricos (0 a 14 años) que acuden a las urgencias del HCU Lozano Blesa. Nuestros objetivos son:

- a) Detección de nuevos casos de diabetes tipo 1 en pacientes pediátricos
- b) Clasificación del debut diabético con o sin cetoacidosis.
- c) Manejo del debut en urgencias con un protocolo unificado: tratamiento con fluidoterapia intravenosa, tratamiento con insulina intravenosa, tratamiento con insulina subcutánea
- d) Manejo de las complicaciones asociadas a la DM tipo 1: enfermedades intercurrentes, hipoglucemias, hiperglucemias, vómitos, deshidratación

MÉTODO

Revisión bibliográfica de la evidencia científica

Reuniones con los participantes y distribución de tareas

Elaboración de protocolo de actuación ante nuevos casos de pacientes pediátricos con debut de diabetes tipo 1, con o sin cetoacidosis diabética

Elaboración de protocolo de actuación ante enfermedades intercurrentes en urgencias (vómitos, diarreas, fiebre, enfermedad) en niños diagnosticados de diabetes tipo 1.

Reuniones para revisión por parte de los servicios de Endocrinología Pediátrica, Urgencias de Pediatría y hospitalización pediátrica.

INDICADORES

Disponer de los protocolos de actuación ante nuevos casos de pacientes pediátricos con debut de diabetes tipo 1, con o sin cetoacidosis diabética y enfermedades intercurrentes (estándar 100%)

Porcentaje de pacientes con diabetes tipo 1, que requieren asistencia en urgencias en los que se aplican los protocolos (estándar 80%)

DURACIÓN

Reunión con los participantes para distribución de las tareas, revisión bibliográfica: marzo-abril 2019

Elaboración y revisión de los protocolos: mayo-septiembre 2019

Aplicación de los protocolos: desde septiembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0277

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA QUE INGRESA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUE PRECISAN SEDACIÓN

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE LORENA CUADRON ANDRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUÑOZ JALLE MARIA ELENA
GONZALEZ GARCIA GONZALO
ESCARTIN MADURGA LAURA
ENCINAS GABARRUS JENNIFER
JIMENEZ ROYO LAURA
LALIENA OLIVA CLARA
PESTANA GALLARDO DIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha elaborado un protocolo de actuación para la realización de procedimientos que requieran sedación y/o anestesia en los pacientes pediátricos que requieran hospitalización.

- Se ha realizado una sesión informativa en el Servicio de Pediatría, incluyendo al personal de enfermería de la planta de hospitalización pediátrica, así como al resto de servicio implicados (Anestesia, Radiología, Traumatología, Oftalmología, ORL), para comunicar los cambios realizados en cuanto a la actuación a seguir en estos pacientes.

- Se ha elaborado una hoja informativa para los padres de los pacientes, que se entregan en la consulta de Anestesia Infantil, en la que se les indica el tiempo de ayuno necesario previo a la prueba y las situaciones en las que se debería postponer la sedación, para ello se facilita un teléfono de contacto para comunicar cualquier incidencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 1 de octubre de 2019 los pacientes a los que se les va a realizar algún procedimiento diagnóstico que requiera sedación y/o anestesia ingresan a las 8 de la mañana del mismo día en que se realiza dicha prueba, evitando así el ingreso la tarde anterior. Una vez en planta se les canaliza una vía periférica y se realiza el procedimiento diagnóstico con sedación/anestesia según la hora programada. Posteriormente, permanecen en observación 2-3 horas hasta comprobar tolerancia oral. Desde la puesta en marcha del proyecto desde octubre a diciembre de 2019, se han incluido a 10 pacientes que han seguido este protocolo: 8 para realización de resonancia magnética y 2 para realización de TAC, con una edad media de 6, 1 años. No se han producido incidencias que supongan el retraso o la cancelación de la prueba programada y ninguno ha presentado efectos adversos o situaciones que requieran prolongar el ingreso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha del proyecto, ha supuesto una mejora evidente en el manejo de los pacientes que requieren realización de pruebas diagnósticas bajo sedación/anestesia. Los Servicios implicados en la solicitud de estas pruebas, así como el Servicio de Anestesia han llevado a cabo el protocolo correctamente, sin haberse registrado incidencias. Se ha conseguido una disminución considerable en el tiempo de estancia de estos pacientes en el hospital y las familias han mostrado una gran satisfacción por poder acudir al centro hospitalario el mismo día de la prueba. Una vez comprobados los buenos resultados del protocolo en los primeros meses desde su implantación, se mantendrá esta pauta de actuación, por lo que se espera un número considerable de pacientes beneficiados

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/277 ===== ***

Nº de registro: 0277

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE HOSPITALIZACION EN LA POBLACION PEDIATRICA QUE INGRESA PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS QUE PRECISAN SEDACION

Autores:
CUADRON ANDRES LORENA, MUÑOZ JALLE MARIA ELENA, GONZALEZ GARCIA GONZALO, ESCARTIN MADURGA LAURA, ENCINAS GABARRUS JENNIFER, JIMENEZ ROYO LAURA, LALIENA OLIVA CLARA, PESTANA GALLARDO DIANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0277

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA QUE INGRESA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUE PRECISAN SEDACIÓN

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: Cualquier patología que implique la realización de pruebas diagnósticas con sedación/anestesia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad los pacientes pediátricos que precisan sedación o anestesia para realizar algún procedimiento diagnóstico, como por ejemplo resonancia magnética, ingresan el día anterior y pernoctan una noche en el hospital con el consiguiente gasto sanitario, malestar para el paciente y trastorno familiar. Se pretende elaborar un protocolo para que estos pacientes puedan ingresar la misma mañana en la que se le realice el procedimiento con sedación/anestesia y evitar así una noche de hospitalización. Para ello será necesario realizar una hoja informativa para la familia con las normas a seguir durante la tarde-noche anterior al procedimiento, especificando tiempo de ayuno y actitud a seguir en caso de que presente patología intercurrente (proceso infeccioso...) que pudiera justificar suspender el procedimiento

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir el tiempo de hospitalización de los pacientes que ingresan para la realización de procedimientos que precisen sedación.
- Disminuir el malestar que genera en el niño estar hospitalizado
- Disminuir el trastorno familiar y laboral que supone un día más de hospitalización

MÉTODO
- Elaborar un protocolo de actuación para la realización de procedimientos con sedación/anestesia en los pacientes pediátricos con hospitalización el mismo día de la prueba
- Realización de sesiones informativas con el servicio de pediatría y enfermería pediátrica, anestesia y servicio de radiología para comunicar los cambios en cuanto a la actuación a seguir con estos pacientes
- Elaboración de hojas informativas que se entregarán a los padres en el momento de petición de la prueba diagnóstica, en las que se indicará el tiempo de ayuno necesario y las situaciones en las que se debería posponer la sedación (procesos infecciosos intercurrentes..), para ello se facilitará un teléfono al que comunicar cualquier incidencia

INDICADORES
- Disponer de un protocolo y haber empezado su aplicación en un mínimo de 5 pacientes

DURACIÓN
- Marzo-abril:
- Reuniones con los distintos profesionales implicados para revisar los objetivos del proyecto
- Elaboración de la hoja informativa que se entregará a los padres
- Mayo-Diciembre:
- Implantación del protocolo
- Diciembre- Enero:
- Analizar los resultados
- Emitir informe de los mismos
- Difundir y discutir el informe a los miembros del servicio de pediatría antes de realizar el informe final para la dirección del centro

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0277

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA QUE INGRESA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUE PRECISAN SEDACIÓN

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0283

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS CONGENITO EN EL RECIEN NACIDO CON OTOEMISIONES ACUSTICAS NEGATIVAS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR COLLADO HERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BUENO LOZANO OLGA
VALLE GUILLEN SOFIA
RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO
TRUJILLANO LIDON LAURA
RONCAL SOLA SUSANA
SANCHEZ LUÑO PILAR
MALLEN ALASTUEY MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para llevar a cabo el proyecto se han tenido reuniones conjuntas con los colaboradores de las secciones de Neonatología, Nidos, Consultas externas de pediatría e Infectología pediátrica. En la primera de ellas se puso en común la creación de una plantilla Excel accesible a todos los servicios implicados mediante una carpeta compartida en los diferentes ordenadores mediante intranet, se fijaron objetivos a conseguir y plazos, asignación de las tareas a realizar y se estableció un programa de coordinación, derivación y seguimiento de los pacientes con otoemisiones acústicas negativas al nacimiento realizadas en el Hospital Clínico Universitario.

De esta forma, neonatología y nidos introducen los datos (nombre, fecha de nacimiento y fecha de realización del cribado) de los pacientes con otoemisiones acústicas negativas al mismo tiempo que se les cita en la consulta externa de pediatría para realizar una segunda determinación. Estos datos son visualizados en la consulta de pediatría, donde, por un lado se comprueba que los pacientes acuden a la nueva citación (y si no acuden, se les localiza) y, por otro, se repiten de nuevo las otoemisiones acústicas.

Los pacientes con resultados positivos en la segunda determinación, son dados de alta al no estar justificado el estudio de Citomegalovirus (CMV). A los pacientes con resultado reiterado negativo se les recoge una muestra de orina en ese mismo momento para estudio de CMV mediante Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) evitando así un nuevo desplazamiento del paciente y la familia.

De nuevo el personal de enfermería y de la sección de infectología pediátrica quedan pendientes del resultado microbiológico del CMV. Si es negativo, los pacientes son derivados al servicio de Otorrinolaringología para continuar estudio de hipoacusia, si la PCR de CMV en positiva en orina, se citan en la consulta de infectología pediátrica para descartar infección congénita por CMV.

Consideramos que se ha cumplido con el calendario planteado, iniciando el proyecto con una reunión en enero 2019 de los colaboradores representantes de cada unidad: neonatología, nidos, infectología pediátrica y consultas externas de pediatría. Tras una revisión bibliográfica actualizada de la evidencia científica, se han ido haciendo reuniones para revisar y comentar posibles problemas, cambios y mejoras.

En total y durante el 2019 ha habido 66 recién nacidos con otoemisiones acústicas negativas que han sido derivados desde neonatología o nidos a la consulta externa para una segunda determinación. Todos ellos acudieron a la citación, salvo una familia a la que se contactó y cuya situación se derivó a Trabajo Social. El 36,3% (24 pacientes), tuvieron una segunda determinación negativa, y a todos se les recogió orina (100%), siendo el resultado positivo para CMV en dos de ellos derivándose en ese momento a la consulta de infectología donde tras informar a la familia de la situación, se estudió y descartó finalmente una infección congénita por CMV.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Consideramos que se han cumplido los estándares marcados de los indicadores que proponíamos de evaluación al disponer en el momento actual de un protocolo de actuación ante otoemisiones negativas en el recién nacido. En cuanto a los parámetros evaluados, la captura de recién nacidos con otoemisiones acústicas para una segunda valoración en la consulta externa ha sido de un 98,5% (65/66 pacientes). En todo momento ha habido un control de los pacientes que debían acudir al tener acceso a la base de datos desde todos los ordenadores de los colaboradores implicados, minimizando de esta forma al máximo los casos perdidos. Al 100% de los niños con una segunda determinación negativa de cribado acústico se le recogió orina para estudio de CMV. Al conseguir la muestra en el mismo momento en que acuden a la consulta, se disminuye la posibilidad de no diagnosticar una infección congénita por CMV por falta de muestra y se evitan nuevas visitas al hospital, situación que ha sido apreciada por las familias. También el 100% de los niños con resultado positivo para CMV, han sido valorados en la consulta de infectología pediátrica de forma precoz. Todos los resultados son plasmados en la misma hoja Excel que ha fecha actual sigue sumando casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración por parte de todo el equipo de mejora es de satisfacción, ya que se ha coordinado todo el trabajo cumpliendo el calendario y los objetivos marcados. Actualmente se dispone de un protocolo de seguimiento de los pacientes con cribado acústico negativo, y hemos conseguido evitar casos perdidos y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0283

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS CONGENITO EN EL RECIEN NACIDO CON OTOEMISIONES ACUSTICAS NEGATIVAS

focalizar las responsabilidades en los componentes del equipo de mejora.

Los pacientes han mostrado su conformidad en los diferentes pasos y en todo momento han sido informados de los resultados, priorizando los casos positivos de CMV en la consulta de infectología pediátrica y disminuyendo su tiempo de espera por la importancia que conlleva un diagnóstico y un tratamiento precoz de la infección congénita.

Dada la mejora de la calidad asistencial que supone y que se trata de un proyecto sostenible, sencillo, barato y cómodo, a día de hoy continuamos aplicándolo.

7. OBSERVACIONES.
ninguna

*** ===== Resumen del proyecto 2019/283 ===== ***

Nº de registro: 0283

Título
DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS CONGENITO EN EL RECIEN NACIDO CON OTOEMISIONES ACUSTICAS NEGATIVAS

Autores:
COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR, BUENO LOZANO OLGA, VALLE GUILLEN SOFIA, RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO, TRUJILLANO LIDON CARMEN LAURA, RONCAL SOLA SUSANA, SANCHEZ LUÑO PILAR, MALLEN ALASTUEY MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: PREVENCIÓN DE MORBILIDAD DE INFECCIONES PERINATALES

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El citomegalovirus (CMV) es la causa más frecuente de infección congénita en los países desarrollados, apareciendo en un 0,3 y un 0,6% de los recién nacidos europeos. Ante una primoinfección durante el embarazo (1-4% de las gestantes) el 40% de los niños se infecta y el 1% desarrollan secuelas permanentes, especialmente retraso mental e hipoacusia neurosensorial, suponiendo hasta el 40% de las profundas. Por éste motivo es primordial la detección precoz de CMV en niños con un cribado acústico negativo al facilitar la rápida intervención para poder disminuir las consecuencias de su infección congénita. Se ha comprobado que la puesta en marcha de los programas de Cribado Auditivo Neonatal mediante las Otoemisiones Acústicas y la detección en ellos del CMV han supuesto un antes y un después en la atención a los niños con hipoacusia severa-profunda congénita. El presente proyecto pretende ser un instrumento de mejora que permita detectar precozmente la infección por CMV en recién nacidos con cribado acústico negativo e iniciar medidas terapéuticas que permitan minimizar la morbilidad de la infección congénita. En la actualidad no disponemos de un protocolo establecido para la continuidad en el seguimiento de los recién nacidos con cribado acústico negativo. Por todo ello, se plantea la necesidad de mejora en la protocolización de éstos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende crear un protocolo de actuación ante una hipoacusia neonatal que permita diagnosticar de infección congénita por CMV a todos los recién nacidos en el HCU con otoemisiones acústicas negativas para iniciar precozmente la terapia antiviral y disminuir las secuelas auditivas y neurológicas que pueda suponer. Será preciso la colaboración de los servicios de Nidos, Neonatología, Infecciosos pediátricos, Microbiología y Consultas Externas de Pediatría.

MÉTODO

Los resultados de las otoemisiones acústicas serán introducidos en una base excell por personal sanitario de los servicios de Nidos y Neonatología. La coordinadora del proyecto recopilará los recién nacidos en el HCU a partir del año 2019 que tienen otoemisiones acústicas negativas. Estos niños serán informados telefónicamente de la cita en consultas externas de pediatría donde repetirán el cribado acústico y recogerán en ése momento muestra de orina para detección microbiológica de CMV mediante carga viral (PCR) si persiste cribado acústico negativo. En el caso de que la carga viral sea positiva estos niños acudirán a la consulta de Infectología Pediátrica que continuará con el estudio y tratamiento en caso necesario. Se pretende así diagnosticar precozmente la infección congénita más prevalente en nuestro medio para disminuir sus secuelas y contribuir a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0283

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS CONGENITO EN EL RECIEN NACIDO CON OTOEMISIONES ACUSTICAS NEGATIVAS

una mejora de la calidad asistencial y al adecuado uso de los recursos.

INDICADORES

Indicadores: Disponer del protocolo de actuación ante otoemisiones negativas en el recién nacido.
Evaluación: revisión de todos los recién nacidos en el HCU durante el año 2019 que presentan otoemisiones acústicas negativas que han debido ser citados en Consultas Externas de Pediatría, comprobando que se ha repetido el cribado acústico y se ha iniciado la recogida de orina para detección de CMV en el 80% de aquellos cuyo resultado persiste negativo. Se evaluará también que el 100% de los niños con detección positiva de CMV han sido valorados en la consulta de Infectología Pediátrica.

DURACIÓN

Serán revisados los recién nacidos en el HCU a partir del 2019 por parte de la coordinadora del equipo, en base a los datos introducidos en la hoja excell accesible los servicios implicados. Dada la mejora de la calidad asistencial que ofrece la detección de la infección congénita por CMV se realizará este proyecto de manera indefinida.

Población diana: Recién nacidos atendidos en el Hospital Clínico de ambos sexos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0361

1. TÍTULO

ELABORACIÓN Y USO DE HOJA DE CÁLCULO PREDISEÑADA Y VALIDADA PARA LA OBTENCIÓN DE DOSIS DE MEDICACIÓN Y MATERIAL DE EMERGENCIA Y RCP SEGÚN PESO Y EDAD PEDIÁTRICOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE PALOMA HUERTA BLAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CUADRON ANDRES LORENA
AMIGUET BIAIN MIREIA ROSER
GONZALEZ GARCIA GONZALO
ARTIGAS CLEMENTE MARIA
ESCARTIN MADURGA LAURA
PESTANA GALLARDO DIANA
MARTINEZ VELASCO PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- La dosificación de los medicamentos en situaciones de emergencias pediátricas es en ocasiones una fuente de stress para la mayoría de los médicos y enfermeras. Esto puede ser atribuible a la falta de estandarización de las dosis de los fármacos para una gran mayoría de medicinas pediátricas, que requieren poco tiempo para calcularse y con pequeños márgenes de error.
- En un esfuerzo por reducir el potencial de error y la ansiedad durante la administración de estos medicamentos se ha elaborado una hoja de cálculo prediseñada y estandarizada para la obtención de dosis y material para las emergencias pediátricas según peso y edad del niño. De esta manera se proporciona un aumento de la seguridad del uso de medicamentos en situaciones de emergencia al eliminar cálculos personales y así se minimizan los riesgos de error.
- Se ha planteado disponer una completa y ordenada variedad de fármacos para reanimación e infusiones, así como el empleo de los medicamentos y material más usados en las emergencias Pediátricas, usando un formato simple y visual que permita con la simple introducción del peso del niño el cálculo automático de toda la información necesaria en cuanto a fármacos y material de emergencias se refiere.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha diseñado una completa hoja de cálculo de dosis según peso y edad del niño con la inclusión de fármacos y material de uso frecuente en las emergencias pediátricas.
- Antes de su implementación, la hoja de cálculo de medicamentos ha sido revisada y validada por los facultativos de Pediatría del Servicio incluidos en el equipo de mejora.
- Se ha proporcionado educación intrahospitalaria a los facultativos de Pediatría y a los MIR de Pediatría para el uso de la hoja de dosificación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La hoja de cálculo ha sido utilizada con éxito en situaciones de emergencia pediátricas, con lo que el equipo valora de forma muy positiva dicho recurso, permitiendo un fácil acceso y mayor confianza en los facultativos a la hora de abordar situaciones de urgencia.
- Se trata de un proyecto sostenible que se va a seguir desarrollando y utilizando en el Servicio de Pediatría.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/361 ===== ***

Nº de registro: 0361

Título
ELABORACION Y USO DE HOJA DE CALCULO PREDISEÑADA PARA LA OBTENCION DE DOSIS DE MEDICACION Y MATERIAL DE EMERGENCIA Y RCP SEGUN PESO Y EDAD PEDIATRICOS

Autores:
HUERTA BLAS PALOMA, CUADRON ANDRES LORENA, AMIGUET BIAIN MIREIA ROSER, GONZALEZ GARCIA GONZALO, ARTIGAS CLEMENTE MARIA, ESCARTIN MADURGA LAURA, PESTANA GALLARDO DIANA, MARTINEZ VELASCO PALOMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0361

1. TÍTULO

ELABORACIÓN Y USO DE HOJA DE CÁLCULO PREDISEÑADA Y VALIDADA PARA LA OBTENCIÓN DE DOSIS DE MEDICACIÓN Y MATERIAL DE EMERGENCIA Y RCP SEGÚN PESO Y EDAD PEDIÁTRICOS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología urgente pediátrica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los niños que consultan en una Unidad de Urgencias Pediátrica se presentan con necesidades variables en función de la edad, características personales y la patología por la que consultan. Los servicios de Urgencias deben, por lo tanto, ofrecer una atención protocolizada, segura y suficiente en la totalidad de las ocasiones. Para ello se han desarrollado diferentes guías consensuadas que hacen referencia a la infraestructura, equipamiento, dotación, formación del personal, organización y seguridad del paciente.
La dosificación de los medicamentos en situaciones de emergencias pediátricas es en ocasiones una fuente de stress para la mayoría de los médicos y enfermeras. Esto puede ser atribuible a la falta de estandarización de las dosis de los fármacos para una gran mayoría de medicinas pediátricas, que requieren poco tiempo para calcularse y con pequeños márgenes de error. En un esfuerzo por reducir el potencial de error y la ansiedad durante la administración de estos medicamentos de cuidados críticos pediátricos se plantea la elaboración de una hoja de cálculo prediseñada y estandarizada para la obtención de dosis y material para las emergencias pediátricas según peso y edad del niño.

RESULTADOS ESPERADOS

- Proporcionar un aumento de la seguridad del uso de medicamentos en situaciones de emergencia al eliminar cálculos personales y así minimizar los riesgos de error.
- Disponer de una completa y ordenada variedad de fármacos para reanimación e infusiones, así como el empleo de los medicamentos y material más usados en las emergencias Pediátricas.
- Usar un formato simple y visual que permita con la simple introducción del peso del niño el cálculo automático de toda la información necesaria en cuanto a fármacos y material de emergencias se refiere.

MÉTODO

Se plantea el diseño de una completa hoja de cálculo de dosis según peso y edad del niño con la inclusión de fármacos y material de uso frecuente en las emergencias pediátricas.
Antes de su implementación, la hoja de cálculo de medicamentos será revisada y aprobada por los facultativos de Pediatría del Servicio.
Se proporcionará una educación intrahospitalaria extensa tanto a los facultativos de Pediatría, residentes de Pediatría como a las enfermeras de Pediatría para uso de la hoja de dosificación.
La hoja de medicación podrá ser extrapolada a las distintas unidades donde los pacientes pediátricos reciben cuidados, ya que todas estas áreas pueden ser susceptibles de administrar fármacos durante las emergencias pediátricas.

INDICADORES

- Número de pacientes en los que se ha utilizado la hoja de cálculo (estándar 100%)
- Número de errores de dosificación respecto al número total de pacientes en los que se ha utilizado la hoja de cálculo (estándar 100%)
- Calendario de sesiones programadas informativas para personal médico y de enfermería (estándar 90%)

DURACIÓN

- Diseño de la hoja de cálculo estandarizada (Marzo- Abril 2019)
- Revisión y aprobación de la hoja de cálculo por el resto de facultativos de pediatría (Abril- Mayo 2019)
- Realización de sesiones informativas y educación intrahospitalaria de uso de la hoja de dosificación (Mayo 2019- Mayo 2020, periodicidad por establecer según necesidad y demanda de personal)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0460

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 PORTADORES DE BOMBAS DE INFUSION SUBCUTÁNEA CONTINUA DE INSULINA (ISCI)

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA LLORENTE CEREZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ASCASO MATAMALA ANGELA MARINA
GONZALEZ GAYAN LAURA
ESCRIBANO GARCIA ANA
COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR
ARTIGAS CLEMENTE MARIA
BONAFONTE DIEZ LUCIA
BUENO LOZANO MARIA GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han elaborado con la realización de este proyecto de mejora tres protocolos clínicos, en coordinación con las unidades de urgencias de pediatría, de hospitalización pediátrica y de Endocrinología pediátrica, para la atención óptima y protocolizada de pacientes pediátricos con diabetes tipo 1, portadores de bomba de infusión subcutánea continua de insulina (ISCI).

Para ello se ha cumplido con el calendario planteado, iniciando el proyecto con una reunión en abril de los colaboradores representantes de cada unidad: urgencias de pediatría, hospitalización pediátrica y consultas de Endocrinología pediátrica. En esa reunión se han fijado objetivos a conseguir y plazos, con asignación de las tareas a realizar.

Tras una revisión bibliográfica actualizada de la evidencia científica, se han ido elaborando los diferentes protocolos por los participantes entre mayo y septiembre de 2019, con reuniones para revisar y comentar posibles cambios y mejoras.

Tras puesta en común y consenso por parte de todas las unidades colaboradoras, se han dado por finalizados los protocolos clínicos y se han puesto a disposición del personal para su consulta y utilización, en los ordenadores de urgencias, hospitalización y consultas de pediatría, en octubre de 2019.

Para poner en conocimiento la existencia y el contenido de los protocolos de actuación por parte de todo el personal del servicio, y para su utilización en los pacientes portadores de ISCI que acuden a consultas para revisión, a urgencias por complicación, descompensación, o enfermedad intercurrente, o en los que se requiera su hospitalización, se han realizado dos sesiones clínicas en el servicio. En una de las sesiones se ha explicado a nivel teórico y práctico los fundamentos de la bomba de insulina, para familiarizar a todo el personal con las características de las bombas, sus componentes, cambios de cánula y catéter, y manejo y cálculo de requerimientos de insulina según edad y diferentes situaciones. En la otra sesión clínica se han presentado casos clínicos prácticos de actuación ante descompensaciones y enfermedades intercurrentes en estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por un lado se ha elaborado un protocolo clínico para utilización en la consulta de Endocrinología pediátrica por parte del personal médico y de enfermería, de conocimientos generales del fundamento de las bombas de infusión subcutánea continua de insulina, con indicaciones y contraindicaciones de su colocación en los pacientes con diabetes tipo 1. Incluye conocimientos y habilidades sobre la forma de administración de la insulina, cambios de catéter, tipos de bolos y programación inicial de la pauta de tratamiento, programación en situaciones especiales y habilidades para el autocontrol. De este protocolo se sacará información igualmente para las clases de educación a los padres y los pacientes en los que se inicia el tratamiento con ISCI.

Se ha elaborado un segundo protocolo de actuación ante enfermedades intercurrentes en paciente portador de bomba de ISCI, que acudan a urgencias o requieran hospitalización.

Un tercer protocolo incluye pautas de actuación ante descompensaciones hipoglucémicas e hiperglucémicas en pacientes con diabetes tipo 1 portadores de bombas ISCI, que acudan a urgencias o requieran hospitalización.

Respecto a los indicadores que proponíamos de evaluación, se han realizado cumpliendo los estándares marcados:

- Disponer de los protocolos de actuación ante descompensaciones metabólicas o enfermedades intercurrentes en niños con diabetes tipo 1 portadores de bomba de ISCI (estándar 100%). Método de obtención: n° de protocolos propuestos/n° de protocolos realizados.

- Porcentaje de pacientes con diabetes tipo 1 y portadores de ISCI, que requieren asistencia en urgencias/hospitalización pediátrica en los que se aplican los protocolos (estándar 80%). Desde octubre del 2019 se han aplicado los protocolos en todos los pacientes que cumplen los criterios y que han acudido a urgencias de pediatría o han requerido hospitalización. Método de obtención: n° de pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0460

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 PORTADORES DE BOMBAS DE INFUSION SUBCUTÁNEA CONTINUA DE INSULINA (ISCI)

con diabetes tipo 1 en tratamiento con ISCI que acude a urgencias/nº de pacientes en los que se aplican los protocolos realizados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración por parte de todo el equipo de mejora es de satisfacción, ya que se ha coordinado todo el trabajo cumpliendo el calendario y los objetivos marcados. Se han elaborado protocolos actualizados, sencillos en su seguimiento y de gran utilidad para el manejo de los pacientes.

Como conclusión de este proyecto de mejora es que ha permitido elaborar protocolos de actuación de gran utilidad para el manejo en las unidades en las que se atiende a estos pacientes. Las nuevas tecnologías surgidas en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1, precisa de una adecuada formación de los profesionales, por lo que se hace imprescindible la elaboración de protocolos de actuación que ayuden al manejo de estos pacientes, facilitando su atención óptima.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/460 ===== ***

Nº de registro: 0460

Título
ELABORACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION EN URGENCIAS/HOSPITALIZACION EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 PORTADORES DE BOMBAS DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUA DE INSULINA (ISCI)

Autores:
LLORENTE CEREZA MARIA TERESA, ASCASO MATAMALA ANGELA MARINA, GONZALEZ GAYAN LAURA, ESCRIBANO GARCIA ANA, COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR, ARTIGAS CLEMENTE MARIA, BONAFONTE DIEZ LUCIA, BUENO LOZANO MARIA GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La terapia con Infusión Subcutánea Continua de Insulina (ISCI) representa una alternativa terapéutica para la administración de insulina en pacientes con diabetes tipo 1 y es el método actualmente disponible que mejor imita la secreción fisiológica de insulina del páncreas.

Los sistemas ISCI actuales son sistemas abiertos que administran insulina de acción rápida a través de un catéter con una cánula que se coloca en el tejido subcutáneo. Esta secreción se administra en forma de perfusión basal y bolos. La dosis basal sigue una programación configurada en pequeños pulsos, permitiendo ajustar la dosis por tramos horarios adaptados a las necesidades individuales a lo largo de 24 horas y a los diferentes fenómenos fisiológicos (alba, atardecer, etc.). La insulina en bolos es la que se administra por el paciente antes de una comida o para corregir una hiperglucemia, existiendo 3 tipos de administración: normal, cuadrado y dual. Con todo ello, se ha demostrado un mejor control metabólico de la enfermedad(HbA1c), con disminución del número y frecuencia de hipoglucemias, y con mejoría de la calidad de vida.

La Orden del 5 de noviembre de 2004, del Departamento de Salud y Consumo, regula la prestación de las bombas de infusión continua de insulina en el Sistema de Salud de Aragón (1). Una de las principales indicaciones clínicas para el tratamiento con ISCI es la existencia de hipoglucemias graves y las necesidades muy bajas de insulina, algo frecuente en los niños pequeños sobretodo(2). Tras la configuración inicial del ISCI, deben existir continuamente ajustes en los diferentes parámetros de configuración de insulina basal y en bolos, según los patrones glucémicos individualizados en el tiempo. Es importante para el éxito con estos sistemas de tratamiento, contar con una formación estructurada dirigida a facilitar la autonomía del paciente y/o de la familia, para el manejo del sistema con eficacia y seguridad.

Se hace necesario por tanto, la elaboración de protocolos de actuación tanto para padres en un primer momento, como para los profesionales que atienden a estos niños o adolescentes a nivel de atención primaria, urgencias o ante una hospitalización, de pautas a seguir ante posibles descompensaciones metabólicas o enfermedades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0460

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 PORTADORES DE BOMBAS DE INFUSION SUBCUTÁNEA CONTINUA DE INSULINA (ISCI)

intercurrentes.

- 1- Ley 16/2003, de 28 de mayo por la que se establece la autorización para la financiación con fondos públicos de bombas portátiles de infusión subcutánea continua de insulina. BOA 29/11/2004, nº140.
- 2- ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Insulin treatment in children and adolescents with diabetes. Pediatric Diabetes October 2018;19 (suppl.27):115-135.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaboración y aplicación de protocolos de actuación en urgencias/hospitalización ante pacientes en edad pediátrica con Diabetes tipo 1 en tratamiento con ISCI, que acudan a urgencias del hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" o requieran hospitalización por descompensaciones metabólicas o enfermedades intercurrentes.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de la evidencia científica
Reuniones con los participantes y distribución de tareas
Elaboración de protocolo de actuación ante descompensaciones metabólicas (hipoglucemia/hiperglucemia) en niños con diabetes tipo 1 portadores de bombas de ISCI.
Elaboración de protocolo de actuación ante enfermedades intercurrentes (vómitos, diarreas, fiebre, enfermedad que requiera hospitalización..) en niños con diabetes tipo 1 portadores de bombas de ISCI.
Reuniones para revisión por parte de los servicios de Endocrinología Pediátrica, Urgencias de Pediatría y hospitalización pediátrica. Poner en conocimiento de los pediatras de atención primaria.
Aplicación de los protocolos en los pacientes con diabetes tipo 1 portadores de bomba con ISCI, atendidos en urgencias/hospitalización pediátrica.

INDICADORES

Disponer de los protocolos de actuación ante descompensaciones metabólicas o enfermedades intercurrentes en niños con diabetes tipo 1 portadores de bomba de ISCI (estándar 100%)
Porcentaje de pacientes con diabetes tipo 1 y portadores de ISCI, que requieren asistencia en urgencias/hospitalización pediátrica en los que se aplican los protocolos (estándar 80%)

DURACIÓN

Reunión con los participantes para distribución de las tareas, revisión bibliográfica: marzo-abril 2019
Elaboración y revisión de los protocolos: mayo-septiembre 2019
Aplicación de los protocolos: desde septiembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1191

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA BASICA ANTE UN DEBUT DIABETICO. SESIONES EDUCATIVAS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE LUCIA BONAFONTE DIEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCRIBANO GARCIA ANA
GUTIERREZ GARCIA FLOR
ROYO GUILLEN MARIA LOURDES
MALLEN ALASTUEY MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha diseñado la elaboración de una guía informativa para pacientes en edad pediátrica y sus familias, que debutan con diagnóstico de Diabetes tipo 1, con texto e ilustraciones propias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido al retraso en la creación de la guía informativa no hemos podido ponerla en práctica con pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo que forma este proyecto está totalmente satisfecho con las reuniones del equipo. Queda pendiente la puesta en marcha de la guía informativa en aquellos pacientes que debutan en el la planta de pediatría del hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" con Diabetes tipo 1.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1191 ===== ***

Nº de registro: 1191

Título
EDUCACION DIABETOLOGICA BASICA ANTE UN DEBUT DIABETICO. SESIONES EDUCATIVAS

Autores:
BONAFONTE DIEZ LUCIA, ESCRIBANO GARCIA ANA, GUTIERREZ GARCIA FLOR, ROYO GUILLEN MARIA LOURDES, MALLEN ALASTUEY MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Conseguir un buen control metabólico en los pacientes pediátricos diagnosticados de diabetes tipo 1, es un objetivo prioritario para un óptimo crecimiento y desarrollo en la edad pediátrica. La educación diabética consigue aumentar el nivel de conocimiento y habilidades del paciente y su familia ante la enfermedad, lo que lleva a una aceptación de la misma y a una mayor adherencia terapéutica, eliminando miedos e incertidumbres y consiguiendo un mejor control metabólico. El papel de la enfermera educadora en diabetes, ante un debut diabético en pediatría es la base para la adquisición de conocimientos durante su ingreso hospitalario. Surge la necesidad de realizar una guía educativa, estructurada en cinco sesiones, para educar tanto al paciente pediátrico como a los familiares. Ante un debut diabético encontramos los siguientes temas a tratar: técnica de inyección de insulina, autocontrol de glucemia capilar, los diferentes tipos de insulina y su acción, actuación ante situaciones de hipoglucemias e hiperglucemias, conocimiento del manejo de la dieta por raciones, actuación ante el ejercicio físico y situaciones especiales. Estos programas de educación tienen como objetivo proporcionar al niño y a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1191

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA BASICA ANTE UN DEBUT DIABETICO. SESIONES EDUCATIVAS

sus familiares, en un corto espacio de tiempo, las habilidades y conocimientos necesarios para que la estancia hospitalaria sea lo más reducida posible y se favorezca un alta segura, así como, capacitar a los niños y a sus familias para poder tomar decisiones sobre su salud de forma que asumen un papel activo en su cuidado y colaboren eficazmente con el equipo sanitario.

A su vez se hace necesario completar esta formación en las consultas de seguimiento de estos pacientes, lo que permite resolver dudas acerca del control de su enfermedad para evitar descompensaciones metabólicas y mejorar su calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaboración de una guía informativa para pacientes en edad pediátrica y sus familias, que debutan con diagnóstico de Diabetes tipo 1 que ingresen en la planta de Pediatría del hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

En el momento de debut diabético y durante la hospitalización, se pretende realizar una enseñanza estructurada y reglada en conocimientos básicos sobre diabetes con el objeto de conseguir que el paciente y su familia se sientan seguros en la autogestión de su propia enfermedad.

En el seguimiento ambulatorio el objetivo será reforzar dicha educación diabética básica para pasar a contenidos más avanzados.

Con todo lo anterior, se pretende conseguir una mejora en la calidad de la asistencia clínica del paciente pediátrico, así como de su calidad de vida, evitando ingresos por complicaciones metabólicas por falta de información.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de la evidencia científica.

Reuniones con los participantes y distribución de tareas.

Elaboración de una Guía informativa sobre la Diabetes tipo 1 para aquellos niños que han presentado un debut.

Reuniones para revisión por parte de los servicios de Endocrinología Pediátrica.

Poner en conocimiento a las pediatras de Atención primaria y al equipo de enfermería.

Poner en práctica las sesiones educativas en los pacientes en edad pediátrica ante ingresos hospitalarios por debut diabético.

INDICADORES

Indicadores: Disponer de una Guía con sesiones estructuradas para implantarla en nuevos ingresos con debut de Diabetes tipo 1 de pacientes pediátricos.

Evaluación: Mediante una atención diabética continua, eficiente y de calidad se valorará la disminución del número de consultas en Urgencias hospitalarias y de ingresos hospitalarios del niño diabético.

DURACIÓN

Reunión con los participantes para distribución de las tareas, revisión bibliográfica: abril-mayo 2019.

Elaboración y revisión de los protocolos: mayo 2019.

Aplicación de la guía: desde junio 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1018

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR PEREZ CADENAS
· Profesión TECNICO/A DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUENTE COLINA ALBERTO
GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA
ACHA AIBAR BEATRIZ
DUEÑAS JOLLARD SANDRA
ZUECO GARCIA ELENA
SIMON MELCHOR LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Coordinación con Mutua y recepción, y por tanto conocimiento, en el mismo día en el S° PRL de toda asistencia realizada a trabajadores Sector III tanto si es baja como si no.
- Elaborado procedimiento de Gestión de Accidentes de Trabajo. Pendiente aprobación, publicación y difusión
- Elaborado material (incluido video) para la acogida de nuevo personal en el que se ha incluido "modo de actuación en caso de accidente de trabajo"
- Realizada formación de acogida a nuevo personal incluyendo "Modo de actuación ante un accidente de trabajo".
- Elaborada formación general de PRL a realizar por todo el personal en plataforma Moodle (teleformación) "Curso Básico de Prevención de Riesgos Laborales Sector III".
- Realizada teleformación "Curso Básico de Prevención de Riesgos Laborales Sector III" por miembros del Comité de Dirección tanto de Atención Especializada como Atención Primaria y Delegados de Prevención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador de notificación de Accidentes de trabajo: 48%
(N° de notificaciones de accidentes de trabajo por el mando intermediox100/ N° accidentes registrados en S° PRL)
Indicador de notificación de Accidentes de trabajo con baja: 53%
(N° de notificaciones de accidentes con baja de trabajo por el mando intermediox100/ N° accidentes con baja registrados en S° PRL)
Indicador de cultura preventiva: 6,84%
(N° trabajadores formados x100/ N° trabajadores totales)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han comenzado a desarrollar algunas actividades aunque queda pendiente gran parte de la implantación. Tras completar la fase de comunicación diaria por parte de la mutua al S° PRL directamente, sin intermediarios, se ha mejorado el conocimiento rápido de toda atención en mutua a los trabajadores, iniciando al día siguiente la posterior investigación. Se ha completado la fase de preparación del procedimiento de gestión de accidentes de trabajo, de la formación a impartir de manera presencial durante las acogidas y de la formación básica de PRL que debe realizar todo trabajador del Sector III (ésta última en plataforma Moodle, modalidad teleformación) El procedimiento está pendiente de aprobar y publicar en la Intranet del Sector III, momento a partir del cual se procederá a su difusión, explicación y exigencia de cumplimiento. La formación básica de PRL que debe realizar todo trabajador del Sector III, en modalidad teleformación, está siendo realizada y revisada por los miembros del Comité de Dirección tanto de Atención Primaria como Atención Especializada, así como por los Delegados de Prevención. Actualmente estamos recibiendo el feedback con sugerencias de todos ellos para su mejora y posterior lanzamiento definitivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1018 ===== ***

N° de registro: 1018

Título
GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
PEREZ CADENAS MARIA MAR, ACHA AIBAR BEATRIZ, DUEÑAS JOLLARD SANDRA, ZUECO GARCIA ELENA, PUENTE COLINA ALBERTO, GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA, SIMON MELCHOR LUCIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1018

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

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: accidente de trabajo
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad y Salud en el trabajo

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de PRL debe tener un control total de los accidentes de trabajo ocurridos en los distintos centros de trabajo con el fin de realizar una adecuada investigación de los mismos. El objetivo de toda investigación de los accidentes de trabajo es conocer los factores que intervienen en el mismo, analizar las causas y evitar su repetición, mediante la propuesta e implantación de medidas que ayuden a evitar o minimizar los riesgos en origen. Para ello es necesario conocer todas las circunstancias relativas a la siniestralidad laboral que afecta a nuestro sector.

Actualmente, algunos de los trámites se realizan por otros Servicios, no llegando la información al Servicio de PRL. Aunque muchos de los accidentes son adecuadamente comunicados e investigados, aún se detectan de manera bastante frecuente accidentes de los que no se tiene constancia en el Servicio de PRL, que han sido incluso baja y comunicados formalmente al Ministerio de Trabajo a través del parte Delta
Disponer de toda la información facilita la adecuada y correcta investigación exigida por el plan de Prevención de nuestro Sector y dar cumplimiento a la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar una gestión integral de los accidentes de trabajo ocurrido en cualquier centro de trabajo del Sector Zaragoza III, desde la notificación inmediata por parte del responsable hasta la declaración Delta al Ministerio de Trabajo, asegurando que el Servicio de PRL dispone de toda la información pertinente.

- Asegurar la inmediata asistencia sanitaria al accidentado
- Asegurar la comunicación del accidente por parte del mando intermedio
- Facilitar una rápida investigación del accidente haciendo partícipe desde el primer momento al mando intermedio, delegados de prevención, dirección correspondiente en la investigación como en la propuesta de medidas correctivas y preventivas.
- Disponer de toda la información relativa a todo accidente de trabajo tanto con baja como sin baja ocurrido en cualquier centro de trabajo del Sector Zaragoza III
- Garantizar la adecuada correspondencia entre la información recibida en el Servicio PRL y la disponible en mutua a la hora de realizar la declaración Delta al Ministerio de Trabajo.
- Realizar la declaración Delta en un plazo máximo de 5 días y con la información real y contrastada de la forma de ocurrencia del accidente
- Mejorar el control de siniestralidad laboral y control de las medidas correctoras implementadas, pudiendo garantizar una correcta trazabilidad en todo el proceso que sufre un trabajador con un accidente laboral

Se va a proceder a intervenir en los Servicios de Personal, Mandos intermedios y Direcciones de todo el Sector III para conseguir conocer, declara e investigar todos los accidentes laborales acaecidos en el Sector Zaragoza III

MÉTODO

- Elaborar un procedimiento de gestión de accidentes de trabajo en el Sector Zaragoza III
- Implementación del procedimiento mediante sesiones formativas a mandos intermedios (supervisores, jefes de grupo, jefes de Servicio, ...), direcciones y delegados de prevención.
- Realización de formación a todo el personal tanto de nueva incorporación como estable del Sector Zaragoza III mediante vídeo formativo de gestión integral de accidentes de trabajo.
- Coordinación con Servicio de urgencias y mutua para la asistencia sanitaria que se precise y su comunicación al Servicio de PRL del Sector Zaragoza III
- Investigación del accidente de trabajo y Declaración Delta al Ministerio de Trabajo

INDICADORES

Indicador de notificación = N° de notificaciones de accidente del mando intermedio x 100/N° accidentes registrados en S.PRL

Indicador de notificación AT con baja = N° de notificaciones de AT con baja de mutua x 100/N° accidentes con baja registrados en S.PRL

Indicador de cultura preventiva = N° trabajadores formados x 100/
N° total de trabajadores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1018

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

DURACIÓN

DURACIÓN: Mayo 2018 - mayo 2019

CALENDARIO

Mayo 2018: Realización de indicadores de inicio (Técnico PRL)

Junio 2018: elaboración procedimiento de accidentes de trabajo (S° PRL y Unidad de Calidad)

Septiembre 2018: creación de material formativo (vídeo) (S° PRL)

Octubre - Diciembre 2018: formación a todo el sector III (unidad formación, S° PRL, Directivos y mandos intermedios)

Febrero- Marzo 2019: realización de indicadores de resultados (S° PRL)

Abril- Mayo 2019: realización de la memoria

OBSERVACIONES

Se trabaja conjuntamente con las Direcciones de cada categoría profesional, mandos intermedios, mantenimiento, hostelería, informática, etc. para garantizar la implementación de la cultura preventiva.

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 - 2018/1039

1. TÍTULO

COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 28/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTAMARIA MORENO LUCIA
DUEÑAS JOLLARD SANDRA
SIMON MELCHOR LUCIA
MARTINEZ SEDILES MARIA
PEREZ CIRES ALVARO
PEREZ CADENAS MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A) Se ha revisado y adaptado a las necesidades del Sector III el PROCEDIMIENTO DE COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES elaborado por la Secretaria General Técnica del Salud en Julio de 2006.
B) Se han elaborado nuevos documentos con objeto de procedimentar y simplificar la CAE. Estos documentos ya están implementados y forman parte del sistema de gestión de PRL de la Unidad Básica de PRL. A continuación, se detallan los documentos antes referenciados:

- IT.4.14.01 Instrucción Operacional CAE SUMINISTROS.
- FO.4.14.01 Formato FICHA DE DATOS GENERALES (IMPRESO 1).
- FO.4.14.01.01 Formato INFORMACION RIESGOS BASICA_CDT_HCU.
- FO.4.14.01.02 Formato RECIBI_INFORMACION RIESGOS BASICA_CDT_HCU.
- FO.4.14.02 Formato DECLARACION RESPONSABLE SOBRE PRL(IMPRESO 2).
- FO.4.14.03 Formato PARTE DE FORMACION EN PREVENCION (IMPRESO 3).
- FO.4.14.04 Formato PETICION DE INFORMACION A EMPRESAS CONCURRENTES SOBRE LOS RIESGOS ESPECIFICOS GENERADOS POR ELLAS (IMPRESO 4 + MODELO 1 + MODELO 2).
- FO.4.14.05 Formato COMUNICACIÓN DE INCIDENTE Y/O ACCIDENTE PARA CONTRATISTAS (IMPRESO 5).
- FO.4.14.06 Formato PARTE INFORMACION RIESGOS (IMPRESO 6).
- FO.4.14.07 Formato COMUNICACIÓN A LOS DDPP DE LA EXISTENCIA DE EMPRESAS CONCURRENTES (IMPRESO 7).
- FO.4.14.08 Formato LISTADO CONTROL CONTRATAS Y TRABAJADORES.

C) Se ha realizado un exhaustivo estudio de mercado sobre aplicativos informáticos para la gestión de la CAE. Se han estudiado siete aplicativos y se ha elaborado un informe final de conclusiones sobre fortalezas y debilidades de cada uno de ellos en relación a su posible implementación en el Sector III (para más información ver Z:\00 OHSAS\06 00 DOC\DOC_INT\COMPARATIVOS).

D) A falta de implementación del aplicativo informático, se ha puesto en marcha el procedimiento CAE para subcontratas relevantes que han participado en diferentes trabajos en el HCU. En concreto, el procedimiento se ha aplicado exitosamente a 7 subcontratas durante el ejercicio 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador documental = Documentos recibidos x 100/documentos solicitados

*Nuestro objetivo debe de ser > al 90%

**Resultados a fecha 20190228 100%

Indicador presencia = N° trabajadores externos autorizados x100/N° trabajadores externos totales

*Nuestro objetivo debe de ser > al 80%

**Resultados a fecha 20190228 INDICADOR NO IMPLEMENTADO

Indicador satisfacción = Resultado encuestas >3 x100/Total encuestas

*Nuestro objetivo debe de ser > al 80%

**Resultados a fecha 20190228 INDICADOR NO IMPLEMENTADO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De los objetivos planteados en este proyecto se han cumplido:

- Garantizar la gestión de la coordinación de actividades empresariales conforme a las exigencias legales.
- Informar a nuestras subcontratas y autónomos de los riesgos propios de nuestros centros de trabajo.
- Control documental (evaluaciones de riesgos, accidentes, aptitudes médicas de reconocimientos médicos, cualificación de los trabajadores, formación específica de PRL, ...)
- Autorización para inicio de actividad de la subcontrata y/o autónomos para dar cumplimiento art. 24 de la ley 31/1995 de PRL.

De los objetivos planteados en este proyecto está pendiente de implementar:

- Reuniones con subcontratas y/o autónomos estableciendo las medidas exigibles de control y coordinación pertinentes.
- Control operacional de forma que las subcontratas y/o autónomos desempeñen su actividad conforme a las medidas establecidas en las reuniones previas de coordinación de actividades empresariales.
- Planificación de actividades de subcontratas y/o autónomos en nuestras instalaciones.

Como conclusiones:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1039

1. TÍTULO

COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III

- En estudio, por parte de la Subdirección de Gestión, la viabilidad de la implementación del aplicativo informático para el control de la CAE.
- La puesta en marcha "manual" del Procedimiento CAE ha permitido valorar la viabilidad del Procedimiento, su simplicidad de aplicación y eficiencia de resultados.
- La implementación "manual" del Procedimiento CAE garantiza la seguridad jurídica de Sector III respecto a las obligaciones legales derivadas del obligado cumplimiento del artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales desarrollado por el RD 171/2004, de 30 de enero, para la coordinación de empresas subcontratadas y/o trabajadores autónomos.

7. OBSERVACIONES.

Se trabaja conjuntamente con las Direcciones y con los responsables de contratación de los servicios de hostelería, física y protección radiológica, servicios técnicos, suministros, farmacia, electromedicina, mutua de accidentes etc. para garantizar la correcta implementación del art 24 de la Ley de PRL.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1039 ===== ***

Nº de registro: 1039

Título
COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
PUENTE COLINA ALBERTO, PEREZ CADENAS MARIA MAR, SANTAMARIA MORENO LUCIA, DUEÑAS JOLLARD SANDRA, MARTINEZ SEDILES MARIA XIOMARA, PEREZ CIRES ALVARO, SIMON MELCHOR LUCIA

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: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Integración de la prevención a todos los niveles jerárquicos del Sector Zaragoza III

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Falta de cumplimiento en nuestros centros de trabajo del artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales desarrollado por el RD 171/2004, de 30 de enero, para la coordinación de empresas subcontratadas y/o trabajadores autónomos. El incumplimiento de esto deriva en responsabilidades jurídicas, administrativas, civiles y penales de todos los miembros implicados de nuestros centros, recayendo principalmente en Gerente y responsables de contratación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Garantizar la gestión de la coordinación de actividades empresariales conforme a las exigencias legales.
1. Informar a nuestras subcontratas y autónomos de los riesgos propios de nuestros centros de trabajo
 2. Reuniones con subcontratas y/o autónomos estableciendo las medidas exigibles de control y coordinación pertinentes.
 3. Control documental (evaluaciones de riesgos, accidentes, aptitudes médicas de reconocimientos médicos, cualificación de los trabajadores, formación específica de PRL, ...)
 4. Control operacional de forma que las subcontratas y/o autónomos desempeñen su actividad conforme a las medidas establecidas en las reuniones previas de coordinación de actividades empresariales
 5. Autorización para inicio de actividad de la subcontrata y/o autónomos para dar cumplimiento art. 24 de la ley 31/1995 de PRL.
 6. Planificación de actividades de subcontratas y/o autónomos en nuestras instalaciones.

MÉTODO

1. Elaborar procedimiento de coordinación actividades empresariales del Sector Zaragoza III
2. Definir niveles de subcontratas y/o autónomos en base a la actividad a desarrollar
3. Definir control documental a solicitar a subcontratas y/o autónomos
4. Definir documentos a enviar a las subcontratas y/o autónomos
5. Elección de herramienta informática que facilite el proceso y minimice los errores de gestión, dada la carga documental que conlleva el proceso.
6. Implementación de herramienta para lo cual se llevará a cabo un plan de formación. Comprenderá al Sº PRL, formación a subcontratista y/o autónomos y formación al personal responsable de la contratación
7. Control de acceso de subcontratistas y/o autónomos a nuestros centros del Sector III

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1039

1. TÍTULO

COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III

8. Encuesta de satisfacción a personal propio y subcontratas (Valoración tipo Likert)

INDICADORES

Indicador documental= Documentos recibidos x100/documentos solicitados
Nuestro objetivo debe de ser > al 90%

Indicador presencia= N° trabajadores externos autorizados x100/N° trabajadores externos totales
Nuestro objetivo debe de ser > al 80%

Indicador satisfacción= Resultado encuestas >3 x100/Total encuestas
Nuestro objetivo debe de ser > al 80%

DURACIÓN

DURACIÓN: de mayo 2018 a mayo del 2019

CALENDARIO:

Mayo - junio 2018: Elaboración de procedimiento de subcontratas (S° PRL)

Julio-Septiembre: Definición control documental (S° PRL)

Octubre -diciembre. Implementación herramienta informática CAE

Enero - Marzo: Formación en procedimiento de subcontratas

Abril - Mayo: Realización de indicadores y memoria de proyecto

OBSERVACIONES

Se trabaja conjuntamente con las Direcciones y con los responsables de contratación de los servicios de hostelería, física y protección radiológica, servicios técnicos, suministros, farmacia, electromedicina, mutua de accidentes etc. para garantizar la correcta implementación del art 24 de la Ley de PRL.

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 - 2016/0532

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, Autopercepción 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 - 2019/0967

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, AMPLIACION Y ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS DE INGRESOS Y ALTA EN HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS

Fecha de entrada: 05/01/2020

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.
RODENES CERVERA IVAN
BAILE VILADES ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Cumplimiento del calendario marcado en todas las actividades realizadas
- DOCUMENTO DE COMPILACION de los siguientes documentos (2018 y 2019):

1. información previa al ingreso en HDPDA (hospital de día psiquiátrico de adultos) para paciente y familia
2. dossier de criterios de ingreso y de contraindicaciones de ingreso en HDPS
3. formulario de derivación del caso al HDPDA
4. procedimiento de priorización de ingreso en HDPDA
5. información al ingreso en HDPDA para paciente y familia
6. carta de derechos y deberes del paciente
7. procedimiento de gestión interna de ingresos y altas en HDPDA
8. funciones del equipo de HDPDA
9. autorización de ingreso para menores de edad en HDPDA
10. formulario de denegación de ingreso en HDPDA
11. encuesta de satisfacción del paciente al alta

- Estandarización del proceso de ingreso en HDPDA Y Estandarización del proceso de alta en HDPDA, con pilotaje, revisión y actualización y diseño definitivo (concluido 30 junio 2019) DOCUMENTO DE LISTADO DE COMPROBACION O CHECK LIST operativo desde 1 julio 2019

- Reuniones periódicas del equipo de mejora

- Información regular al equipo asistencial de HDPDA del inicio y los objetivos del pilotaje

- Reporte de estado del trabajo y los logros obtenidos mensualmente a la Comisión de calidad del Servicio de psiquiatría y al Jefe de Servicio de psiquiatría

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados alcanzados en línea con el propósito marcado al inicio del programa de calidad:

- 1- incremento del rigor en los procesos de ingreso y alta
- 2- adaptación de los procesos de ingreso y alta en función de las necesidades organizativas del Hospital de día psiquiátrico de adultos y de la información recogida a través de las encuestas de satisfacción a pacientes y encuestas realizadas a profesionales (adscritos a ella y externos).

Impacto del proyecto:

- 1- estandarización de procesos de ingreso y alta
- 2- servir de modelo referente al resto de unidades del servicio de psiquiatría del hospital clínico al ser el primer proyecto de mejora concluido sobre los procesos de ingreso y alta, al iniciarse en 2019 la implantación de un modelo de calidad de gestión por procesos, transversal a todo el Servicio de Psiquiatría.

Indicadores utilizados:

- 1- Lista de comprobación (Check list) para proceso de ingreso y alta en el Hospital de día psiquiátrico de adultos concluida, pilotada, reformulada y puesta en marcha definitivamente desde el 1 de julio de 2019
- 2- Compilación de los documentos de los procesos de ingreso y alta en el Hospital de día psiquiátrico de adultos tras revisión, actualización, adaptación y ampliación de la documentación existente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Proyecto sostenible que facilita la revisión sistemática de todos los procesos de ingreso y alta en una unidad del servicio de psiquiatría de una forma eficiente y visual que permite la detección de fallos/olvidos en los procesos y por tanto su subsanación mejorando por tanto la asistencia al paciente, objetivo final del programa de calidad.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0967

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, AMPLIACION Y ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS DE INGRESOS Y ALTA EN HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS

*** ===== Resumen del proyecto 2019/967 ===== ***

Nº de registro: 0967

Título
ACTUALIZACION, AMPLIACION Y ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS DE INGRESOS Y ALTA EN HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS (HDPDA)

Autores:
IRIGOYEN RECALDE ISABEL, RODENES CERVERA IVAN, BAILE VILADES ROSA

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
3.1.- Evaluación
Incluir: a) los resultados de la autoevaluación del contrato de gestión 2017 de la unidad; b) otras actividades realizadas durante 2017 y los resultados conseguidos; c) la valoración de los distintos profesionales que componen la unidad respecto a los aspectos que consideran prioritarios mejorar en el conjunto de su ámbito de trabajo; etc

El Hospital de Día Psiquiátrico de Adultos (HDPDA) desde su puesta en marcha en el año 2004 dispone de un sistema estructurado en los procesos de ingreso y alta de los pacientes atendidos.

Como resultado del inicio de la implantación de un modelo de calidad de gestión por procesos, transversal a todo el Servicio de Psiquiatría, nos proponemos su revisión, actualización y ampliación.

El material escrito que compila la documentación ya existente al respecto de los procesos de ingreso y alta en HDPDA es el siguiente:

1. información previa al ingreso en HDPDA para paciente y familia
2. dossier de criterios de ingreso y de contraindicaciones de ingreso en HDPS
3. formulario de derivación del caso al HDPDA
4. procedimiento de priorización de ingreso en HDPDA
5. información al ingreso en HDPDA para paciente y familia
6. carta de derechos y deberes del paciente
7. procedimiento de gestión interna de ingresos y altas en HDPDA
8. funciones del equipo de HDPDA
9. autorización de ingreso para menores de edad en HDPDA
10. formulario de denegación de ingreso en HDPDA
11. encuesta de satisfacción del paciente al alta

RESULTADOS ESPERADOS
el objetivo es concluir este programa de calidad iniciado en el 2018 con los objetivos de:

1. incrementar el rigor en los procesos de ingreso y alta
2. adaptar los procesos de ingreso y alta en función tanto de las necesidades organizativas como de las percibidas por los pacientes con la información recogida en los años de andadura de la unidad a través de las encuestas de satisfacción a pacientes y encuestas a profesionales (adscritos a ella y externos).

MÉTODO
Revisión, actualización, adaptación y ampliación en su caso de la documentación ya existente Concluido en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0967

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, AMPLIACION Y ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS DE INGRESOS Y ALTA EN HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS

2018

Compilación de los documentos en un dossier único	Concluido en 2018
Estandarización del proceso de ingreso en HDPA	Lista de comprobación (Check list) ya diseñada en 2018
Estandarización del proceso de alta en HDPA	Lista de comprobación (Check list) ya diseñada en 2018
Pilotaje de la estandarización	% superior al 50 % de los pacientes ingresados entre febrero y mayo de 2019
Revisión de la estandarización	Checks list definitivos previamente a 30 junio 2019

INDICADORES

Revisión, actualización, adaptación y ampliación en su caso de la documentación ya existente 2018	100%	Concluido en 2018
Dossier de compilación finalizado	100%	
Check list del procedimiento de ingreso diseñado	100%	
Check list del procedimiento de alta diseñado	100%	
Pilotaje de la estandarización	% superior al 50 % de los pacientes ingresados entre febrero y mayo de 2019	
Checks list definitivos previos a 30 junio 2019		

DURACIÓN

Pilotaje de la estandarización	% superior al 50 % de los pacientes ingresados entre febrero y mayo de 2019
Revisión de la estandarización	Checks list definitivos previamente a 30 junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE PEDRO MANUEL RUIZ LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Filtro de las solicitudes desde Atención Primaria con la introducción de la interconsulta virtual.
Uso piloto del Curso clínico por una psiquiatra.
Redacción y entrega en Word impreso de los documentos informativos psicoeducativos por escrito para familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH.
Se ha diseñado un folleto con la cartera de servicios y las funciones de los miembros del equipo interdisciplinar de la USMIJ.
Se ha diseñado y aplicado en una muestra una encuesta de satisfacción.
Mejora de la transición a edad adulta con visitas programadas hasta tener cita en USM de adultos e informe de alta/derivación.
Reuniones con USMA, UCE infanto-juvenil y UTCA.
El diseño de protocolos, consentimiento informado para padres separados, divulgación de criterios e informes de derivación para distintas unidades sigue en proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 2019 las primeras visitas acumuladas a fecha diciembre de 2019 son 580 (con el traslado a CEM Inocencio Jiménez se pierden los días de guardia) con 4434 totales.
Se ven 1.941 pacientes distintos en Psicología y Psiquiatría (1.839).
Con una demora media prospectiva de 202,0 días en 2019.
Un 5% de solicitudes electrónicas para visita de primer día desde AP rechazadas
Entregados 320 folletos de TDAH, TEA y TCA a familias.
Encuesta de satisfacción en grupo de padres por enfermería: valoración excelente.
Se deriva 19 pacientes a USMA con informe o resumen en historia clínica y transición programada.
Y se ven 254 pacientes de 18 o más años y 71 de 19 o más por la transición a adultos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El diseño de protocolos, consentimiento informado para padres separados, divulgación de criterios e informes de derivación para distintas unidades sigue en proceso.
Cuando se use el curso clínico de forma generalizada será una buena oportunidad para mejorar.
Se mantiene contacto regular con las Asociaciones de familiares de pacientes, Asperger y TGDs de Aragón, Autismo Aragón, AATEDA, Atenciona, TCA Aragón y ARBADA, Reazyom, Asociación de Dislexia de Aragón. Ello nos permite conocer, dentro de una general satisfacción por la atención recibida, un área de mejora en la transmisión de información con las familias que reclaman y requieren su espacio dentro de nuestra asistencia interdisciplinar (lo más sistémica posible) y atender a las necesidades de usuarios y su entorno más cercano (un instrumento de ayuda al cambio).
La presión asistencial creciente hace que el tiempo disponible para las familias se haya visto reducido y hay que buscar nuevas vías que faciliten la atención a las familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH como folletos y grupos.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1082

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

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

1. TÍTULO

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

Autores:

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

Informatizar definitivamente el filtro de solicitudes desde AP y especializada.

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

Mejorar acceso/derivación mediante divulgación de criterios e informe protocolizado escrito o digitalizado

Realizar detección y protocolización de consentimiento informado en caso de padres separados para entrevista, realización de pruebas

Disponer de documentos informativos psicoeducativos por escrito para familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH

Disponer de folleto con la cartera de servicios y las funciones de los miembros del equipo interdisciplinar de la USMIJ.

Realizar informe de derivación a UHIJ, USM Adultos, UTCA adultos, incluyendo informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería

MÉTODO

Informatización definitiva filtro de solicitudes AP y especializada.

Plan de comunicación con folletos para mejora satisfacción de familias de usuarios menores de edad en cuanto a accesibilidad, menor tiempo de espera, documentación, criterios de alta, mejora de información.

Documento para divulgación de criterios derivación e informe protocolizado escrito o digitalizado.

Documento consentimiento informado en caso de padres separados para entrevista, realización de pruebas

Documentos informativos psicoeducativos por escrito para familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH

Folleto con la cartera de servicios y las funciones de los miembros del equipo interdisciplinar de la USMIJ.

Informe de derivación a UHIJ, USM Adultos, UTCA adultos, incluyendo informe de Continuidad de Cuidados de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1082

1. TÍTULO

GESTIÓN POR PROCESOS EN ENTRADA Y SALIDA DE PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL USMIJ SECTOR III

Enfermería.

Reuniones semanales del equipo USMIJ para realizar documentos y con USMA, UHIJ, UTCA adultos.

INDICADORES

Informatizar todas solicitudes desde AP

Nº de solicitudes electrónicas y en papel: 100% electrónicas a fin de año.

Nº de solicitudes rechazadas 5-10%

Aumentar la satisfacción entre las familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH
TCA, TDAH, TEA: 100-400

Nº de folletos entregados de

Aumentar satisfacción de familias

Nº de folletos entregados con cartera de servicios y funciones del equipo: 100-400

Medida (de 1 a 10) de satisfacción de familias: 5-10

Mejorar transición a USM adultos

Número de pacientes derivados con informe: 75%-100%.

DURACIÓN

Doce meses de enero a diciembre de 2019

Plan de comunicación mejora satisfacción de familias de usuarios menores de edad: Silvia Mabry

Consentimiento informado padres separados: Eva Garcés.

Folletos TCA, TDAH, TEA: Pedro Ruiz.

Folletos cartera servicios y funciones de equipo USMIJ: José Manuel Lobán.

Encuesta de satisfacción a familias: Ana Barrera

OBSERVACIONES

Población diana menoresde 18 años

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1250

1. TÍTULO

GUIA DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"

Fecha de entrada: 18/02/2020

2. RESPONSABLE VALERO PEREZ CAMO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RODENES CERVERA IVAN
SANCHEZ DE BERRIZ CARMEN
SANJULIAN LOPEZ JUANA
VILLAGRASA BLASCO BEATRIZ
BALLESTIN MIGUEL MARIA JESUS
MILLAN FERNANDEZ BERTA
ASO GRACIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reuniones para debatir y concretar la elaboración de la Guía.
- Búsqueda bibliográfica
- Recopilación de los distintos documentos relacionados que se están utilizando en las Unidades del Servicio de Psiquiatría.
- Recogida de sugerencias de los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Recogida de sugerencias del personal recientemente incorporado al Servicio de psiquiatría.
- Elaboración del esquema para organizar los contenidos de la GUIA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos elaborado la Guía de acogida al personal de nueva incorporación al Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

Hemos elaborado el Documento de Recogida del Manual y la Declaración de su conocimiento y comprensión.

Hemos creado el Registro de Nuevas Incorporaciones al Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

UNA DE LAS DIFICULTADES IMPORTANTES CON LA QUE NOS HEMOS ENCONTRADO HA SIDO LA DIFICULTAD PARA ORGANIZAR REUNIONES DEL EQUIPO DE TRABAJO. AL SER UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR Y POR TANTO CON DIFERENTES HORARIOS, TURNOS ETC. LA PLANIFICACIÓN DE LAS REUNIONES HA SIDO A VECES DIFICULTOSA.
Nos ha quedado pendiente la puesta en marcha de la guía . Para ello presentaremos un nuevo programa de calidad que será continuación de este.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1250 ===== ***

Nº de registro: 1250

Título
GUIA DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"

Autores:
PEREZ CAMO VALERO, RODENES CERVERA IVAN, SANCHEZ DE BERRIZ CARMEN, SANJULIAN LOPEZ JUANA, VILLAGRASA BLASCO BEATRIZ, BALLESTIN MIGUEL MARIA JESUS, MILLAN FERNANDEZ BERTA, SO GRACIA CARMEN

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 .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1250

1. TÍTULO

GUIA DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

3.1.- Evaluación

La política de calidad del servicio de Psiquiatría se encuentra en fase de revisión y reforma. Frente a la línea seguida en todos los años anteriores que se traducía en numerosos planes de calidad pero que a la larga aportaban poco a una mejora de la calidad global del servicio este año se ha adoptado un criterio diferente: muchos menos planes pero todos alineados en una misma dirección: organizar estructuralmente el servicio basándolo en un modelo de Gestión por Procesos.

En este primer año se van a elaborar planes de calidad en relación a los procesos de entrada y salida en el servicio. Todas las diferentes unidades van a elaborar un plan de calidad relacionado con este aspecto. El plan que proponemos es un plan global respecto a la acogida del nuevo personal que se incorpore a trabajar al servicio. Las nuevas incorporaciones de personal a puestos de trabajo en las distintas Unidades del Servicio de Psiquiatría es un hecho habitual y de magnitud considerable. Existen numerosas razones: provisión de plazas fijas, traslados, acoplamiento de personal fijo dentro de la institución, excedencias, coberturas por incapacidad temporal, vacaciones, permisos, etc. Por otro lado, desde el punto de vista docente, periódicamente se incorporan profesionales en formación que realizan la correspondiente especialidad durante la residencia de Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Máster de Trabajo Social en Salud Mental, FOCUSS, etc.

Al inicio de la relación laboral son numerosas las dudas relacionadas con las competencias del puesto de trabajo, la organización del servicio, expectativas de promoción, ... Estas personas pueden llegar a experimentar ansiedad, estrés, temores por la falta de referencia lógica derivada del desconocimiento del medio laboral.

Por otro lado, la variedad de actuaciones y la complejidad del medio precisa de un procedimiento de acogida que, siguiendo una línea homogénea en las distintas unidades, facilite que el nuevo trabajador se integre, sea operativo y eficaz en el menor tiempo posible.

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

Para ello, se considera necesario disponer de un documento común en el Servicio de Psiquiatría, que permita una actuación homogénea en las Unidades que lo forman, ante las nuevas incorporaciones de personal a los distintos puestos de trabajo, siendo el objetivo elaborar la Guía referida en el título.

RESULTADOS ESPERADOS

3.2.- Oportunidades de Mejora para 2019

- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.
- Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

MÉTODO

- Búsqueda bibliográfica
- Recopilación de los distintos documentos relacionados que se están utilizando en las Unidades del Servicio de Psiquiatría.
- Recogida de sugerencias de los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Recogida de sugerencias del personal recientemente incorporado al Servicio de psiquiatría.
- Elaboración del esquema para organizar los contenidos de la GUIA.

INDICADORES

Objetivo 1: Elaborar Guía de acogida al personal de nueva incorporación al Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

Indicador 1: SI / NO

Objetivo 2: Elaborar Documento de Recogida del Manual y la Declaración de su conocimiento y comprensión.

Indicador 2: SI / NO

Objetivo 3: Crear Registro de Nuevas Incorporaciones al Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

Indicador 3: SI / NO

Objetivo 4: Garantizar la distribución de la Guía

Indicador 4: N° Total de guías entregadas / N° Total de nuevas incorporaciones x 100

Objetivo 5: Garantizar el conocimiento de los contenidos de la Guía

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1250

1. TÍTULO

GUIA DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"

Indicador 5: N° Total de Documentos de Recogida firmados / N° Total de nuevas incorporaciones x 100

DURACIÓN

Fecha de inicio: Febrero-2019

Fecha de finalización: 15 de Diciembre de 2019

Calendario:

Febrero: Realización del programa

Marzo - abril: Búsqueda de bibliografía, documentos y recogida de sugerencias.

Mayo-junio: Análisis de los contenidos, elaboración de resultados y conclusiones.

Septiembre- octubre: Redacción de los diferentes apartados de la guía

Noviembre presentación al resto del equipo de Calidad del Servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1355

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y DE ALTA/DERIVACIÓN EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL (UCE PSQIJ) DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MAITE ARANZAZU ZAPATA USABEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLA TALAYERO BEATRIZ NATIVIDAD
GARMENDIA GUINEA DOLORES
VICO RUBIO MAURICIA PILAR
BLANCO JUSTO PABLO
RADA RAMIRO JAVIER
ROBLES ANDRES MARIA
BASTAROS MARTINEZ INES ROXANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han cumplido todos los plazos establecidos:

Marzo-mayo 2019:

- Reuniones multidisciplinarias del equipo de la UCE PSQ IJ. Creación de grupos de trabajo.
- Distribución de trabajo en paralelo, y puestas en común de consenso en reunión quincenal.
- Definición de actuación de Psiquiatría, psicología, Enfermería, Trabajo social y profesor en cada uno de los procesos
- Establecimiento de criterios de admisión, alta y derivación en UCEPSQIJ, puestos por escrito y a disposición del personal de la unidad y de otros dispositivos.
- Creación de Checklist de cumplimiento de procesos.
- Creación encuesta satisfacción paciente y familia

Junio-diciembre 2019:

- Presentación a nivel de equipo de los criterios establecidos tanto al ingreso como al alta/derivación
- Coordinación focal de los responsables de calidad con los agentes implicados: equipos de USMIJ, Hospital de día IJ, Hospital PRISMA, otros recursos de SM, a los que se les comunicó cambios y mejoras en los ámbitos trabajados. Presentación plan de actuación a centros derivantes (USMIJ; Hospital de Día IJ; PRISMA; Otros Centros)
- Cumplimiento por parte de pacientes y familia de las encuestas de satisfacción

Diciembre 2019:

- Evaluación de los indicadores
- Memoria de actividad de la UCEPSQIJ

MATERIAL

- Checklist de cumplimiento de procesos.
- Encuesta satisfacción paciente y familia
- Documento con las actuaciones por parte de cada miembro del equipo, así como criterios de admisión, alta y derivación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se consideraba el estándar alcanzar al menos el 80%.

INGRESOS:

Derivaciones bien cumplimentadas desde las Unidades de salud mental Infanto juvenil (USMIJ): El 89,88% estaban bien cumplimentadas. El estándar marcado era de igual o mayor al 80%, por lo que se considera un buen resultado. Hubo comunicación con las USMIJ para pedirles mínimos datos exigidos en la derivación.

- Informes alta Psiquiatría PRISMA/ITA estaba bien cumplimentados el 80%. También se transmitió a los equipos de PRISMA la necesidad de unos datos mínimos. Desde entonces mejoría clara, esperando que la cifra de bien cumplimentados ascienda este año.

- No se recibieron Informes alta Enfermería PRISMA/ITA. Es uno de los aspectos que es preciso mejorar.

- Las derivaciones fueron preferentes en un 41,46% y urgentes un 58,54%.

- Tiempo de demora desde solicitud hasta ingreso: El 94,31% ingresaron dentro de los 4 días posteriores a la solicitud. Este ítem, aunque bueno sería necesario mejorarlo, ya que hay pacientes que ingresan incluso más de una semana después. Se consigue ingresar en los 4 días posteriores a la petición del ingreso porque hay pacientes que ingresan en Centro privado (PRISMA) ante la falta de camas de nuestra unidad.

- El 15,45% procedían de urgencias. El 18,70% del área I, 12,20% área II, 19,51% área III, 9,76% área IV, 2,44% área V, 9,76% PRISMA, 12,19% otros. La cifra de derivaciones desde PRISMA es alta, pero resalta de nuevo el problema de falta de camas en Salud mental Infanto juvenil en Aragón.

- Del 18,7% que proceden de otros centros el 73,91% se trasladaron a nuestra unidad en los primeros 4 días. Otro indicador a mejorar: más del 25% tardan en ser trasladados al sistema público, debido a que ante la falta de camas se da prioridad a los pacientes que están en su domicilio.

- Se comunicó el ingreso a Fiscalía de menores en un 100%.

- Se solicitó analíticas en 97,56%

- Ingresos involuntarios fueron el 10,57%. El 89,43% fueron voluntarios.

- El 61,79% fueron ingresos programados. Aunque lo ideal son ingresos programados, esto en una unidad de agudos es muy difícil, ya que hay pacientes que ingresan desde urgencias y donde no es posible la demora del ingreso.

- Hª Clínica Psiquiatría/ psicología hecha en 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1355

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y DE ALTA/DERIVACIÓN EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL (UCE PSQIJ) DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

- Se contactó con familiares/tutores del ingreso/psiquiatra de guardia/ Centro de derivación/ Psiquiatra de referencia en el 100% de los casos
 - Preparación documentación y Presentación del equipo a acompañantes y pacientes, Presentación de las instalaciones, Recogida de pertenencias y registro de las mismas, Proporcionar pijama de la unidad, Realizar acogida acompañantes, Firma consentimiento ingreso, Realizar acogida al paciente, Entregar y explicar hoja informativa a acompañantes, Citar acompañantes con facultativos, Realizar valoración de enfermería al paciente, Dar de alta en Intranet al paciente, Elección dieta con paciente, Introducción dieta en programa, y Confirmar órdenes de tratamiento (unidosis): 100%
 - Se cursaron analíticas en el 95,94%.
 - Firma autorización contacto con centro escolar y contacto: 69,92%. El resto no procedía por vacaciones o no realizar estudios.
 - El 64,23% de los pacientes fueron valorados por Trabajo social. Consideramos que dada la complejidad de los pacientes que ingresan, deberían ser valorados por trabajo social el 100% (sería preciso una trabajadora social a tiempo completo).
- ALTAS/DERIVACIÓN:
- Coordinación con terapeuta de referencia en el 98,37%
 - Se solicitó cita postalta en el 95,93%
 - Explicar y entregar informe de alta en el 100%
 - Coordinar con enfermero especialista en SM de referencia en el 82,92%
 - Realizar informe de continuidad de cuidados, Entregar encuesta de satisfacción a pacientes y familiares, Entregar pertenencias a acompañantes, Dar de alta en intranet, Avisar servicio de limpieza: 100%.
 - Coordinación con centro escolar: 100% de los contactados al ingreso.
 - Informes realizados al alta por trabajo social: 25%. Este indicador también es necesario mejorarlo.
- ENCUESTAS SATISFACCIÓN (ES):
- Se realizaron el 100% de las encuestas a familiares y a pacientes.
 - ES Familiares (13 Items; se puntúan de 0 a 10, siendo 10 excelente):
Información del funcionamiento, horarios de visita, Lugares de visita, Información sobre la evolución, contacto con profesionales según necesidad, Trato de los profesionales, Trato del profesional al familiar, mejoría del estado familiar, Limpieza, comodidad, seguridad, recomendaría la unidad: Puntuaciones por encima de 9 (rango 9,04 a 9,87).
Valoración general: 9,59
Muy buena valoración por los familiares de la unidad.
 - ES Pacientes (11 Items; se puntúan de 0 a 10, siendo 10 excelente):
Información sobre el funcionamiento (9,32), horarios de visita (8,62), Lugares de visita (8,95), información continuada sobre la evolución de mi situación (8,40); contacto con profesionales según necesidad (9,11), Trato de los profesionales (9,30), valoración de las instalaciones (8,38), valoración comidas (7,83), valoración actividades (8,76)
UTLIDAD del ingreso: 90,83% lo consideraron útil.
VALORACIÓN GENERAL: 8,71.
Los pacientes puntúan más bajo que los familiares. Esto es debido no al trato de los profesionales sino principalmente por las instalaciones (que sería preciso mejorar) como por las comidas.
- La recogida de datos se obtuvo de pacientes, familiares, profesionales de la unidad y de los dispositivos con los que se coordina. Todo a través del checklist y las encuestas de satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La replicación y sostenibilidad del proyecto es factible. A nivel de material, la documentación está creada, así como la base de datos para la recogida de los indicadores y archivada para que sea accesible al personal de la unidad. No hay costes económicos, siendo los costes el tiempo invertido para registrar lo que se hace, así como el de coordinación con los diferentes servicios. Este trabajo nos ha ayudado a ser más exhaustivos en nuestra labor diaria, corregir deficiencias y ser más conscientes de las limitaciones existentes. Aunque a través del proyecto la coordinación con los diferentes dispositivos de salud mental infanto juvenil ha mejorado, seguimos considerando que sería preciso dar un paso más (tal vez con reuniones presenciales para el seguimiento de los pacientes y una mejor transición desde la unidad al resto de dispositivos). Hay determinados factores que ayudarían a la mejora de los indicadores, que se escapan de nuestras posibilidades (falta de camas en Aragón, instalaciones de la unidad, entre otras).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1355 ===== ***

Nº de registro: 1355

Título
PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y DE ALTA/DERIVACION EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL (UCEPSQIJ) DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1355

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y DE ALTA/DERIVACIÓN EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL (UCE PSQIJ) DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

Autores:
ZAPATA USABEL MAITE ARANZAZU, SOLA TALAYERO BEATRIZ, GARMENDIA GUINEA DOLORES, VICO RUBIO MAURICIA PILAR, BLANCO JUSTO PABLO, RADA RAMIRO JAVIER, ROBLES ANDRES MARIA, BASTAROS MARTINEZ INES ROXANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La UCEPSQIJ requiere de intervenciones inmediatas y de una adecuada coordinación entre los miembros del equipo. El momento de ingreso, el de alta y derivación son claves. Con este proyecto se trata de llevar a cabo un procedimiento de ingresos y alta/derivación, que permita a los miembros del equipo obtener el máximo rendimiento del trabajo y facilitar a todos los profesionales la coordinación con el resto de compañeros de otras categorías y con los centros derivantes

RESULTADOS ESPERADOS
. Definir la actuación de Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería en Salud Mental, Trabajo social y profesor, tanto en el momento de ingreso, como al alta/derivación
. Gestión de la recepción de solicitudes ingreso
. Gestión de ocupación de camas y lista de espera de forma más eficiente
. Gestión de respuesta a la derivación. Información al dispositivo que deriva.
. Mejorar coordinación entre los recursos derivantes y el Servicio receptor
. Mejora de la continuidad de cuidados tras alta.

MÉTODO
Reuniones multidisciplinares del equipo de la UCEPSQIJ. Creación de grupos de trabajo
Distribución de trabajo en paralelo, y puestas en común de consenso en reunión quincenal
Coordinación focal de los responsables de calidad con los agentes implicados: equipos de USMIJ, Hospital de día IJ, PRISMA, otros recursos.
Supervisión de los trabajos y revisión de logros desde Comisión de Calidad del servicio
Creación de Checklist de cumplimiento de procesos
Asesoramiento si fuese preciso por expertos en calidad del Servicio Aragonés de Salud
Memoria anual de resultados

INDICADORES

INGRESOS:
Derivaciones bien cumplimentadas USMIJ NO=0; SI=1; 2= NO PROCEDE
Informes alta Psiquiatría PRISMA/ITA bien cumplimentado NO=0; SI=1; 2= No PROCEDE
Informes alta Enfermería PRISMA/ITA bien cumplimentado NO=0; SI=1; 2= No PROCEDE
Derivaciones ordinarias, preferentes, urgentes ORD= 1; PREF=2; URG=3
Tiempo de demora desde solicitud hasta ingreso NO PROCEDE= 0; 0-4 días= 1; 5-9= 2; 10-14=3; 15-19=4; >20=5
Lugar de procedencia Urgencias=0; USMIJ I=1; USMIJ II=2; USMIJ III=3; USMIJ IV= 4; USMIJ V=5; PRISMA=6; OTROS=7
Tiempo para recuperar a paciente de otros centros (PRISMA) NO PROCEDE= 0; 0-4 días= 1; 5-9= 2; 10-14=3; 15-19=4; >20=5
Comunicación a Fiscalía de menores NO=0; SI=1
Solicitar analíticas NO=0; SI=1
Ingresos involuntarios NO=0; SI=1
Ingresos programados NO=0; SI=1
Hª Clínica Psiquiatría/ psicología NO=0; SI=1
Contacto con familiares/tutores del ingreso/psiquiatra de guardia/ Centro de derivación/ Psiquiatra de referencia NO=0; SI=1
Preparación documentación NO=0; SI=1
Presentación del equipo a acompañantes y pacientes NO=0; SI=1
Presentación de las instalaciones de la unidad NO=0; SI=1
Recogida de pertenencias y registro de las mismas NO=0; SI=1
Proporcionar pijama de la unidad NO=0; SI=1
Realizar acogida acompañantes NO=0; SI=1
Firma consentimiento ingreso NO=0; SI=1
Realizar acogida al paciente NO=0; SI=1
Entregar y explicar hoja informativa a acompañantes NO=0; SI=1
Citar acompañantes con facultativos NO=0; SI=1
Realizar valoración de enfermería al paciente NO=0; SI=1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1355

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y DE ALTA/DERIVACIÓN EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSQUIATRÍA INFANTO JUVENIL (UCE PSQIJ) DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

Dar de alta en Intranet al paciente NO=0; SI=1
Elección dieta con paciente NO=0; SI=1
Introducción dieta en programa NO=0; SI=1
Confirmar órdenes de tratamiento (unidosis) NO=0; SI=1
Cursar analíticas NO=0; SI=1
Firma autorización contacto centro escolar NO=0; SI=1; NO PROCEDE=2
Contacto centro escolar NO=0; SI=1; NO PROCEDE=2
Valoración por trabajo social NO=0; SI=1
ALTAS/DERIVACIÓN:
Coordinación con terapeuta de referencia NO=0; SI=1
Solicitar cita NO=0; SI=1
Explicar y entregar informe de alta NO=0; SI=1
Coordinar con enfermero especialista en SM de referencia NO=0; SI=1
Realizar informe de continuidad de cuidados NO=0; SI=1
Entregar encuesta de satisfacción a pacientes y familiares NO=0; SI=1
Entregar pertenencias a acompañantes NO=0; SI=1
Dar de alta en intranet NO=0; SI=1
Avisar servicio de limpieza NO=0; SI=1
Coordinación con centro escolar NO=0; SI=1; 2= NO PROCEDE
Nº de informes realizados NO=0; SI=1
ENCUESTAS SATISFACCIÓN
¿Realizada encuesta satisfacción padres? NO=0; SI=1
¿Realizada encuesta satisfacción paciente? NO=0; SI=1

DURACIÓN

Calendario:

Marzo-mayo 2019:

- Establecimiento de criterios de admisión, alta y derivación en UCEPSQIJ
- Definición de actuación de Psiquiatría, psicología, Enfermería, Trabajo social y profesor en cada uno de los procesos
- Creación encuesta satisfacción paciente y familia

Junio-septiembre 2019:

- Presentación plan de actuación a centros derivantes (USMIJ; Hospital de Día IJ; PRISMA; Otros Centros)
- Presentación a nivel de equipo de los criterios establecidos tanto al ingreso como al alta/derivación

Octubre - noviembre 2019:

- Evaluación de los indicadores

Diciembre 2019:

Memoria de actividad de la UCEPSQIJ

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 - 2016/0579

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 - 2018/1506

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE EDUARDO SAEZ VALERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIMENO PERIBÁÑEZ MARIA JOSE
CASTILLO LARIO MARIA CARMEN
LOPEZ IBAÑEZ TOMAS
BAZ BARSELO NATIVIDAD
GORMEDINO HERRERO JOSE LUIS
ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE
SOLIS GUTIERREZ DIEGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el semestre previo a la puesta en marcha de los nuevos equipos de RM (1º semestre de 2018), se revisó en la bibliografía las indicaciones más aceptadas de las nuevas técnicas de las que íbamos a disponer, fundamentalmente espectroscopía y perfusión cerebral. También se revisaron los protocolos diagnósticos más usuales en patología desmielinizante, despistaje de microadenoma hipofisario y estudio de oído interno con RM. En septiembre de 2018, previo a la inminente puesta en marcha del primer equipo de RM en el centro médico de especialidades "Inocencio Jiménez" se realizó una sesión clínica informativa especialmente dirigida a las principales especialidades implicadas en neurociencia (neurología, neurocirugía, psiquiatría, neurofisiología), con el fin de exponer los adelantos diagnósticos que suponían los nuevos equipos de RM, así como las posibles aplicaciones en el uso clínico habitual. Durante la primera quincena de octubre de 2018, se mantuvieron sesiones de trabajo diarias con el técnico de aplicaciones de la casa comercial Philips, distribuidora de las nuevas resonancias magnéticas, con el fin de programar protocolos de estudio actualizados, en base a las capacidades técnicas del aparato y las necesidades diagnósticas en el ámbito de la neurorradiología actual. En las mismas fechas, se realizó la formación de los técnicos superiores en radiodiagnóstico para la utilización óptima de los nuevos aparatos de RM.

Durante el mes de diciembre, durante la puesta en marcha de la nueva RM del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, se mantuvo una nueva reunión con el técnico de aplicaciones de la casa comercial responsable de los nuevos equipos, con el fin de ajustar definitivamente los protocolos de adquisición en los que se trabajó durante el mes de octubre. Durante estas fechas también se completó la formación de los técnicos. Finalmente se está trabajando desde entonces con los nuevos protocolos de adquisición de imagen, en función de la patología estudiada, con especial mención a la utilización de técnicas de RM avanzada (espectroscopía y perfusión), en los casos en los que esta pueda ser de utilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado con éxito la actualización de nuevos protocolos de adquisición con nuevas :secuencias de estudio neurorradiológico, entre las que destacan:
-Incorporación de secuencias DIXON en los estudios vertebrales.
-Nuevas secuencias útiles para la realización de estudios vasculares sin y con contraste intravenoso,.
-Secuencias T2* gradiente de rutina en estudio cerebrales (especialmente útil en el despistaje de microangiopatía vascular y detección de pequeños cavernomas).
-Estudios cerebrales volumétricos que permiten la valoración con óptima resolución espacial en planos sagitales y coronales en una única adquisición.
- Secuencia DUAL en patología desmielinizante para añadir secuencia ponderada en densidad protónica con el objetivo de aumentar la sensibilidad en una única adquisición, con mínimo aumento del tiempo de adquisición .
-Estudio dinámico para estudio hipofisario con adquisición de imagen en fase arterial y tardía para aumentar sensibilidad diagnóstica en la detección del microadenoma hipofisario.
-Implantación de técnicas de neuroimagen avanzada (espectroscopía y perfusión) en el estudio de patología tumoral.
-Programación de secuencia funcional BOLD.
Desde el mes de Enero, se han revisado en el PACs todos los estudios de RM que se han realizado en la sección de neurorradiología (167 estudios realizados en enero), objetivando que el 100% se han realizado utilizando las secuencias según se programaron con el técnicos de aplicaciones de la empresa distribuidora de los equipos de RM, exceptuando pacientes con pruebas incompletas por falta de colaboración, o estudios más breves condicionados por la situación clínica del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se puede considerar acabada la actualización de los protocolos de adquisición de imagen en RM para estudio neurorradiológicos, ya que las exploraciones se están realizando según los nuevos protocolos programados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1506

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION

Como recomendación cabe reseñar la conveniencia de revisar los resultados de las nuevas técnicas de neuroimagen (perfundación, espectroscopia), correlacionando los hallazgos con el resultado anatomopatológico, con el fin de evaluar la eficacia de la técnica y poder mejorar en la interpretación de los hallazgos radiológicos. Este podría ser motivo de otro proyecto de mejora de calidad en el futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1506 ===== ***

Nº de registro: 1506

Título
ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION

Autores:
SAEZ VALERO EDUARDO, GIMENO PERIBANEZ MARIA JOSE, CASTILLO LARIO MARIA CARMEN, LOPEZ IBANEZ TOMAS, BAZ BARSELO NATIVIDAD, GORMEDINO HERRERO JOSE LUIS, ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE, SOLIS GUTIERREZ DIEGO

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 .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La RM es una prueba diagnóstica fundamental en neurorradiología, siendo cada vez más utilizada. Las exploraciones de RM varían en función de la sintomatología y sospecha diagnóstica de los pacientes, así como en función de los posibles tratamientos que pueda recibir el paciente. La diversidad de personal que trabaja en las unidades de resonancia, hace que sea necesario establecer un procedimiento normalizado de todas las exploraciones neurorradiológicas llevadas a cabo en este equipo, para que todas las exploraciones sean homogéneas y cumplan unos criterios óptimos de calidad. La demanda de estudios de resonancia magnética es cada vez mayor, lo que ocasiona una lista de espera. En este sentido es importante que las exploraciones se realicen de manera óptima para evitar su repetición y contribuir a reducir la lista de espera.

Nuestro sector sanitario va a ser dotado de dos nuevas RM, que podrán realizar nuevas exploraciones y técnicas, hasta ahora no existentes, de lo que se deriva una oportunidad para actualizar y mejorar nuestra atención con esta técnica.

RESULTADOS ESPERADOS
Normalizar las exploraciones neurorradiológicas en RM para que sean llevadas a cabo con calidad óptima y de manera homogénea.
Establecer protocolos de exploración para todas las exploraciones neurorradiológicas que se lleven a cabo en la RM de nuestro sector.
Llevar a cabo la implantación de nuevos procedimientos de RM neurorradiológica.

MÉTODO
1.Descripción y estandarización del procedimiento desde que el paciente llega a la unidad de RM en el servicio de radiodiagnóstico hasta que se realiza la exploración, de tal manera que cualquier paciente que llega a nuestra unidad siempre siga una serie de secuencia de pasos estandarizados.
2. Establecer de manera detallada los protocolos de RM neurorradiológicas para las patologías más prevalentes y sus potenciales procedimientos terapéuticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1506

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION

3. Implantar nuevos procedimientos de RM neurorradiológica, estableciendo las indicaciones de los mismos, así como hacer llegar este informe a los médicos peticionarios que lo solicitan.
4. Realizar informes tipo disponibles para todos los facultativos responsables de RM neurorradiológica, para que recoja homogéneamente la información necesaria.

INDICADORES

- Porcentaje de exploraciones de RM neurorradiológicas con secuencias estandarizadas según protocolos previamente establecidos.
- Porcentaje de exploraciones de RM neurorradiológicas con informe tipo normalizado.

Estos porcentajes serán comparados con los mismos indicadores previos al establecimiento de estos criterios. Se revisarán informes y exploraciones previos a la implantación de las nuevas resonancias del sector.

La obtención de estos datos será a través del programa con el que se realizan los informes radiológicos, que permite acceder al protocolo de estudio realizado, así como acceder a las imágenes radiológicas.

DURACIÓN

La duración de este procedimiento será 1 año y 3 meses.

* Desde Septiembre de 2018

Se fija la fecha de Septiembre como fecha supuesta de implantación de la primera RM nueva del sector.

Se formarán los grupos de trabajo para determinar los nuevos protocolos de pruebas neurorradiológicas, con la colaboración de técnicos de aplicaciones de RM

Se establecerán las indicaciones y protocolos de pruebas neurorradiológicas nuevas, que hasta el momento no era posible realizar en nuestro área con la dotación existente.

Se establecerá difusión a los clínicos de estas nuevas técnicas para que conozcan su disponibilidad.

Cronograma:

Durante los primeros 6 meses desarrollar lo el nuevo equipo de RM la actualización de los protocolos.

Durante los siguientes 6 meses implantar los protocolos desarrollados.

Los últimos 3 meses para evaluar los resultados de su aplicación.

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 - 2018/1509

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE DAVID IBAÑEZ MUÑOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA SAEZ MARIA PILAR
GUILLEN ANTON JULIA
DE BENITO AREVALO JOSE LUIS
FEIJOO AGESTA ROSA
PINTADO RIVAS PILAR
NAVAS CAMPO RAQUEL
MORENO CABALLERO LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la aprobación del presente proyecto de mejora se han llevado a cabo dos reuniones con el Subdirector de Servicios Quirúrgicos, la Jefa del Servicio de Anestesia y Reanimación y el Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico. En dichas reuniones se ha puesto en común los criterios de inclusión para la realización de la radiografía simple de tórax como estudio preoperatorio y se han establecido los criterios de indicación y de exclusión de pacientes, se ha estimado qué recursos son necesarios o deben modificarse en el Servicio de Radiodiagnóstico para su implementación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En una revisión preliminar a la implantación definitiva, habiendo iniciado una programación provisional, se ha observado algunos cambios destacables. Durante el año 2017, como referencia de lo que ha sido habitual hasta ahora, se realizaban una media de 20 radiografías simples de Tórax al día, de las cuales 17 se realizaban por debajo de los 65 años recomendados según las guías actuales de práctica clínica, siendo 14 de ellas en menores de 50 años. Actualmente, el promedio de estudios ha experimentado una ligera reducción (17 estudios preoperatorios por día, una reducción del 15%), de manera que el número de estudios realizados en menores de 65 años ha descendido a 10 (una reducción del 42%) y en menores de 50 años a 3 pacientes por día (una reducción del 80%). Estas cifras implican una marcada reducción de la radiación innecesaria en población joven, así como del uso de recursos y gasto económico).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente una última reunión entre los participantes para concluir en el protocolo definitivo, no realizada por circunstancias ajenas a nuestro servicio. Se espera llevarla a cabo próximamente. En ese protocolo, por una parte se detallará la edad definitiva de corte para la inclusión de los pacientes. Por otra se concretará las modificaciones organizativas que obligan al Servicio de Radiodiagnóstico para adaptarse a las consultas de tarde del Servicio de Anestesia. La tasa de pacientes no indicados debería ser próxima a 0 en futuros controles

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1509 ===== ***

Nº de registro: 1509

Título
IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Autores:
IBAÑEZ MUÑOZ DAVID, GARCIA SAEZ MARIA PILAR, GUILLEN ANTON JULIA, DE BENITO AREVALO JOSE LUIS, FEIJOO AGESTA ROSA, PINTADO RIVAS PILAR, NAVAS CAMPO RAQUEL, MORENO CABALLERO LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1509

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Procedimientos quirúrgicos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Hasta el momento actual la radiografía de tórax preoperatoria ha representado una de las pruebas utilizadas para prevenir complicaciones quirúrgicas y detectar patología relevante respecto de la intervención. Estas pruebas complementarias preoperatorias no pueden sustituir el papel de la historia y la exploración clínica del paciente. Los estudios actuales han demostrado que la realización de la radiografía de tórax preoperatoria de forma rutinaria rara vez influye en la toma de decisiones del médico en casos de cirugía programada, aporta radiaciones ionizantes innecesarias en muchos casos y no es coste-efectiva.

Las guías actuales de las sociedades de anestesiología y radiología han aportado estas conclusiones y limitan la indicación de la misma a unos pocos casos en los que aumenta la probabilidad de hallazgos significativos. La utilización indebida y el exceso de solicitudes de dichas radiografías suponen un incremento en el coste y en el tiempo de ocupación de sala de RX que impide utilizar la misma para estudios más rentables e indicados. También implica un aumento de la radiación en población joven, con mayor riesgo de desarrollar enfermedades inducida por la misma.

En el momento actual se están llegando a realizar radiografías a adolescentes sin justificación alguna. Ello supone un incremento de ocupación de tiempo de sala que impide realizar en el mismo equipo exploraciones realmente necesarias, con el incremento que ello supone en las listas de espera

RESULTADOS ESPERADOS

-Estandarizar el uso del nuevo protocolo de radiografía de tórax preoperatoria en un hospital de tercer nivel, de manera que se disminuya la realización sistemática del mismo en casos no indicados, fundamentalmente en personas jóvenes en las que aumenta el riesgo por radiación acumulada. La población diana del mismo son todas aquellas personas que acuden a la consulta de anestesiología previo a un procedimiento quirúrgico.

-Reducir el porcentaje de radiografías de tórax preoperatorias innecesarias en un 25% respecto al mismo período de tiempo previo a su instauración

-Cuantificar el ahorro derivado de las radiografías innecesarias no realizadas.

-Este proyecto implica directamente en su realización a los servicios de radiodiagnóstico y anestesiología, y en su aplicación a todo médico peticionario de estudios radiológicos preoperatorios.

MÉTODO

Las actividades que se pretenden realizar son:

- Realizar un protocolo actualizado de radiografía de tórax preoperatoria entre los Servicios de Radiología y Anestesiología mediante un máximo de 3 reuniones consecutivas, basándose en la literatura actual más relevante
- Dar a conocer el protocolo a todo el personal médico del hospital mediante una sesión en el salón de actos del centro.
- Enseñanza a los técnicos de radiodiagnóstico con 3 sesiones informativas sobre las indicaciones fundamentales por el responsable del grupo de mejora, ya que ayudarán en la detección de fallos en la implantación del protocolo.

INDICADORES

Los indicadores seleccionados para este trabajo son:

- Valorar el porcentaje de reducción de radiografías de tórax innecesarias realizadas, comparando las exploraciones realizadas previo a la implantación del protocolo y a los 3 meses de la misma, cuantificado durante un período de los 6 meses siguientes: Sumatorio RX tórax preoperatorios en 6 primeros meses 2019 / sumatorio RX tórax preoperatorios en 6 primeros meses de 2018
- Determinar la reducción de los costes por las exploraciones innecesarias evitadas
- Cuantificar el número de exploraciones alternativas de otra tipología (radiografías musculoesqueléticas, abdominales...) que se han incrementado en su realización ante la liberación del tiempo de sala.

DURACIÓN

La duración y calendario previstos son:

Fecha de inicio: Octubre de 2018

Fecha de finalización: Octubre de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1509

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Elaboración del protocolo: 1 mes.
Presentación del mismo a médicos y técnicos de radiodiagnóstico: 1 semana
Información a los servicios hospitalarios peticionarios: 1 sesión
Implantación y rodaje del mismo: 3 meses
Registro de exploraciones realizadas: 6 meses
Cuantificación y memoria de resultados: 2 meses

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1547

1. TÍTULO

POLIQUISTOSIS HEPATORENAL AUTOSOMICA DOMINANTE (PQRAD). VALORACION RADIOLOGICA DE NUEVOS TRATAMIENTOS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE RUTH DOMENE MOROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO
IÑIGO GIL PABLO
MADARIAGA RUIZ BLANCA
SAINZ MARTINEZ JOSE MARIA
ORTIZ GIMENEZ RAMON
SOLIS GUTIERREZ DIEGO
LOPEZ IBAÑEZ TOMAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades a lo largo de 2018 han sido:

1. Estudio de agenda específica en el servicio de radiodiagnóstico, de crear una prestación específica de estos pacientes, está todavía en elaboración. Actualmente se realizan en una jornada laboral, estos pacientes con las prestaciones de ecografía Doppler renal, ecografía de aparato urinario y ecografía de abdomen. A dichos pacientes además de la valoración renal específica para la poliquistosis se realiza un estudio completo abdominal. Algunos de ellos además se les realiza ecografía Doppler aortoiliaco, si es preciso. La valoración específica renal incluye la medición de los riñones en los 3 ejes del espacio, tomando 3 medidas de cada una y hallando la media. Posteriormente debe realizarse el informe, tratándose de un informe detallado, con incorporación de imágenes clasificadoras por la clínica mayo, al sistema PACs, dicho tiempo requerido de informe es elevado, 45 min.
2. Crear modelo de informe con distintas especificaciones como...eje longitudinal, eje axial y eje transversal, existencia de asimetrías renales, distribución de los quistes, complicaciones de los mismos, existencia de litiasis, de dilatación del sistema pielocalicial, valoración del índice cortico medular...volumen renal total derecho, e izquierdo y clasificación A, B, C, D o E según la clínica Mayo.)
Está pendiente de realizarse agenda específica de RM, estimación de tiempo de informe.
3. Inicio de protocolo de estudio de secuencias de RM.
4. Estudio de 30 pacientes mediante US con PQRAD y familiares, con obtención de 26 pacientes de PQRAD radiológica y clasificación de los mismos mediante la clasificación de la clínica Mayo.
5. Estudio de RM de 2 pacientes con PQRAD, inicio de protocolo de secuencias de RM adaptadas para el estudio de volumen.
6. Comunicación del proyecto y resultados obtenidos mediante sesión hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mediante ecografía se han seleccionado 10 pacientes que son candidatos al tratamiento con Tolvaptan, quedan pendientes de valorar los pacientes límite que precisan de valoración mediante RM. Como la bibliografía refleja, y la aprobación por el ministerio refrenda dichos pacientes mejoraran su calidad de vida y supondrá un costo menor al retrasar su entrada en diálisis.
Tras recibir tratamiento con el fármaco estos pacientes deben seguir sus controles mediante US. Por lo cual el proyecto debe continuar.
En la actualidad se está cumpliendo el calendario, se han recogido los datos, la evaluación de los datos están perfilándose. Y se pretende empezar con el protocolo en Abril.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido muy costoso la elaboración de los estudios de ecografía y realización de informes con la consecuente clasificación, pero se han recogido muchos datos, que posteriormente pueden ser base de futura investigación y valoración de la evolución del paciente. Queda pendiente la valoración del volumen de los pacientes que precisan la realización de RM, se realizará mediante segmentación dicha valoración, de forma semiautomática, también precisa de tiempo de radiólogo en estación de trabajo, pero está ampliamente demostrado en la bibliografía que es necesaria dicha valoración para clasificar a los pacientes si son candidatos al tratamiento.
Importante, queda pendiente la realización y puesta en marcha del protocolo de los pacientes candidatos a la administración del fármaco.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1547 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1547

1. TÍTULO

POLIQUISTOSIS HEPATORENAL AUTOSOMICA DOMINANTE (PQRAD). VALORACION RADIOLOGICA DE NUEVOS TRATAMIENTOS

Nº de registro: 1547

Título
POLIQUISTOSIS HEPATORENAL AUTOSOMICA DOMINANTE (PQRAD). VALORACION RADIOLOGICA DE NUEVOS TRATAMIENTOS

Autores:
DOMENE MOROS RUTH, FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO, IÑIGO GIL PABLO, MADARIAGA RUIZ BLANCA, SAINZ MARTINEZ JOSE MARIA, ORTIZ GIMENEZ RAMON, SOLIS GUTIERREZ DIEGO, LOPEZ IBAÑEZ TOMAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Adecuación al tratamiento

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tolvaptán es el primer tratamiento que ha demostrado eficacia en frenar la progresión de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) secundaria a Poliquistosis Hepatorenal Autosómica Dominante (PQRAD). No es un fármaco que pueda o deba administrarse a todos los pacientes. Tan sólo son susceptibles de ser tratados aquellos pacientes con PQRAD cuando están en lo que se denomina fase de Progresador Rápido. Este estado o fase viene en primer lugar definido por criterios de descenso del Filtrado Glomerular (FGe), por la presencia de mutaciones truncantes pero también por criterios radiológicos que se derivan del cálculo del Volumen Renal Total ajustado a la altura (hVRT). El Tolvaptán es un fármaco caro para el sistema sanitario y que presenta un efecto secundario muy marcado en forma de acúresis por lo que es fundamental la buena selección de los pacientes susceptibles. Según los estudios TEMPO y las Agencias FDA y AEMA los pacientes valorados en los estadios 1C, 1D y 1E de la clasificación de la Clínica Mayo para la determinación de la evolución del hVRT de los pacientes con PQRAD serían susceptibles de llevar el fármaco. El Informe de Posicionamiento Terapéutico del Ministerio sólo incluye los grupos 1D y 1E. Actualmente se está llevando a cabo el Registro de pacientes con PQRAD en nuestra Comunidad, en nuestro Hospital hemos introducido unos 70 pacientes pero faltan todavía por registrar. Calculamos que aproximadamente unos 12-15 pacientes son subsidiarios actualmente de llevar el fármaco. La realización de una Ecografía de estas características lleva más tiempo que el habitual para una ECO abdominal. Durante este tiempo hemos realizado Ecografías a algunos de estos pacientes y hemos generado un circuito especial para estas solicitudes con la idea de centralizar estas solicitudes en uno o como muchos dos radiólogos con el fin de minimizar errores operador-dependientes. La idea es establecer un protocolo y una rutina de ecografía para estos pacientes no solo con el objetivo de estudiar la indicación del fármaco sino para mejorar la asistencia y forma de estudiar la evolución de esta patología.

RESULTADOS ESPERADOS
- Crear un Proceso en la sección de abdomen del Servicio de Radiodiagnóstico para el estudio mediante US y RM de pacientes con PQRAD
- Establecer el tiempo de agenda necesario para la realización de las ecografías y de las RM de estos pacientes.
- Aplicar los criterios de la Clasificación de la Clínica Mayo para estas ecografías.
- Establecer circuito directo de pacientes que precisen de estudios de RM.

MÉTODO
Reuniones periódicas con nefrología para definir la forma de las solicitudes y el mecanismo de citaciones a seguir.
Realización de los estudios radiológicos aplicando los criterios de Clasificación de la Clínica Mayo

INDICADORES
- Valorar cuantos pacientes han sido estudiados mediante:
US
RM
- Valorar cuantos de estos pacientes han sido susceptibles del fármaco por los criterios radiológicos.
- Porcentaje de pacientes clasificados en cada grupo (A,B,C,D,E)

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1547

1. TÍTULO

POLIQUISTOSIS HEPATORENAL AUTOSOMICA DOMINANTE (PQRAD). VALORACION RADIOLOGICA DE NUEVOS TRATAMIENTOS

Recogida de datos desde Enero 2018 hasta Diciembre 2018
Evaluación de los datos: Enero a Marzo de 2019
Puesta en marcha y elaboración de protocolo; Abril 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0348

1. TÍTULO

EVALUACION DEL RENDIMIENTO TRAS LA IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DERADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESADA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE DAVID IBAÑEZ MUÑOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA SAEZ MARIA PILAR
GUILLEN ANTON JULIA
DE BENITO AREVALO JOSE LUIS
FEIJOO AGESTA ROSA
PINTADO RIVAS PILAR
NAVAS CAMPO RAQUEL
MORENO CABALLERO LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la aprobación del presente proyecto de mejora se han llevado a cabo dos reuniones con el Subdirector de Servicios Quirúrgicos, la Jefa del Servicio de Anestesia y Reanimación, la Supervisora de SS. Quirúrgicos y el Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico y, posteriormente, una tercera reunión con el actual Jefe de Servicio de Anestesia y Reanimación con el resto de participantes.

En dichas reuniones se ha puesto en común los criterios de inclusión para la realización de la radiografía simple de tórax como estudio preoperatorio y se han establecido los criterios de indicación y de exclusión de pacientes, se ha estimado qué recursos son necesarios o deben modificarse en el Servicio de Radiodiagnóstico para su implementación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En una revisión preliminar a la implantación definitiva, habiendo iniciado una programación provisional, se ha observado algunos cambios destacables. Durante el año 2017, como referencia de lo que ha sido habitual hasta ahora, se realizaban una media de 20 radiografías simples de Tórax al día, de las cuales 17 se realizaban por debajo de los 65 años recomendados según las guías actuales de práctica clínica, siendo 14 de ellas en menores de 50 años.

Actualmente, el promedio de estudios ha experimentado una ligera reducción (17 estudios preoperatorios por día, una reducción del 15%), de manera que el número de estudios realizados en menores de 65 años ha descendido a 10 (una reducción del 42%) y en menores de 50 años a 3 pacientes por día (una reducción del 80%).

Estas cifras implican una marcada reducción de la radiación innecesaria en población joven, así como del uso de recursos y gasto económico).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la última reunión mantenida entre el Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico, el Jefe sde Servicio de Anestesia y Reanimación y el Subdirector de SS. Quirúrgicos se establecieron los criterios de inclusión de pacientes a los que se mantendría la indicación de radiografía de tórax preoperatoria, quedando excluido el resto de aquéllos a los que se les venía practicando.

En esa reunión, el Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico expuso que el horario y turnos de los facultativos de Radiodiagnóstico no podrían modificarse en función de los cambios que pudieran producirse en el horario de atención en consulta de Anestesia. De esta manera, estudios realizados por la tarde serían informados al siguiente día. También se expuso que la realización de radiografías de tórax en el turno de tarde, representa una agenda inexistente actualmente, por lo que habría que adecuar el número de Técnicos en Radiología (TER) a la nueva situación.

El acuerdo alcanzado en la última reunión, de 15 de Octubre de 2019, sobre los criterios del uso de la radiografía preoperatoria de tórax y pendiente de incluirse en un protocolo definitivo se transcribe a continuación.

La tasa de pacientes no indicados debería ser próxima a 0 en futuros controles

CRITERIOS DE SOLICITUD DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN PREOPERATORIO DE CIRUGÍA PROGRAMADA

1.- PACIENTE MAYOR DE 65 AÑOS QUE VA A SER SOMETIDO A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, QUE REQUIERA ANESTESIA GENERAL Y SIN RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES.

2.- PACIENTE CON ANTECEDENTE PERSONAL DE CARDIOPATÍA, ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA, SAOS, OBESIDAD MÓRBIDA, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

3.- PACIENTE CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA AGUDA O CRÓNICA ESTABLE, PERO CON NUEVA SINTOMATOLOGÍA O QUE NO SE LE HA REALIZADO RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.

4.- PACIENTES ASINTOMÁTICOS FUMADORES DE MÁS DE 20 CIGARRILLOS AL DÍA Y QUE NO TENGAN RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.

5.- PACIENTES ONCOLÓGICOS CUYO ESTUDIO DE EXTENSIÓN NO INCLUYA TC TORACICA.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0348

1. TÍTULO

EVALUACION DEL RENDIMIENTO TRAS LA IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DERADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Queda pendiente una última reunión entre los participantes en esas reuniones y la Jefe de Servicio de Admisión, para concluir en el protocolo definitivo y que se espera llevar a cabo próximamente.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/348 ===== ***

Nº de registro: 0348

Título
EVALUACION DEL RENDIMIENTO TRAS LA IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Autores:
IBAÑEZ MUÑOZ DAVID, GARCIA SAEZ MARIA PILAR, GUILLEN ANTON JULIA, DE BENITO AREVALO JOSE LUIS, FEIJOO AGESTA ROSA, PINTADO RIVAS PILAR, NAVAS CAMPO RAQUEL, MORENO CABALLERO LETICIA

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: Estudios prequirúrgicos en pacientes sanos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hasta el momento actual la radiografía de tórax preoperatoria ha representado una de las pruebas utilizadas para prevenir complicaciones quirúrgicas y detectar patología relevante respecto de la intervención. Estas pruebas complementarias preoperatorias no pueden sustituir el papel de la historia y la exploración clínica del paciente. Los estudios actuales han demostrado que la realización de la radiografía de tórax preoperatoria de forma rutinaria rara vez influye en la toma de decisiones del médico en casos de cirugía programada, aporta radiaciones ionizantes innecesarias en muchos casos y no es coste-efectiva. Las guías actuales de las sociedades de anestesiología y radiología han aportado estas conclusiones y limitan la indicación de la misma a unos pocos casos en los que aumenta la probabilidad de hallazgos significativos. La utilización indebida y el exceso de solicitudes de dichas radiografías suponen un incremento en el coste y en el tiempo de ocupación de sala de RX que impide utilizar la misma para estudios más rentables e indicados. También implica un aumento de la radiación en población joven, con mayor riesgo de desarrollar enfermedades inducida por la misma. En el momento actual se están llegando a realizar radiografías a adolescentes sin justificación alguna. Ello supone un incremento de ocupación de tiempo de sala que impide realizar en el mismo equipo exploraciones realmente necesarias, con el incremento que ello supone en las listas de espera

RESULTADOS ESPERADOS
-Estandarizar el uso del nuevo protocolo de radiografía de tórax preoperatoria en un hospital de tercer nivel, de manera que se disminuya la realización sistemática del mismo en casos no indicados, fundamentalmente en personas jóvenes en las que aumenta el riesgo por radiación acumulada. La población diana del mismo son todas aquellas personas que acudan a la consulta de anestesiología previo a un procedimiento quirúrgico.
-Reducir el porcentaje de radiografías de tórax preoperatorias innecesarias en un 25% respecto al mismo período de tiempo previo a su instauración
-Reducir la radiación innecesaria en pacientes jóvenes
-Cuantificar el ahorro derivado de las radiografías innecesarias no realizadas.
-Este proyecto implica directamente en su realización a los servicios de radiodiagnóstico y anestesiología, y en su aplicación a todo médico petionario de estudios radiológicos preoperatorios.

MÉTODO
Las actividades que se pretenden realizar son:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0348

1. TÍTULO

EVALUACION DEL RENDIMIENTO TRAS LA IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DERADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

- Realizar un protocolo actualizado de radiografía de tórax preoperatoria entre los Servicios de Radiología y Anestesiología mediante un máximo de 3 reuniones consecutivas, basándose en la literatura actual más relevante
- Dar a conocer el protocolo a todo el personal médico del hospital mediante una sesión en el salón de actos del centro.
- Enseñanza a los técnicos de radiodiagnóstico con 3 sesiones informativas sobre las indicaciones fundamentales por el responsable del grupo de mejora, ya que ayudarán en la detección de fallos en la implantación del protocolo.

INDICADORES

Los indicadores seleccionados para este trabajo son:

- Valorar el porcentaje de reducción de radiografías de tórax innecesarias realizadas, comparando las exploraciones realizadas previo a la implantación del protocolo y a los 3 meses de la misma, cuantificado durante un período de los 6 meses siguientes:
? Sumatorio RX tórax preoperatorios en 6 últimos meses 2019 / sumatorio RX tórax preoperatorios en 6 últimos meses de 2017
- Determinar la reducción de los costes por las exploraciones innecesarias evitadas, cuantificado por unidades relativas de valor

DURACIÓN

La duración y calendario previstos son:

Fecha de inicio: Marzo de 2019

Fecha de finalización: Diciembre de 2019

Elaboración del protocolo: 2 meses.

Presentación del mismo a médicos y técnicos de radiodiagnóstico: 1 semana

Información a los servicios hospitalarios peticionarios: 1 sesión

Implantación y rodaje del mismo: 3 meses

Registro de exploraciones realizadas: 6 meses

Cuantificación y memoria de resultados: 2 meses

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0384

1. TÍTULO

DESARROLLO DE ESTUDIO DE POSTPROCESADO DE TECNICAS DE RESONANCIA MAGNETICA. OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADQUISICION E INDICACIONES EN NEURORRADIOLOGIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE EDUARDO SAEZ VALERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIMENO PERIBÁÑEZ MARIA JOSE
CASTILLO LARIO CARMEN
LOPEZ IBAÑEZ TOMAS
BAZ BARSELO NATIVIDAD
GORMEDINO HERRERO JOSE LUIS
NAVAS CAMPO RAQUEL
GESUALDO DE LA CRUZ ANGEL JOAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde enero de 2019, una vez programados los protocolos de estudio actualizados, en base a las capacidades técnicas del aparato y las necesidades diagnósticas en el ámbito de la neurorradiología actual, se comenzó a realizar estudios de neuroimagen avanzada, en primer lugar espectroscopía y perfusión cerebral para el diagnóstico y monitorización de tumores cerebrales, y posteriormente, RM funcional, fundamentalmente RM funcional para estudio de área motora del córtex cerebral y tensor de difusión para realización de tractografía cerebral. Respecto los estudios funcionales, primero se realizaron estudios con voluntarios sanos trabajadores del HCU, mayoritariamente del servicio de radiodiagnóstico para entrenar la realización de la técnica. Además, se realizaron secuencias de RM con tensor de difusión (RM DTI) para estudio de tractografía cerebral en pacientes sin sospecha de patología en las vías nerviosas para afianzar la técnica y, posteriormente poder aplicarla en pacientes subsidiarios de necesitar dicho estudio. Por otra parte, desde enero de 2019, se han incorporado secuencias en fase y fuera de fase al protocolo de adquisición de RM para el estudio de enfermedad infiltrativa vertebral, con el fin de mejorar la precisión diagnóstica de la RM.

Una vez conseguido el primer objetivo de incorporar estas nuevas técnicas, hemos evaluado los resultados obtenidos mediante su aplicación práctica. Para valorar los estudios de espectroscopía y perfusión se ha seleccionado al azar una muestra de 20 estudios de pacientes con lesiones cerebrales a las que se les ha realizado perfusión o espectroscopía, comprobando si los resultados han sido útiles para el diagnóstico. Para ello se ha comparado el diagnóstico basado en técnicas avanzadas con el diagnóstico definitivo. De la misma manera, hemos revisado los resultados de en pacientes en los que se estudió la señal de la médula ósea vertebral mediante secuencias de difusión o secuencias en fase y fuera de fase, ambas de reciente incorporación en los protocolos de estudio de patología vertebral en nuestro centro. También se han registrado todos los estudios de RM funcional, en este caso todos los realizados debido a su menor cuantía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 20 casos de lesiones cerebrales, estudiados con técnicas avanzadas que hemos seleccionado, a 12 se les realizó un estudio de RM perfusión y a 11 estudio espectroscopía. En 5 de estos pacientes se realizó simultáneamente estudio de espectroscopía y perfusión. De los 12 estudios de perfusión, 8 fueron útiles para el diagnóstico, lo que supone el 66,6%, mientras que en el 33% de los casos restantes, el estudio resultó no concluyente, haciéndose el diagnóstico fundamentalmente basándonos en las secuencias tradicionales de RM. Respecto a la RM espectroscopía, 7 fueron útiles para el diagnóstico (63.6%) y en 4 (36,36%) no ayudó al diagnóstico. Respecto a los estudios de difusión y secuencias en fase y fuera de fase, de los 10 casos revisados, en 5 se realizó estudio de difusión y secuencias en fase y fuera de fase, en 4 sólo secuencias en fase y fuera de fase y en otro solamente estudio de difusión. Cabe reseñar que en todos ellos las secuencias fueron útiles para el diagnóstico, que los hallazgos de difusión y fase y fuera de fase fueron congruentes entre sí en todos los pacientes en los que se le realizaron ambas secuencias. Además, en uno de los casos, estas secuencias son claramente más sensible que las secuencias convencionales y en otro resulta más sensible que el PET, ya que dado el pequeño tamaño de la lesión no se detectó en el PET. Respecto los estudios de RM funcional, tras afianzar la técnica con voluntarios sanos se han realizados 2 estudios motores con buenos resultados y otro estudio funcional del habla subóptimo, constatando la necesidad de mejorar dicha técnica. Respecto los estudios de tractografía cerebral tras realización de 10 estudios en pacientes sin sospecha de patología para entrenar la técnica, se realizaron dos estudios en dos pacientes subsidiarios de estudio de tractografía por daño cerebral, resultando la técnica útil en los dos casos, en uno de ellos demostrando adelgazamiento de tracto cortico espinal en una lesión axonal difusa de origen traumático y en otro demostrando la interrupción del mismo tracto debido a la presencia de tumoración glial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0384

1. TÍTULO

DESARROLLO DE ESTUDIO DE POSTPROCESADO DE TECNICAS DE RESONANCIA MAGNETICA. OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADQUISICION E INDICACIONES EN NEURORRADIOLOGIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos satisfactoria la implantación de la incorporación de las nuevas técnicas de neuroimagen avanzada para el estudio cerebral, ya que, desde la configuración de los nuevos protocolos de adquisición de imagen, se han ido realizando dichas pruebas.

Los estudios de espectroscopía y perfusión pueden considerarse útiles para el apoyo de los hallazgos de RM convencional, ya que de manera aislada sólo han sido útiles en el 63 y 66%. Si bien la muestra analizada es pequeña, concuerda con la idea establecida en la literatura médica de que estas secuencias son complementarias a las secuencias convencionales en casos seleccionados.

Cabe reseñar que las secuencias de difusión y estudios en fase y fuera de fase de médula ósea en columna vertebral han mostrado una gran utilidad para el estudio de enfermedad infiltrativa vertebral.

En los dos casos con sospecha de afectación de tracto corticoespinal, la realización de la RM ha sido satisfactoria, con resultados útiles y congruentes, por lo que a pesar de la escasa muestra consideramos que la técnica se está realizando satisfactoriamente.

Respecto los estudios funcionales, si bien el estudio motor se realiza con resultados congruentes, aún es necesario mejorar en la realización de RM funcional del habla. En base a estos resultados y debido a que la complejidad de la técnica y el escaso número de estudios requeridos en nuestro centro hasta el momento, dificultan una curva de aprendizaje rápida, pensamos que es necesaria una formación específica, lo que ya se ha planteado a la dirección del centro.

7. OBSERVACIONES.

En base a estos resultados y debido a que la complejidad de la técnica y el escaso número de estudios requeridos en nuestro centro hasta el momento, dificultan una curva de aprendizaje rápida, pensamos que es necesaria una formación específica, lo que ya se ha planteado a la dirección del centro.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/384 ===== ***

Nº de registro: 0384

Título
DESARROLLO DE ESTUDIO DE POSTPROCESADO DE TECNICAS DE RESONANCIA MAGNETICA. OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADQUISICION E INDICACIONES EN NEURORRADIOLOGIA

Autores:
SAEZ VALERO EDUARDO, GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE, CASTILLO LARIO CARMEN, LOPEZ IBAÑEZ TOMAS, BAZ BARSELO NATIVIDAD, GORMEDINO HERRERO JOSE LUIS, NAVAS CAMPO RAQUEL, GESUALDO DE LA CRUZ ANGEL JOAN

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 .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Recientemente se han adquirido dos equipos de resonancia magnética en el sector 3 de salud, uno ubicado en el centro de especialidades Inocencio Jiménez y otro en el hospital clínico Universitario Lozano Blesa, operativo desde el mes de octubre de 2018 el primero y desde el mes de diciembre el segundo. La disponibilidad de aparatos de RM de nueva generación, han permitido realizar técnicas diagnóstica avanzadas como la perfusión cerebral y espectroscopía cerebral, así como estudios volumétricos y secuencias T2* gradiente que se han puesto en marcha desde el servicio de radiología.

Como toda técnica diagnóstica de nueva utilización necesita un tiempo de implantación, con una curva de aprendizaje basada en la revisión de la literatura disponible y la experiencia del propio centro .Por esto, para optimizar los resultados de estas nuevas técnicas es conveniente un seguimiento de los resultados obtenidos para poder mejorar la precisión diagnóstica y valorar la pertinencia de las indicaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0384

1. TÍTULO

DESARROLLO DE ESTUDIO DE POSTPROCESADO DE TECNICAS DE RESONANCIA MAGNETICA. OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADQUISICION E INDICACIONES EN NEURORRADIOLOGIA

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Valorar la precisión diagnóstica de los estudios realizados de perfusión y espectroscopía cerebral realizados en el año 2019.
- 2- Mejorar la precisión diagnóstica de los estudios de perfusión y espectroscopía realizados en el centro.
- 3- Correlacionar la precisión diagnóstica con el tipo de patología estudiada, con el fin de mejorar la precisión de las indicaciones.
- 4-Valorar la pertinencia de la utilización de secuencias T2* gradiente en función de la patología estudiada.

MÉTODO

Para ello se hará un seguimiento de los pacientes a los que se les realice estudios de perfusión o espectroscopía cerebral, con el fin de correlacionar la información diagnóstica de estas técnicas de RM y el diagnóstico definitivo con el gold estándar de cada patología.

Se realizarán reuniones periódicas de los integrantes de la sección de neurorradiología para revisar la rentabilidad diagnóstica de las secuencias T2* gradiente en función de la patología estudiada.

INDICADORES

Sensibilidad: verdaderos positivos/verdaderos positivos + falsos negativos.

Especificidad: verdaderos negativos/ verdaderos negativos + falsos positivos.

Sensibilidad y especificidad estratificada según tipo de patología (tumoral, infecciosa...).

DURACIÓN

Durante los 10 primeros meses se anotarán todos los pacientes a los que se realiza espectroscopía y difusión, realizando un seguimiento del paciente para anotar el diagnóstico definitivo si así se llega a tener.

Durante los dos últimos meses se realizará la correlación diagnóstica, con el cálculo de sensibilidad y especificidad diagnóstica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0843

1. TÍTULO

MANUAL DE RADIOLOGÍA DE URGENCIAS PARA EL RESIDENTE DE RADIODIAGNÓSTICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JAVIER SALCEDA ARTOLA
· 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
GIMENO PERIBÁÑEZ MARIA JOSE
BELLO FRANCO CARLOTA MARIA
RAMON Y CAJAL CALVO JUAN
MADARIAGA RUIZ BLANCA
JUAN CASTEJON ROBERTO
CARRO ALONSO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La principal actividad ha sido la elaboración de una primera versión de manual de la urgencia radiológica para los residentes del servicio.

El manual comprende dos bloques temáticos con la siguiente relación de capítulos:

Urgencias de radiología musculoesquelética.

- Generalidades de las fracturas en radiología.
- Radiología de las fracturas del miembro superior.
- Radiología de las fracturas del miembro inferior.

Urgencias de radiología abdominal.

- Radiología de la pancreatitis aguda.
- Radiología de la colecistitis aguda.
- Radiología de la apendicitis aguda.

Con el objetivo de organizar dicho manual se mantuvieron cuatro reuniones a lo largo de todos estos meses. Las fechas aproximadas y el contenido de las mismas fue el siguiente.

- Abril de 2019: para determinar los temas que potencialmente entrarían en el manual y repartir el trabajo.
- Junio de 2019: con el objeto de fijar el esquema de contenidos de cada tema.
- Octubre de 2019: reunión para evaluar el curso de los temas.
- Diciembre de 2019: para definir qué temas definitivamente iban a ser incluidos en el manual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado que se ha alcanzado es la realización de una primera versión de manual de radiología de urgencias destinado a los residentes de radiodiagnóstico. Ello, en sí mismo, supone un resultado objetivo y mensurable. Además, también es una mejora puesto que implica disponer de un primer texto de referencia en nuestro servicio para que la formación de los futuros radiólogos sea homogénea en torno a unos conocimientos mínimos.

Por cuestiones temporales no se ha podido realizar una evaluación mediante la evaluación en dos tiempos (previo a la lectura y posterior a la lectura) de los residentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

I. Conclusiones.

Primera: es posible realizar un manual de radiología de urgencias para residentes.

Segunda: resulta complejo manejar un equipo de muchas personas a la vez a la hora de desarrollar un texto extenso.

II. Recomendaciones.

Primera: los problemas surgidos por el intento de ejecución de un proyecto completo (un manual con mucha mayor extensión), deben hacer pensar que este tenga que ser ejecutado en diversas fases o por equipos pequeños centrados en un bloque temático.

Segunda: la elaboración del texto es una labor en sí misma, pero además es conveniente que exista un coordinador que permita un desarrollo armónico de cada una de los bloques temáticos en que se divida.

Tercera: también resulta necesario que exista un coordinador general para tratar directamente el desarrollo de cada una de las partes con cada uno de los coordinadores de los equipos de menor tamaño.

III. Labores pendientes de cara al futuro (bien mediante otros grupos de mejora u otro procedimiento).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0843

1. TÍTULO

MANUAL DE RADIOLOGÍA DE URGENCIAS PARA EL RESIDENTE DE RADIODIAGNÓSTICO

El bloque de radiología musculoesquelética de la urgencia puede ser completado con capítulos de:

- Luxaciones.
- Lesiones traumáticas de las partes blandas.

El bloque de radiología abdominal de la urgencia puede ser completado con, por lo menos, capítulos sobre:

- Diverticulitis aguda.
- Obstrucción intestinal.
- Abdomen agudo.

Asimismo, se pueden desarrollar otros bloques temáticos del manual.

Un bloque de neurorradiología urgente, con temas tales como:

- Patología cerebrovascular en la urgencia (manejo radiológico del ictus).
- Traumatismo craneoencefálico.
- Traumatismo craneofacial.
- Traumatismo raquímedular.

Un bloque de radiología vascular urgente con, por lo menos, un capítulo de:

- Síndrome aórtico agudo.

Un bloque de radiología torácica de la urgencia, con temas tales como:

- Patología parenquimatosa pulmonar y pleural urgente.
- Tromboembolia pulmonar.

Un bloque de la atención al paciente politraumatizado, de un solo tema:

- Atención radiológica del paciente politraumatizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/843 ===== ***

Nº de registro: 0843

Título
MANUAL DE RADIOLOGIA DE URGENCIAS PARA EL RESIDENTE DE RADIODIAGNOSTICO

Autores:
SALCEDA ARTOLA JAVIER, ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE, GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE, BELLO FRANCO CARLOTA MARIA, RAMON Y CAJAL CALVO JUAN, MADARIAGA RUIZ BLANCA, JUAN CASTEJON ROBERTO, CARRO ALONSO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías de urgencias y emergencias
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-Ausencia de manuales de residencia de radiodiagnóstico en España.
-Falta de estandarización en el aprendizaje de la semiología radiológica, técnica de adquisición de estudios radiológicos y del informe en radiología de urgencias.
-Necesidad de emplear un lenguaje homogéneo y de ejecutar las exploraciones siguiendo unos mínimos criterios de calidad diagnóstica.
-Reducción del tiempo de respuesta a una exploración y el tiempo de informe. -Cohesión del Servicio en torno

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0843

1. TÍTULO

MANUAL DE RADIOLOGÍA DE URGENCIAS PARA EL RESIDENTE DE RADIODIAGNÓSTICO

a una guía consensuada que reduzca las variabilidades entre los distintos residentes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Redacción de un texto de referencia enfocado al residente de radiodiagnóstico para la práctica diaria de la radiología de urgencias.
- Aprendizaje del contenido del texto (indicaciones, técnica de adquisición y semiología de las principales pruebas radiológicas de urgencias) por parte de los residentes.
- Estandarización de estructura y homogeneización del lenguaje empleado en los informes de la radiología de urgencias.
- Reducción del tiempo de respuesta a una exploración, calidad y el tiempo de informe.

MÉTODO

- Reuniones periódicas con carácter mensual para evaluar el progreso y planificación.
- Revisión de textos bibliográficos actualizados basados en la evidencia científica.
- Redacción del manual.
- Difusión mediante sesiones radiológicas(online o presenciales).
- Mesas de discusión sobre la adecuación de la terminología y estructura del informe.

INDICADORES

- Realización de una evaluación teórico-práctica a los residentes de radiodiagnóstico previa a la difusión del manual y de una posterior a la difusión del mismo. Indicador: diferencia entre la media de las calificaciones.
- Auditorías sobre informes radiológicos de los residentes. Indicador: evaluar la utilización de plantillas de informes y terminología radiológica propuesta en el manual postdifusión del mismo.

DURACIÓN

- Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2019.
- Fecha prevista de la evaluación predifusión: 1 de noviembre de 2019.
- Fecha prevista para el comienzo de las sesiones radiológicas: 10 de noviembre de 2019.
- Fecha prevista de la evaluación posdifusión: 25 de enero de 2020.
- Fecha prevista de finalización: 1 de febrero de 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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 mas 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 estándar 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 - 2018/1031

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCIÓN POR PARTE DE FÍSICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ALEJANDRO GARCIA ROMERO
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CANELLAS ANOZ MIGUEL
HERNANDEZ ABADIAS ARACELI
MILLAN GINER ESTHER
ORTEGA PARDINA PABLO
FERRER LUISA
AGUIRRE COLLADO AURORA
BAQUERIZO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se puso en marcha una hoja de cálculo donde se registraron todas las incidencias o faltas detectados por el personal de física en la ficha digital o en papel, relacionadas con la recepción de la ficha en física, es decir, el origen de la incidencia es ajeno al Servicio de Física pero se detecta durante el procesado del plan del paciente. Se consignó el tipo de incidencia y se ha evaluado el posible efecto en la realización de la dosimetría clínica. Inicialmente el sistema de entrada de datos era la ficha en papel, con su hoja de simulación, sus datos de prescripción y las restricciones para los órganos de riesgo escritas en la misma. Del lado electrónico los datos pasan al servicio de física a través del sistema de planificación PCRT, generalmente con la tomografía computarizada de simulación (TC) del paciente y una serie de volúmenes dibujados y segmentados en el mismo en el mismo (volúmenes objetivo del plan PTVs y órganos de riesgo OARs)
A raíz de la introducción del nuevo acelerador True Beam (Junio 2018) la carga de trabajo aumentó notablemente en el servicio y el cambio en los procedimientos unido al hecho de que a partir de Septiembre de 2018 se introduce el nuevo sistema de registro y verificación ARIA y su sistema de planificación asociado ECLIPSE, ambos de la empresa VARIAN, se ha producido un retraso en el presente proyecto. Los datos en la hoja de cálculo se introdujeron de manera fluida hasta Mayo de 2018 pero posteriormente se canceló la introducción debido a que la fase de aprendizaje del nuevo sistema supuso un incremento transitorio de las incidencias a la llegada de la ficha a física, por lo que se decidió esperar a iniciar un nuevo registro cuando todas las novedades se estabilizaran. Esto supuso una adaptación de la acción de mejora ya que supone una nueva manera de introducir los datos en el sistema, que de manera progresiva afectará a todos los tratamientos y culminará con la adopción total de la ficha electrónica a finales de 2019. Este período de transición ha ido dejando nuevos tipos de incidencias que han sido analizadas dentro de la presente acción.

El número total de dosimetrías clínicas que han entrado en el servicio de física durante 2018 han sido 1035. Una replanificación se considera una nueva dosimetría clínica.

El cuadro resumen que se ha generado tras todas las modificaciones mencionadas presenta el siguiente aspecto

Dato	Soporte	Incidencias detectadas
Prescripción		
Ficha en papel/PTV del plan/Prescripción en ARIA		
Restricciones OARs		
Ficha en papel/Prescripción en ARIA		
TC del paciente: Asignado correctamente		
TC en PCRT (Oncor) y en ECLIPSE (True Beam)		
TC del paciente: Marcas de colocación		
TC en PCRT (Oncor) y en ECLIPSE (True Beam)		
TC del paciente: Orientación correcta de las imágenes		
TC en PCRT (Oncor) y en ECLIPSE (True Beam)		
TC del paciente: Nuevo TC tras modificación de un tratamiento inicial		
TC en PCRT (Oncor) y en ECLIPSE (True Beam)		
Plantilla localización (si es estándar)		
Contornos en PCRT,		
Plantilla de contornos en Eclipse		
Contorno externo mal		
Contornos en PCRT y ECLIPSE (es automático)		
OARs defectuosos		
Contornos en PCRT y ECLIPSE		
PTVs mal diseñados		
Contornos en PCRT y ECLIPSE		
Hoja de simulación incorrecta		
Ficha en papel/documento dinámico		
TOTAL:		

Si se reorganizan las incidencias en función del tipo de problema que puede suponer para el tratamiento de pacientes tendríamos la siguiente tabla:
Clasificación según la repercusión del tipo de incidencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1031

1. TÍTULO

ANALISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCION POR PARTE DE FISICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

Repercusión	Número	Descripción
Leve		
Moderada		
Grave		

La clasificación de las incidencias es independiente de las barreras posteriores para la detección de errores relacionadas con las mismas.
Posible indicador: porcentaje de incidencias detectadas con respecto al total de dosimetrías clínicas entrantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De momento se ha rediseñado el cuadro de incidencias y se ha identificado un indicador a consignar, de tal modo que a lo largo de 2019 se esperan tener resultados definitivos o un indicador robusto que permita tras la realimentación de la fuente de datos, en este caso médicos y técnicos del servicio de radioterapia, la evaluación de la mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha del nuevo sistema ha supuesto una demora en la estabilización del registro de incidencias. Sin embargo se ha diseñado un cuadro actualizado de registro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1031 ===== ***

Nº de registro: 1031

Título
ANALISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCION POR PARTE DE FISICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

Autores:
GARCIA ROMERO ALEJANDRO, CANELLAS ANOZ MIGUEL, ORTEGA PARDINA PABLO, FERRER GONZALEZ LUISA, AGUIRRE COLLADO AURORA, BAQUERIZO CASTAN MARTA

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: PACIENTE ONCOLÓGICO
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El registro de incidencias en todas las etapas del proceso de radioterapia es un elemento fundamental para la evaluación del riesgo y para la efectividad de las acciones de mejora. En esta línea desde el servicio de física se han venido poniendo en marcha registros que han cubierto diversos aspectos de dicho proceso. Por un lado derivado de proyectos previos se anotan y analizan las incidencias detectadas por el cliente con respecto al producto principal del servicio de física en radioterapia, el plan de tratamiento (véase la actividad de mejora "Seguimiento de incidencias no detectadas en la revisión por parte de Física de las fichas de tratamiento de radioterapia externa.", del año 2017. Por otro lado todas las incidencias de las unidades de tratamiento con respecto a interrupciones y paradas se registran en formato papel y en también en formato digital desde el año 2015, lo que permite generar un informe de interrupciones y paradas periódicamente. Por último, las incidencias en el tratamiento de los pacientes, que se registran semanalmente, genera un informe semanal a la unidad de radioterapia para que se pongan en marcha las medidas correctoras pertinentes. Esta nueva acción de mejora viene a poner el foco en otra de las etapas del proceso, la recepción de la información para tratamiento por parte de nuestro servicio, con lo cual se ampliará la información sobre defectos o aspectos en los que mejorar la producción previa a dicha recepción, responsabilidad de la unidad de radioterapia.

RESULTADOS ESPERADOS
Registrar las incidencias o faltas detectados por el personal de física en la ficha de tratamiento de radioterapia que se recibe, tanto los datos digitales como los de soporte en papel. Analizar las mismas para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1031

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCIÓN POR PARTE DE FÍSICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

incidir en la mejora de la calidad de dicha información.

MÉTODO

Cronograma: Enero: Puesta en marcha de una hoja de cálculo donde se registrarán todas las incidencias o faltas detectados por el personal de física en la ficha digital o en papel, relacionadas con la recepción de la ficha en física. Se consignará el tipo de incidencia, evaluándose el posible efecto en la realización de la dosimetría clínica.

INDICADORES

Posible indicador: porcentaje de incidencias detectadas con respecto al total de dosimetrías clínicas entrantes. Diciembre: Análisis de resultados. Se procederá a la elaboración de informes que serán difundidos a todos los miembros el servicio de Física relacionados con el proceso de radioterapia así como a la unidad de radioterapia, retroalimentándose a su vez el proceso de preparación de fichas para la dosimetría clínica.

DURACIÓN

Fecha inicio: Febrero/18 Fecha final: Diciembre/18

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 - 2018/1043

1. TÍTULO

ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELES DE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE JAVIER JIMENEZ ALBERICIO
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ MANZANO PEDRO
CANELLAS ANOZ MIGUEL
AGUIRRE COLLADO AURORA
FERRER GONZALEZ LUISA
BAQUERIZO CASTAN MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la Unidad de Hemodinámica se realizan básicamente 7 tipos de intervenciones (1= Angiografía Coronaria, 2=Angioplastia, 3=Angiografía+angioplastia, 4 = Angioplastia de Oclusión total crónica, 5 = TAVI; 6 = cierres de fuga periprotésica (LEAK); 7 = procedimiento estructural terapéutico). El proyecto de mejora consiste en obtener los niveles de referencia de dosis para esos procedimientos en función de la complejidad del mismo según el criterio de los especialistas que las realizan y en función de la vía de acceso. Para ello se utilizará el software de registro de dosis DOLQA instalado en pruebas desde julio de 2017. También servirá para aportar estos datos en un proyecto a nivel nacional llamado DOCCACI liderado desde el servicio de física y PR del hospital San Carlos de Madrid.

También se controlarán las dosis en piel de los pacientes. De los valores estimados y/o registrados se desprenderá si la dosis máxima en piel que reciben estos pacientes puede dar lugar efectos radioinducidos como eritema o quemaduras. Los primeros pueden aparecer después de la irradiación de aproximadamente 3 Gy y los segundos tras la irradiación de 5 Gy, según ICRP 103. IAEA indica que el Eritema transitorio temprano se podría producir con dosis superiores a 2 Gy. En estos pacientes, es recomendable hacer un seguimiento posterior para detectar posible daños en la piel cuando el valor de Kerma en aire registrado por el equipo supere un determinado valor (entre 3-5 Gy). Se pretende informar a los especialistas que realizan estos procedimientos para que hagan un seguimiento de esos pacientes y para que tomen las medidas oportunas. La estimación se ha realizado a partir de los datos facilitados por el sistema DOLQA y por los facultativos de la Unidad de Hemodinámica de este hospital, correspondiente al periodo de junio a octubre de 2018 con un total de 514 procedimientos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se han encontrado diferencias significativas en función de la vía de acceso. Tampoco se obtienen diferencias significativas entre los grupos Angioplastia y Angiografía + Angioplastia, lo que nos induce a considerar que en próximos estudios estos pacientes se analicen como un único grupo. Se han obtenido valores medios de Dosis piel (mGy), PDA (mGy.cm2) y Tiempo por tipo de procedimiento y por dificultad. Se ha enviado informes de los resultados al servicio de hemodinámica. Por otra parte, considerando que los valores de PDA pueden utilizarse como indicadores de la dosis máxima en piel que ha podido recibir el paciente, en la literatura se establecen niveles de acción para la prevención y seguimiento de posibles efectos tisulares en piel. Gracias a que con el software de DOLQA podemos evaluar y estimar como se ha distribuido la dosis en piel, se han analizado los 1189 procedimientos llevados a cabo en 2018 y sólo hemos encontrado 9 pacientes con dosis en piel entre 2000 y 3000 mGy y 5 pacientes entre 3000 y 4000 mGy. Ninguno supera los 5000 mGy. Estos pacientes han sido objeto de seguimiento por parte de los facultativos de hemodinámica y ninguno de ellos ha mostrado efectos tisulares en piel.

Si se comparan con los valores de referencia establecidos por otros países (tercer cuartil), los resultados obtenidos en esta Unidad se hallarían dentro de valores aceptables.

Hasta noviembre de 2018 se han tomado datos de más de 2600 pacientes que serán aportados al proyecto DOCCACI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se continuará con este estudio para aportar datos al proyecto DOCCACI y deberemos establecer un procedimiento para la vigilancia de las posibles lesiones en piel de los pacientes debidas a la radiación ionizante utilizada. Se ha observado que muy pocos pacientes superan los 3000 mGy y que por debajo de 5000 mGy no se ha observado efectos en la piel de los pacientes. Ningún paciente supero los 5000 mGy.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1043 ===== ***

Nº de registro: 1043

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1043

1. TÍTULO

ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELES DE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO

Título

ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELES DE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO

Autores:

RUIZ MANZANO PEDRO, JIMENEZ ALBERICIO JAVIER, CANELLAS ANOZ MIGUEL, AGUIRRE COLLADA AURORA, FERRER GONZALEZ LUISA, BAQUERIZO CASTAN MARTA

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 HEMODINÁMICA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la Unidad de Hemodinámica se realizan básicamente 7 tipos de intervenciones (1= Angiografía Coronaria, 2=Angioplastia, 3=Angiografía+angioplastia, 4 = Angioplastia de Oclusión total crónica, 5 = TAVI; 6 = cierres de fuga periprotésica (LEAK); 7 = procedimiento estructural terapéutico). Dichos procedimientos pueden conducir en algunos casos a dosis altas en piel.

El nuevo software DOLQA de registro es una muy buena oportunidad para poder registrar las dosis que reciben los pacientes en procedimientos guiados por rayos-X. Su aplicación en hemodinámica resulta de alto interés.

RESULTADOS ESPERADOS

La acción de mejora consiste en obtener los niveles de referencia de dosis para esos procedimientos en función de la complejidad del mismo según el criterio de los especialistas que las realizan y en función de la vía de acceso. Se pretende informar a los especialistas que realizan estos procedimientos para que hagan un seguimiento de esos pacientes y para que tomen las medidas oportunas.

MÉTODO

Para ello se utilizará el software de registro de dosis DOLQA instalado en pruebas desde julio de 2017. También servirá para aportar estos datos en un proyecto a nivel nacional llamado DOCCACI liderado desde el servicio de física y PR del hospital San Carlos de Madrid.

También se controlarán las dosis en piel de los pacientes. De los valores estimados y/o registrados se desprenderá si la dosis máxima en piel que reciben estos pacientes puede dar lugar efectos radioinducidos como eritema o quemaduras. Los primeros pueden aparecer después de la irradiación de aproximadamente 3 Gy y los segundos tras la irradiación de 5 Gy, según ICRP 103. IAEA indica que el Eritema transitorio temprano se podría producir con dosis superiores a 2 Gy. En estos pacientes, es recomendable hacer un seguimiento posterior para detectar posible daños en la piel cuando el valor de Kerma en aire registrado por el equipo supere un determinado valor (entre 3-5 Gy).

INDICADORES

Posible indicador: porcentaje de procedimientos para los que no se obtienen valores de referencia respecto de aquellos procedimientos con recolección de más de diez valores.

DURACIÓN

Fecha inicio: Marzo/18 Fecha final: Noviembre/18

Marzo-septiembre: Toma de datos.

Octubre: análisis de datos.

Noviembre: Obtención de los niveles de referencia locales y valoración general de las dosis en piel registradas.

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 - 2018/1043

1. TÍTULO

ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELES DE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1523

1. TÍTULO

PAUTAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE DIALISIS CON PACIENTES CON TRATAMIENTO METABOLICO MEDIANTE ISOTOPOS RADIACTIVOS

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE PEDRO RUIZ MANZANO
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PRATS RIVERA ENRIQUE
JIMENEZ ALBERICIO JAVIER
FERRER GONZALEZ LUISA
BAQUERIZO CASTAN MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se redactó un documento que ha sido evaluado por los miembros del proyecto en varias reuniones y se ha trabajado por correo electrónico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha elaborado un documento final consensuado de NORMAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DEL PERSONAL DE HEMODIÁLISIS CON PACIENTES TRATADOS CON ISÓTOPOS RADIACTIVOS EN MEDICINA NUCLEAR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El documento ha sido bien aceptado y se ha aplicado una vez desde su creación. Cada vez que haya un paciente tratado con isótopos radiactivos que deba ser dializado se seguirán las normas establecidas y todo el personal involucrado conocerá los riesgos y los modos de actuación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1523 ===== ***

Nº de registro: 1523

Título
PAUTAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE DIALISIS CON PACIENTES CON TRATAMIENTO METABOLICO MEDIANTE ISOTOPOS RADIACTIVOS

Autores:
RUIZ MANZANO PEDRO, PRATS RIVERA ENRIQUE, ALVAREZ LIPE RAFAEL, CANELLAS ANOZ MIGUEL, JIMENEZ ALBERICIO JAVIER, FERRER GONZALEZ LUISA, AGUIRRE COLLADO AURORA, BAQUERIZO CASTAN MARTA

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 .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Protección radiológica de trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha dado algún caso de tener que realizar diálisis a un paciente en tratamiento metabólico mediante isótopos radiactivos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objeto de este proyecto es establecer las pautas de protección radiológica de trabajadores de la unidad de diálisis cuando se de el caso de tener un paciente con tratamiento metabólico mediante isótopos radiactivos.

MÉTODO
Desarrollo de un protocolo conjunto de la Unidad de Diálisis, Servicio de Medicina Nuclear y Servicio de Protección Radiológica, que incluya información y formación inicial en materia de protección radiológica del personal de enfermería de la unidad de diálisis, que vayan a atender este tipo de pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1523

1. TÍTULO

PAUTAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE DIALISIS CON PACIENTES CON TRATAMIENTO METABOLICO MEDIANTE ISOTOPOS RADIACTIVOS

INDICADORES

El objetivo final es que en todos los casos de Diálisis de pacientes en tratamiento metabólico, el personal de enfermería que atiende estos paciente reciba la información y formación en materia de protección radiológica adecuada a esta situación especial.

DURACIÓN

Dado que la frecuencia de estos casos es muy baja, la duración de la implantación no es previsible a corto plazo, por eso se propone realizar seminario con el personal de enfermería de la unidad.

Fecha inicio: Junio 2018

Fecha Final: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0650

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA NECESIDAD DE GESTIONAR EL LU177M COMO RESIDUO RADIATIVO

Fecha de entrada: 02/01/2020

2. RESPONSABLE PEDRO RUIZ MANZANO
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORTEGA PARDINA PABLO
ALONSO ECHARRI MADDALEN
CHOVER DIAZ BEATRIZ
DIEZ CHAMARRO JAVIER
AGUIRRE COLLADO AURORA
BAQUERIZO CASTAN MARTA
MARTINEZ CASBAS CARLOS JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha evaluado la cantidad de Lu-177m que se tiene tanto en los viales que se reciben del suministrador como lo que queda en los residuos tras cada administración.
Se ha aplicado el procedimiento a los 55 tratamientos que se han registrado hasta la diciembre de 2019. Con los primeros 25 pacientes se presentó un trabajo en el congreso conjunto de la SEFM y la SEPR de Burgos en junio de 2019.
Se ha comparado los valores de la actividad y de la actividad específica de Lu-177m con los valores de exención. Se comunicó este hecho al inspector del Consejo de Seguridad Nuclear encargado de la última inspección al Servicio de Física y Protección Radiológica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los datos recogidos hemos obtenido que el 1.5% de la actividad inicial del vial queda como residuo (en el vial residual o en las vías y agujas).
La actividad total de Lu-117m es siempre muy inferior al MBq que está establecido como límite de exención. Sin embargo, los Bq/gr de Lu-177m del líquido del vial residual superan los 10 Bq/gr. La legislación exige que para estar exento solo hay que cumplir una de las dos condiciones.
La tasa de dosis a 1 metro del paciente inicialmente ha sido de 24 ± 5 micro Sv/hora y la tasa de dosis a 1 metro el día de lata ha sido 6 ± 4 micro Sv/hora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad inicial y la residual de Lu-177m hace de que no sea necesario pedir autorización para este isótopo y que los residuos generados están también exentos de manera que su gestión no presenta problema alguno desde el punto de vista de la protección radiológica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/650 ===== ***

Nº de registro: 0650

Título
EVALUACION DE LA NECESIDAD DE GESTIONAR EL LU177M COMO RESIDUO RADIATIVO

Autores:
RUIZ MANZANO PEDRO, ORTEGA PARDINA PABLO, ALONSO ECHARRI MADDALEN, CHOVER DIAZ BEATRIZ, DIEZ CHAMARRO JAVIER, AGUIRRE COLLADO AURORA, BAQUERIZO CASTAN MARTA, MARTINEZ CASBAS CARLOS JAVIER

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: Protección Radiológica de trabajadores y miembros de público
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0650

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA NECESIDAD DE GESTIONAR EL LU177M COMO RESIDUO RADIATIVO

Otro tipo Objetivos: Protección Radiológica de trabajadores y miembros de público

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Lu-177 puede tener pequeñas cantidades de Lu-177 metaestable (Lu-177m), con una vida media de 161 días, que es un contaminante generado a partir de la producción de Lu-177. Según informe de UNITED STATES NUCLEAR REGULATORY COMMISSION de Junio de 2018, la contaminación de Lu-177m puede llegar a ser aproximadamente el 0.02 por ciento de la cantidad total de Lu-177. Nuestro suministrador nos indica que, en su caso, la contaminación es inferior al 0.009 por ciento. La gestión y declaración del Lu-177 se realiza según la autorización solicitada al CSN. Pero ante esta información, el inspector del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN) asignado a nuestro hospital ha planteado la posibilidad de tener que pedir autorización ante el CSN para el Lu-177m y gestionar los posibles residuos como residuos radiactivos no exentos.

La Instrucción IS/05 del CSN por la que se definen valores de exención, asigna al Lu-177m unos valores de exención de 1 MBq de actividad total (AT) y 10 Bq/g de actividad específica (AE).

La gestión de los residuos como residuos radiactivos no exentos implicaría:

1. Solicitar la modificación de la autorización de la instalación radiactiva de Medicina Nuclear
2. Establecer un protocolo de gestión de los residuos que contemple:
 - Recogida de residuos tras la infusión del radiofármaco
 - Recogida de residuos en caso de accidente
 - Entrada de residuos en el Almacén Central de Residuos Radiactivos (ACRR)
 - Almacenamiento de residuos en el Almacén Central de Residuos Radiactivos (ACRR)
 - Cálculo de la fecha mínima de evacuación
 - Salida de residuos en el Almacén Central de Residuos Radiactivos (ACRR)
 - Registro de las operaciones en las que se vean involucrados los residuos
 - Normas de Protección Radiológica en la manipulación de residuos
3. Dedicación de recursos en la práctica diaria:
 - Tiempo de personal facultativo y técnico
 - Espacio en el ACRR
 - Materiales relacionados con la correcta gestión de los residuos

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto es evaluar la necesidad de gestionar el Lu-177m como residuo radiactivo de la instalación de Medicina Nuclear del HCULB para cumplir así con la legislación vigente.

MÉTODO

- 1) Realizar un procedimiento para evaluar la cantidad de Lu-177m que se tiene tanto en los viales que se reciben del suministrador como lo que queda en los residuos.
- 2) Aplicar el procedimiento a los tratamientos que se han registrado hasta la fecha con suficientes datos disponibles.
- 3) Comparar los valores de la actividad y de la actividad específica de Lu-177m con los valores de exención.
- 4) Extraer conclusiones y realizar comunicación de las mismas al inspector del Consejo de Seguridad Nuclear encargado de la última inspección al Servicio de Física y Protección Radiológica.

Tras cada administración se medirá el resto de actividad de Lu-177 que queda en el vial utilizando el mismo activímetro que se usa para la medida inicial del vial antes de su administración.

El vial residual pesa 50 gramos y está lleno de 25 ml suero contaminado. Tras la administración se introducirán en un contenedor los residuos las vías y agujas utilizadas. Se medirá su tasa de exposición en contacto y a un metro, y se pesará. A partir de estos datos se evaluará la actividad total y la actividad por gramo de Lu-177 y Lu-177m a través de la gamma del Lu-177 (0.007636 microSv/m²/h.MBq) y de la fracción de contaminación de Lu-177m.

INDICADORES

Indicador1: Realización del procedimiento para evaluar la cantidad de Lu-177m que se tiene tanto en los viales que se reciben del suministrador como lo que queda en los residuos.

- Procedimiento realizado antes del 1 de abril de 2019. (Si/No)

Indicador2: Porcentaje de tratamientos evaluados de acuerdo con el procedimiento sobre los residuos de Lu-177 sobre los tratamientos registrados hasta la fecha.

Indicador3: Comparación de los resultados de las medidas llevadas a cabo con los valores de exención. (Si/No)

Indicador4: Comunicación de los resultados de las medidas llevadas al inspector del Consejo de Seguridad Nuclear. (Si/No)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0650

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA NECESIDAD DE GESTIONAR EL LU177M COMO RESIDUO RADIATIVO

DURACIÓN

30 Abril 2019: Realización del procedimiento para evaluar la cantidad de Lu-177m que se tiene tanto en los viales que se reciben del suministrador como lo que queda en los residuos.

30 Junio 2019: Porcentaje de tratamientos evaluados de acuerdo con el procedimiento sobre los residuos de Lu-177 sobre los tratamientos registrados hasta la fecha.

30 Septiembre 2019: Comparación de los resultados de las medidas llevadas a cabo con los valores de exención. (Si/No)

31 Diciembre 2019: Comunicación de los resultados de las medidas llevadas al inspector del Consejo de Seguridad Nuclear. (Si/No)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0685

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL NUEVO EQUIPO PET-TC

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER JIMENEZ ALBERICIO
· 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
GARCIA ROMERO ALEJANDRO
CHOVER DIAZ BEATRIZ
FERRER GONZALEZ MARIA LUISA
AGUIRRE COLLADO AURORA
MARTINEZ CASBAS CARLOS JAVIER
CASTEJON ANDRES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas se especifican a continuación en orden cronológico:

Febrero: Revisión de las recomendaciones en control de calidad PET-TC por parte de los miembros del equipo:

? Quality assurance for pet and PET/CT systems
International Atomic Energy Agency, 2009
? Control de calidad de la instrumentación de medicina nuclear
Sociedad Española de Física Médica, 2015
? PET/CT atlas on quality control and image artefacts
International Atomic Energy Agency, 2014

4-8 Marzo: Puesta en marcha del equipo con el técnico de aplicaciones de Siemens según el calendario de actividades que proporcionado por el fabricante.

11-15 Marzo: Diseño de los controles diarios y semanales, y elaboración de los procedimientos correspondientes.

18-22 Marzo: Diseño de los controles trimestrales, y elaboración de los procedimientos correspondientes.

25-29 Marzo: Realización de los primeros controles diarios semanales y trimestrales. Establecimiento del estado de referencia inicial del equipo

Abril-Mayo: Incorporación de los procedimientos de control de calidad al Programa de Garantía de Calidad en Medicina Nuclear.

Abril-Diciembre: Implantación del programa de control de calidad llevando a cabo los controles planificados (diarios, semanales y trimestrales)

Enero 2020: Evaluación de los indicadores y presentación de la memoria final del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha alcanzado el objetivo principal del proyecto, diseñar, desarrollar e implantar un programa de control de calidad del nuevo equipo PET-TC de la instalación de Medicina Nuclear del HCULB para cumplir así con la legislación vigente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El programa de control de calidad del nuevo equipo PET-TC de la instalación de Medicina Nuclear del HCULB ha sido diseñado, desarrollado e implantado según las recomendaciones de las principales sociedades científicas nacionales e internacionales.

Llegados a este punto el siguiente paso es, en colaboración con el Sº de Medicina Nuclear, conseguir la acreditación europea EANM para poder llevar a cabo ensayos clínicos en los que participe el equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/685 ===== ***

Nº de registro: 0685

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0685

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL NUEVO EQUIPO PET-TC

Título
DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL NUEVO EQUIPO PET-TC

Autores:
JIMENEZ ALBERICIO FRANCISCO JAVIER, CANELLAS ANOZ MIGUEL, GARCIA ROMERO ALEJANDRO, CHOVER DIAZ BEATRIZ, FERRER GONZALEZ LUISA, AGUIRRE COLLADO AURORA, MARTINEZ CASBAS CARLOS JAVIER, CASTEJON ANDRES CARMEN

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 aquellas patologías diagnosticables o descartables en una exploración con PET-TC, y todas aquellas, que estando diagnosticadas previamente, su terapia se base en las imágenes obtenidas con PET-TC.
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En marzo de 2019 finalizará la instalación de un equipo de Tomografía por Emisión de Positrones con Tomografía Computarizada (PET-TC) en la instalación del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (HCULB) de la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear (UMMN). Se trata de un equipo Siemens Biograph Horizon, que incluye los maniqués de control de calidad para PET y para TC, y fuentes radiactivas calibradas.

El artículo 13 del Real Decreto 1841/1997, de 5 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en medicina nuclear, dicta a propósito del Programa de Control de Calidad que "las unidades asistenciales de medicina nuclear serán sometidas a un control de calidad para garantizar que la administración de radiofármacos con fines de diagnóstico o terapia se realiza de manera que las dosis absorbidas recibidas por los pacientes sean (...) tan bajas como pueda razonablemente conseguirse, además de producir imágenes o estudios que permitan hacer el diagnóstico más fiable posible, en el caso de examen diagnóstico".

El Programa de Control de Calidad distingue entre el programa de control de calidad de los radiofármacos y el programa de control de calidad del equipamiento utilizado en medicina nuclear. Es en este segundo en el que se enmarca el presente proyecto de mejora de la calidad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto de mejora es diseñar, desarrollar e implantar un programa de control de calidad del nuevo equipo PET-TC de la instalación de Medicina Nuclear del HCULB para cumplir así con la legislación vigente.

MÉTODO
Las acciones previstas están especificadas en el apartado 8 de Duración y Calendario

INDICADORES
Indicador1: Realización del diseño del Programa de Control de Calidad en PET-TC
• Fuente antes del 1 de abril de 2019. (Si/No)

Indicador2: Porcentaje de procedimientos de control de calidad elaborados previstos en el Programa de Control de Calidad en PET-TC

Indicador3: Porcentaje de controles de calidad previstos en el Programa de Control de Calidad en PET-TC realizados entre abril y diciembre de 2019

Evaluación: Enero. Análisis de los indicadores propuestos.

DURACIÓN
Febrero: Revisión de las recomendaciones en control de calidad PET-TC por parte de los miembros del equipo:
? Quality assurance for pet and PET/CT systems
International Atomic Energy Agency, 2009
? Control de calidad de la instrumentación de medicina nuclear
Sociedad Española de Física Médica, 2015
? PET/CT atlas on quality control and image artefacts
International Atomic Energy Agency, 2014

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0685

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL NUEVO EQUIPO PET-TC

4-8 Marzo: Puesta en marcha del equipo con el técnico de aplicaciones de Siemens según el calendario de actividades que proporcionará Siemens.

11-15 Marzo: Diseño de los controles diarios y semanales, y elaboración de los procedimientos correspondientes.

18-22 Marzo: Diseño de los controles trimestrales, y elaboración de los procedimientos correspondientes.

Abril-Diciembre: Implantación del programa de control de calidad

Enero 2020: Evaluación de los indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0572

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE GUÍA VISUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE DANIEL PEREZ VECINO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PIQUERO MICHETO MARIA CRUZ
ALONSO RODRIGUEZ VERONICA
GIL CARRETERO MARINA
GARCIA FRANCO DAVID
RUIZ MANZANO PEDRO
JIMENEZ ALBERICIO FRANCISCO JAVIER
DE GREGORIO ARIZA MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En una primera reunión realizada el 01/04/2019 se facilitó a los integrantes del grupo, gracias a la colaboración con el servicio de física y radioprotección, varios documentos y presentaciones sobre protección radiológica, para que fuesen leídos de manera individual.

Tras la correcta lectura y estudio de toda la información el grupo se volvió a reunir en Mayo para debatir qué medidas y conocimientos son los imprescindibles antes de entrar en nuestra sala con radiaciones. Se acordaron cuatro puntos fundamentales:

- 1- Conocer los tres principios de protección radiológica: Tiempo, distancia y blindaje
- 2- Saber utilizar los dispositivos de protección personal y utilizarlos siempre.
- 3- Tener conocimientos para evitar la radiación directa y minimizar la dispersa.
- 4- Llevar siempre los dosímetros personales

El 12/06/2019 se desarrollaron los anteriores cuatro puntos, expresando medidas de una manera clara y concisa, y las fotos que las acompañarían. De esta manera:

- El punto 1 se dividió en las medidas de: Minimizar el Tiempo, Maximizar la distancia y usar los diferentes blindajes (Blindaje móvil, cortina plomada y mampara suspendida)
- Del punto 2 se consensuó la utilización de delantales plomados, gafas plomadas y protector tiroideo.
- El punto 3 se resumió en mantener las manos fuera del haz directo de Rayos X y en situarse siempre del lado del detector de imagen.
- En el punto 4 se advirtió la necesidad de recordar la colocación de un dosímetro debajo del delantal plomado y otro por fuera.

También se acordó la realización de una formación de recuerdo a todo el servicio. Así que desde el servicio de física y radioprotección se realizaron dos charlas de formación continuada de una hora de duración, impartidas por D. Francisco Javier Jimenez Albericio y D. Pedro Ruiz Manzano, a la totalidad del equipo de Radiología Vasculosa Intervencionista. La primera charla se realizó el 10/07/19 y versó sobre "Protección a pie de tubo" y la segunda el 04/12/19 y trató sobre "Nueva Legislación. Justificación y optimización"

El 20/09/19 se presentó al grupo el boceto de la guía agrupando las medidas por líneas de acción y se realizó la primera corrección de errores. También se acordaron los colores, tamaños y tipos de letra empleados para resaltar lo más importante.

El 15/10/19 se presentó al servicio de Física y radioprotección la primera creación impresa de la guía en tamaño DinA4. Se realizó la segunda corrección de errores y se presentó al jefe de Servicio de Radiología Vasculosa Intervencionista, el Dr de Gregorio quien dio su visto bueno.

La guía visual se presentó a la unidad de calidad para que aprobasen la impresión en tamaño DinA3 para la colocación en la puerta de la sala del angiógrafo. Allí se realizaron varias correcciones de errores con nuevas propuestas de ordenación, textos y fotografías.

En la actualidad una vez modificada la guía siguiendo las directrices de la unidad de calidad estamos esperando la impresión para su colocación en la puerta de acceso a la sala.

Una vez colocada, procederemos a la evaluación mediante la encuesta cerrada que se suministrará a las personas ajenas a la unidad de radiología vasculosa ya descrita en el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado una guía visual que resume perfectamente los puntos básicos que toda persona debe conocer antes de entrar en una sala con radiación ionizante.

Entendemos que será de especial utilidad e importancia para el personal eventual y ajeno al servicio, para que adopte las medidas de autoprotección sin necesidad de ser recordadas por el personal de la unidad.

Estamos en espera de la impresión de la guía en tamaño DinA3 para colgarla en la puerta de entrada a nuestra sala. Así podremos valorar, mediante una encuesta, si realmente le es útil a la gente ajena al servicio que entra en la sala.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La radiación ionizante es un riesgo laboral silencioso. No se ve y no se puede sentir, pero se acumula pudiendo dar problemas pasados los años. Es importante ser metódico en las medidas de autoprotección y la guía servirá para comprobar a modo de check-list que se cumplen todas las medidas antes de entrar en la sala.

Así mismo este proyecto ha servido para refrescar los conocimientos de toda la unidad relativos a protección

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0572

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE GUÍA VISUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA

radiológica con dos charlas de formación continuada impartidas desde el servicio de física y protección radiológica.

7. OBSERVACIONES.

Tenemos la duda de si es necesario volver a presentar el mismo proyecto en el que hemos estado trabajando como continuación en los Proyectos de Contrato programa - 2020 y Acuerdos de Gestión Clínica 2020 o por el contrario sólo presentar la memoria final en el 2020 cuando tengamos la evaluación

*** ===== Resumen del proyecto 2019/572 ===== ***

Nº de registro: 0572

Título

ELABORACION DE GUIA VISUAL DE PROTECCION RADIOLOGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA

Autores:

PEREZ VECINO DANIEL, PIQUERO MICHETO MARIA CRUZ, ALONSO RODRIGUEZ VERONICA, GIL CARRETERO MARINA, GARCIA FRANCO DAVID, RUIZ MANZANO PEDRO, JIMENEZ ALBERICIO FRANCISCO JAVIER, DE GREGORIO ARIZA MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sin patología
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La unidad de Radiología Vasculuar Intervencionista trabaja con radiación ionizante para el desarrollo de su actividad. La radiación ionizante entraña unos riesgos laborales, que hacen necesaria formación en protección radiológica junto con el uso de material de protección específico. El servicio de Física y Protección Radiológica se encarga de la formación del personal en este ámbito.

La unidad de Radiología Vasculuar Intervencionista necesita en ocasiones de la colaboración de personal ajeno al servicio el cuál no está habituado a trabajar con radiaciones ionizantes y puede presentar un déficit de conocimientos específicos.

Aunque las medidas de protección radiológica se cumplen siempre, el personal de la unidad de Radiología Vasculuar Intervencionista viene detectando relajación entre el personal eventual y tiene que estar continuamente avisando y recordando estas medidas de protección radiológica.

Sin la intención de profundizar, ni sustituir la formación en protección radiológica, se decide la creación de una guía visual para recordar las medidas básicas de protección radiológica. Se colocará en la puerta de entrada a la sala para que todo el mundo que entre repase, a modo de chequeo, las medidas de protección que tendrá que adoptar al entrar a la sala.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal:

- Disminuir el riesgo laboral por radiación ionizante entre el personal que eventualmente tenga que entrar en la sala de Radiología Vasculuar Intervencionista.

Objetivos secundarios:

- Crear una guía visual rápida de protección radiológica.
- Tener la posibilidad de repasar las medidas de protección radiológica antes de entrar en la sala de Radiología Vasculuar Intervencionista a modo de check list.
- Advertir de la situación de riesgo al entrar a la sala y así promover la consulta al personal propio de la unidad de radiología vasculuar intervencionista de las dudas que tengan.

MÉTODO

1. Debatar qué medidas y conocimientos son los imprescindibles antes de entrar en una sala con radiaciones ionizantes.
2. Expresar estas medidas y conocimientos de una manera clara y concisa con la menor cantidad posible de texto.
3. Idear qué imágenes pueden expresar, de una manera visual, las medidas y conocimientos que queremos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0572

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE GUÍA VISUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA

compartir, pudiendo sustituir o acompañar a los textos seleccionados.

4. Elaborar estas imágenes bien con dibujos o con fotografías.
5. Diseño y boceto de la guía agrupando las medidas por líneas de acción. (Microsoft Powerpoint)
6. Puesta en común del boceto y corrección de errores.
7. Elección de colores, tamaños y tipos de letra empleados para resaltar lo más importante.
8. Creación impresa del póster en tamaño DinA3.
9. Colocación de la guía en la puerta de acceso a la sala de Radiología Vascular Intervencionista.
10. Difusión del programa de protección radiológica de la unidad.

INDICADORES

Indicador de cumplimiento

Presencia del póster en la puerta de acceso a la sala de Radiología Vascular Intervencionista.

El personal eventual adopta las medidas de autoprotección sin necesidad de ser recordadas por el personal de la unidad.

Indicador de evaluación

Pequeña encuesta cerrada que se suministrará a las personas ajenas a la unidad de radiología vascular intervencionista que vienen a trabajar o de prácticas:

1. ¿Tiene formación previa en protección radiológica?
2. ¿Qué medidas de protección radiológica ha utilizado dentro de la sala?
 - a) Delantal plomado
 - b) Protector tiroideo
 - c) Gafas plomadas
 - d) Maximizar la distancia al foco de radiación
 - e) Minimizar el tiempo que exposición en la sala
 - f) Uso de blindajes
 - g) Colocarse siempre del lado del detector de imagen
 - h) Mantener las manos fuera del haz de RX
3. ¿Algún miembro del equipo de la unidad le ha tenido que recordar alguna de estas medidas? En caso afirmativo diga cuál.
4. ¿Ha visto nuestra guía visual sobre protección frente a las radiaciones ionizantes antes de entrar?
5. ¿Le ha aportado algún conocimiento nuevo sobre protección radiológica?
6. ¿Le ha servido para no olvidar alguna medida de protección radiológica?
7. ¿La considera útil?

DURACIÓN

El proyecto se realizará a lo largo de 2019. Se establece un calendario de reuniones mensuales de los integrantes para exponer los avances en el proyecto con nuevo reparto de tareas y difundir el programa de protección radiológica de unidad junto con las normas de protección radiológica entre los miembros de la unidad. Una vez impreso y colgado el póster, se realizará la encuesta a las personas que de manera eventual vengan a nuestro servicio.

OBSERVACIONES

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 - 2016/0196

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

- Trascurridos 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 morbimortalidad 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 - 2018/1049

1. TÍTULO

DOCUMENTO GRAFICO DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS EJERCICIOS RECOMENDADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE JOSE LUIS AZUARA LAGUIA
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABRIL ESCO SUSANA
BUEY ALASTUEY IGNACIO
MARTA LAZO MIGUEL ANGEL
NAVARRO GONZALEZ ELOISA
PEMAN FRAGO ROSA
PUEYO ACIN BLANCA
VILLARREAL SALCEDO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como principales actividades realizadas destacamos:

1. Colaboración del Departamento de Comunicación Sector 3 (Dña. Ángela Ibañez Vicente) en la toma de imágenes y diseño del documento en formato de tríptico informativo.
2. Toma de las imágenes fotográficas de los ejercicios que componen el documento.
3. Reuniones de equipo para consensuar contenido y opciones de diseño del documento gráfico de apoyo al paciente.
4. Elaboración de un documento provisional para ser valorado por varias personas del Servicio de RHB (médicos especialistas en RHB y fisioterapeutas) externas al equipo de mejora.
5. Elaboración del documento definitivo.

Estas actividades se han desarrollado durante el segundo semestre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha elaborado el documento gráfico, que da respuesta y cumplimiento al principal objetivo de este proyecto. El impacto del mismo viene marcado por la mejoría clara de la información escrita facilitada a todos y cada uno de los pacientes que han precisado tratamiento de Escuela de Espalda en el Servicio de RHB del Hospital Clínico Universitario.
El indicador que emplearemos será el porcentaje de pacientes a los que se entrega el documento, cuando podamos hacer entrega del mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El documento gráfico realizado sustituye al que actualmente se entrega a los pacientes al finalizar el tratamiento médico de Escuela de Espalda, y reproduce de forma mejorada, actualizada y fidedigna los contenidos prácticos.

El documento se entregará a los pacientes al finalizar el tratamiento de Escuela de Espalda para que sirva de consulta y recordatorio y así mejorar la adherencia a dicho tratamiento una vez finalizada la fase hospitalaria.

Para facilitar la difusión, queda pendiente incluir esta información en la página web del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1049 ===== ***

Nº de registro: 1049

Título
DOCUMENTO GRAFICO DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS EJERCICIOS RECOMENDADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1049

1. TÍTULO

DOCUMENTO GRAFICO DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS EJERCICIOS RECOMENDADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA

Autores:

AZUARA LAGUIA JOSE LUIS, ABRIL ESCO SUSANA, BUEY ALASTUEY IGNACIO, PEMAN FRAGO ROSA, NAVARRO GONZALEZ ELOISA, PUEYO ASIN BLANCA, VILLARREAL SALCEDO ISABEL, MARTA LAZO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proyecto surge ante la necesidad de adecuar la información de ejercicios para los pacientes con patología de raquis lumbar incluidos en los grupos de tratamiento de "Escuela de Espalda" para que sirva de consulta y recordatorio y así mejorar la adherencia a dicho tratamiento una vez finalizada la fase hospitalaria. Empoderamiento del paciente afecto de lumbalgia crónica y subaguda.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana del proyecto serían los pacientes con patología de raquis lumbar (lumbalgia crónica y subaguda) incluidos en los grupos de tratamiento de "Escuela de Espalda" con cinesiterapia grupal. Se podrían beneficiar de dicho proyecto usuarios de Atención Primaria y otros pacientes con similar patología no incluidos en "Escuela de Espalda"

MÉTODO

El contenido se proporciona dentro de las clases prácticas incluidas en el tratamiento de "Escuela de Espalda" La información gráfica, objetivo de este proyecto, sustituiría a la que actualmente se proporciona a los pacientes que realizan dicha "Escuela de Espalda" Se necesita un archivo fotográfico del material que constituya el grueso de esta información, reuniones del equipo para consensuar y determinar el contenido y formato definitivo, coordinación con la persona encargada del departamento de Comunicación del Hospital para incluirlo en la web hospitalaria, intranet...

INDICADORES

Documento gráfico de los ejercicios recomendados disponible en página web e intranet

DURACIÓN

2º semestre 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 - 2019/0236

1. TÍTULO

REVISION DEL FOLLETO "CONSEJOS PARA CUIDAR A UNA PERSONA DEPENDIENTE" RECOMENDACIONES PARA CUIDADORES

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE PAULA ESTERUELAS CUARTERO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

REGLA RAUFAST ANA JESUS
SANZ PLUMED ANA VICTORIA
GARCIA BARRECHEGUREN ANA
ALMERIA FERNANDEZ EUGENIA
CELMA MORALEJO ROCIO
PEREZ DOMINGUEZ MARIA PILAR
HERRERA SERRANO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras una búsqueda bibliográfica y puesta en común con todo el grupo se procedió a realizar los cambios oportunos en el folleto original. Posteriormente, tras la aprobación de los cambios se procedió a la edición a través del programa informático del nuevo folleto, el cual se envió al servicio de calidad del HCU Lozano Blesa estando a la espera de la oportuna respuesta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la actualidad no podemos objetivar ningún resultado, ya que al no tener respuesta del Servicio de Calidad del hospital todavía no se han impreso los folletos.

En cuanto a los indicadores, será el siguiente: cuidador que asiste al taller proporcionándole folleto/número de cuidadores asistentes al taller

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado la redacción del contenido del folleto para una mejor comprensión por parte de los cuidadores, en espera de poder ponerse en práctica por la falta de impresión de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/236 ===== ***

Nº de registro: 0236

Título
REVISION DEL FOLLETO "CONSEJOS PARA CUIDAR A UNA PERSONA DEPENDIENTE" RECOMENDACIONES PARA CUIDADORES

Autores:
ESTERUELAS CUARTERO PAULA, REGLA RAUFAST ANA JESUS, SANZ PLUMED ANA VICTORIA, GARCIA BARRECHEGUREN ANA, ALMERIA FERNANDEZ EUGENIA, CELMA MORALEJO ROCIO, PEREZ DOMINGUEZ MARIA PILAR, HERRERA SERRANO ANA 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: Cuidados a pacientes dependientes de cualquier especialidad clínica
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Existiendo el folleto de consejos para el cuidador, se hace necesaria la revisión y actualización con el objetivo de introducir mejoras si precisa

RESULTADOS ESPERADOS
Favorecer la difusión de la información que se transmite en el taller para cuidadores, reforzándolo a través de un folleto escrito.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0236

1. TÍTULO

REVISION DEL FOLLETO "CONSEJOS PARA CUIDAR A UNA PERSONA DEPENDIENTE" RECOMENDACIONES PARA CUIDADORES

La población diana a la va dirigido el folleto: familiares de los pacientes y cuidadores ingresados en el hospital tras el alta médica.

MÉTODO

Reunión para la formación de equipo.

Reunión para la búsqueda bibliográfica y puesta en común.

Revisión del diseño del folleto.

Recursos materiales: programa informático, TICS, reprografía e impresión del folleto.

INDICADORES

Indicadores: cuidador que asiste al taller proporcionándole folleto/ número de cuidadores asistentes al taller.

DURACIÓN

Marzo: formación del equipo y búsqueda bibliográfica (Ana Jesús Regla, Ana Victoria Sanz, Ana Isabel Herrera)

Abril: revisión de formato y contenido del folleto (Ana García, Eugenia Almería, Rocío Celma)

Mayo: presentación al servicio de calidad (Paula Esteruelas, Pilar Pérez)

Junio: envío a reprografía (Paula Esteruelas, Ana Jesús Regla)

A partir de septiembre se dispondrá de los nuevos folletos para distribuirlos en el taller

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0289

1. TÍTULO

DETECCIÓN DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA, ANTES Y DESPUÉS DE LAS SESIONES EDUCATIVAS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL CARNEIRO LAZARO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CANTIN CANTIN ROCIO
REGLA RAUFAS ANA JESUS
GARCIA ALVAREZ ELENA
AGUELO VELILLA ANA
MARTIN VICENTE MARIA LUISA
ROMERO DE LA HIGUERA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En 26 de febrero de 2019 revisamos el cuestionario LINQ, del que disponíamos una versión validada al español en Colombia y realizamos alguna modificación que por discusión y consenso podía comprenderse mejor en nuestro medio y por nuestros pacientes.

A partir de Abril (4/04/19), se comenzó a pasar el cuestionario LINQ a aquellos pacientes que habían quedado incluidos en el Programa de Rehabilitación Respiratoria PRR (dicho programa incluye un total de 7 sesiones educativas impartidas por enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional sobre las áreas antes mencionadas) justo antes de la primera sesión educativa que reciben y el último día del programa, que es 8 semanas después, por lo tanto se administra el cuestionario previamente a iniciar el tratamiento (PRE) y al finalizar el mismo (POST) tratamiento. La recogida de cuestionarios en formato papel se realizaba por Marisa (auxiliar clínica de consulta) y resolución de dudas. Posteriormente se mecanizaba en base de datos Excel por Silvia Romero.

Reunión en 5 noviembre para ver cómo iba la recogida y cumplimentación de cuestionarios. Los últimos datos recogidos datan del día 15/12/19. Reunión final el 27 de febrero para extraer conclusiones y realizar memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número de pacientes con EPOC incluidos en PRR en el periodo de análisis: 15

Número de pacientes que cumplimentaron el cuestionario LINQ: 13 (El cuestionario se entregó a un total de 15 pacientes, de los cuales se han excluido dos para el análisis, uno porque ya había hecho parte del programa de rehabilitación con anterioridad y otro no se ha encontrado el cuestionario PREvio al tratamiento. Esto nos da el siguiente resultado en el indicador:

Número de pacientes que cumplimentan el cuestionario LINQ / Número de pacientes incluidos en el PRR= 86,6 %.

El Cuestionario LINQ evalúa a través de 18 preguntas las necesidades de información del paciente EPOC en las siguientes 6 áreas o dominios: Conocimiento de la enfermedad, Conocimiento sobre medicación, Self-management /autocuidado, Hábito tabáquico, Ejercicio físico, Dieta; y una puntuación total suma de las mismas. La puntuación mínima es 0 y la máxima 25, es decir, puntuaciones más altas indican necesidades mayores de información. Cada pregunta tiene múltiples respuestas y correlacionadas numéricamente, siendo "0" el conocimiento real es decir, la No necesidad de recibir información, y puntuar 1, 2 y 3 implica carencias informativas en ese dominio. Hemos tenido en cuenta que solo con puntuar 1 ya es una situación mejorable o a tratar. No se han tenido en cuenta los posibles problemas psicológicos asociados como ansiedad, depresión y deterioro cognitivo de nuestros pacientes.

Análisis de los datos en cada una de las áreas:

En el área de conocimiento de la enfermedad: A destacar la posible efectividad del programa educativo en este dominio ya que consigue que en 3 de las 4 preguntas sobre la enfermedad, en los cuestionarios POST programa se puntúe 0 (= ninguna duda sobre el tema) por el total de los pacientes.

El dominio de conocimiento y manejo de la medicación es el área con mejor información previa y aún así existe una mejoría destacable.

En el área de automanejo/self-management queda incluido cómo actuar en caso de reagudizaciones o exacerbaciones y se obtiene un promedio superior a 1 en los resultados POST programa, por el hecho de "No dar instrucciones por escrito" y porque el cuestionario da como respuesta adecuada "llamar a los servicios de emergencia" cuando en nuestro medio el paciente se dirige directamente a los servicios de urgencia del hospital o atención primaria. En cualquier caso, se detecta una oportunidad de mejora que requiere una intervención más clara por parte del equipo. Sobre el hábito tabáquico se evidencia una clara disminución de dudas sobre este dominio.

En cuanto el ejercicio físico es el área con mejores resultados, lo que demuestra la eficacia del programa de rehabilitación respiratoria en el paciente de EPOC.

Por último en el dominio dieta es donde únicamente encontramos un aumento claro de las necesidades de información de nuestros pacientes tras el paso por el programa de rehabilitación, por tanto un aspecto a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0289

1. TÍTULO

DETECCIÓN DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA, ANTES Y DESPUÉS DE LAS SESIONES EDUCATIVAS

mejorar en las intervenciones futuras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestros pacientes con EPOC que reciben las sesiones educativas dentro de un programa de rehabilitación respiratoria multidisciplinar, sí parecen satisfacer sus necesidades de información sobre el concepto y manejo de su enfermedad. Podría plantearse mejorar la información sobre el manejo de exacerbaciones junto al servicio de neumología y revisaremos la información sobre alimentación para que les quede más clara.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/289 ===== ***

Nº de registro: 0289

Título
DETECCION DE NECESIDADES DE INFORMACION DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA, ANTES Y DESPUES DE LAS SESIONES EDUCATIVAS

Autores:
CARNEIRO LAZARO RAQUEL, REGLA RAUFAST ANA JESUS, CANTIN CANTIN ROCIO, GARCIA ALVAREZ ELENA, AGUELO VELILLA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el año 2018 se elaboró un proyecto de educación para la salud dirigido a pacientes con EPOC y se ha decidido este año hacer una valoración sobre las necesidades de formación previa a la incorporación del programa de rehabilitación respiratoria y posterior al mismo, para valorar la eficacia de dicho programa.

RESULTADOS ESPERADOS
Constatar la eficacia de las sesiones educativas dirigidas al enfermo de EPOC y el grado en satisfacen sus necesidades y solvetan sus dudas sobre la enfermedad y la repercusión en sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
Va dirigido a los pacientes que quedan incluidos en el programa de rehabilitación respiratoria del Hospital Clínico.
En el proyecto se incluyen profesionales del servicio de rehabilitación y neumología.

MÉTODO
Utilizar como herramienta el cuestionario LINQ (Lung Information Needs Questionnaire), cuestionario que mide objetivamente el grado de necesidad de información educativa del paciente brindada por el profesional de salud y cómo es percibida por el paciente.
Reuniones de equipo para traducir dicha herramienta al español/castellano, decidir los dos momentos de pasar el cuestionario y el profesional que lo lleve a cabo, así como hacer un análisis de los datos obtenidos.
Cuestionario LINQ, necesidad del servicio de reprografía.

INDICADORES
Número de pacientes que rellenan el cuestionario LINQ/número de pacientes total incluido en el programa de rehabilitación respiratoria
Estándar 80%

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0289

1. TÍTULO

DETECCIÓN DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA, ANTES Y DESPUÉS DE LAS SESIONES EDUCATIVAS

Marzo: Reunión de equipo para la traducción del cuestionario y su envío a reprografía.
Abril: Administración del cuestionario en consulta de Dra. García Álvarez o fisioterapeutas (por concretar)
Abril-Octubre: Recogida de documentación
Noviembre-Diciembre: Análisis final de datos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0292

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE HOJA DE REGISTRO DE TEST DE DISFAGIA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA PUEYO RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ-KING GARIBOTTI CAROLA
ESPADA ZARAGOZA ROSA
LABORDA RUIZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019, hemos realizado tres reuniones los miembros del equipo, y una cuarta en el Servicio para la presentación del documento.

En la primera reunión se analizó la hoja de recogida de datos del test de deglución, que se utilizaba previamente en el Servicio de Rehabilitación, observando los distintos apartados a modificar o añadir determinados datos que se deberían registrar y hasta ahora no se contemplaban.

En la segunda reunión elaboramos un documento de word donde se incluían todos los datos a recoger cuando se le realiza a un paciente un test de disfagia: desde los datos del paciente, la persona que realiza el test, la fecha y hora a la que se realiza, la situación del paciente, contemplando su saturación oxígeno basal con pulsioximetría, y los datos propios de los tests en cuanto a texturas y volúmenes administrados y los signos clínicos objetivados (tos, desaturación, cambio de la voz, ausencia de sello labial, resto faríngeo o residuo oral) que determinan la existencia de alteraciones en la seguridad o en la eficacia de la deglución.

En la tercera reunión dimos la forma final al documento de word, con cambios sobre todo en el formato del mismo, para mejorar sobre todo la visualización.

Finalmente presentamos en una cuarta reunión el documento a los facultativos del Servicio de Rehabilitación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE ha renovado y actualizado el documento existente ya si facilitar la recogida de los resultados del test de disfagia al personal que lo realice.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha empezado a utilizar este documento, retirando el anterior, que estaba obsoleto y sobre todo que el anterior no se visualizaba tan claramente. Facilitando así la praxis.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/292 ===== ***

Nº de registro: 0292

Título
ACTUALIZACION DE HOJA DE REGISTRO DE TEST DE DISFAGIA

Autores:
PUEYO RUIZ CRISTINA MARIA, ESPADA ZARAGOZA ROSA MARIA CANDELAS, GONZALEZ-KING GARIBOTTI CAROLA, LABORDA RUIZ 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: Neurología y digestivo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Mejorar la recogida de información del resultado de la prueba del test de deglución (MEC-V), que es el test básico e imprescindible de screening y diagnóstico para todos los pacientes afectados de disfagia orofaríngea.
Posteriormente extrapolar dicho documento de recogida de datos a todos los Servicios Hospitalarios, para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0292

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE HOJA DE REGISTRO DE TEST DE DISFAGIA

registrar adecuadamente el resultado de dicho test y valorar la pertinente valoración en la consulta de edisfagia en Rehabilitación.

RESULTADOS ESPERADOS

Pacientes afectos de disfagia en el área sanitaria III

MÉTODO

Reuniones de los miembros del equipo para redactar el documento.

INDICADORES

Pacientes a los que se ha realizado test de deglución / pacientes a los que se ha realizado el test y se ha registrado correctamente el resultado.

DURACIÓN

Elaboración del protocolo el primer semestre de 2019 y posterior exposición a otros Servicios hospitalarios.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0331

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SECTOR III EN EL CRIBADO DE LA DISFAGIA

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR LABORDA RUIZ
· Profesión LOGOPEDA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
YOLDI ARNEDO NIEVES
PUEYO RUIZ CRISTINA
TEJERO JUSTE CARLOS
PEREZ LAZARO CRISTINA
PEMAN FRAGO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HAN REALIZADO ESTE AÑO 4 EDICIONES CON 10 PARTICIPANTES CADA UNA. LAS FECHAS DE LAS EDICIONES SALEN A TRAVÉS DEL PORTAL DEL EMPLEADO.
LA FORMACIÓN SE REALIZA CON UNA DURACIÓN DE 3 HORAS TEORICO-PRÁCTICAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL NÚMERO DE PROFESIONALES FORMADOS ES DE 40 ANUALES.
SE HA REALIZADO LA FORMACIÓN PARA CONSEGUIR EL CORRECTO CRIBADO Y POSTERIOR EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DISFAGIA A TRAVÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL MÉTODO DE EVALUACIÓN CLÍNICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA .
SE HA LOGRADO APRENDER LACORRECTA ADMINISTRACIÓN DE LAS TEXTURAS POR PARTE DEL PERSONAL TÉCNICO AUXILIAR A LOS PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CON ESTE PROYECTO LOGRAMOS UN MEJOR CRIBADO Y EVALUACIÓN DE LA DISFAGIA ASÍ COMO UNA MEJOR ADMINISTRACION DE LAS TEXTURAS.
CONSIDERAMOS QUE ESTA FORMACIÓN DEBE REALIZARSE PARA QUE TODO EL PERSONAL QUE ESTÉ EN CONTACTO CON PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA SEPAN TRATARLO, POR LO QUE ES MUY CONVENIENTE REPETIR ANUALMENTE TODAS LAS EDICIONES.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/331 ===== ***

Nº de registro: 0331

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SECTOR III EN EL CRIBADO DE LA DISFAGIA

Autores:
LABORDA RUIZ MARIA PILAR, YOLDI ARNEDO NIEVES, PUEYO RUIZ CRISTINA MARIA, TEJERO JUSTE CARLOS, PEREZ LAZARO CRISTINA, PEMAN FRAGO ROSA

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: Enfermedades del sistema digestivo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Estratégicos Comunes de especialidad Fomentando la sensibilización a los temas relativos a la deglución desde el servicio de Rehabilitación . 1. Sesión hospitalaria 27/2/19
2. Consulta monográfica los miércoles de alta resolución con videofluoroscopia 3. Sesión hospitalaria/ enfermería el 15/5/19 Sobre inputs/consumos Disminución de la estancia hospitalaria Otros

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el 2012 se está observando una mayor incidencia de pacientes que presentan disfagia orofaríngea que son remitidos desde las distintas unidades para ser evaluados y rehabilitados por el servicio de Rehabilitación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0331

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SECTOR III EN EL CRIBADO DE LA DISFAGIA

en la Unidad de Logopedia.

Se constató que había un vacío en el correcto cribado de dichos pacientes y por tanto un déficit en la evaluación clínica correcta por parte de enfermería y consecuentemente una administración del espesante incorrecta por parte del personal técnico auxiliar

RESULTADOS ESPERADOS

Con ese proyecto se pretende mejorar la formación para conseguir un correcto cribado y posterior evaluación clínica de la disfagia administrando el método clínico volumen - viscosidad por parte del personal de enfermería (MECV-V)

Se quiere lograr una correcta administración de las texturas por parte del personal técnico auxiliar a los pacientes con disfagia orofaríngea sin que ello comprometa a su seguridad.

Con todo ello lograremos una mayor rapidez en el diagnóstico y una pronta derivación hacia el Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para poder realizar el tratamiento logopédico oportuno a los pacientes que presenten disfagia orofaríngea.

MÉTODO

Se espera mejorar y actualizar la formación mediante 4 ediciones anuales.

La selección de 10 personas por edición, se realizará mediante el portal del empleado.

Dicha formación será realizada en una jornada de 3 horas de forma teórico- práctico.

El material necesario para dicho curso será proporcionado por el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

INDICADORES

El número de profesionales de enfermería formados anualmente son 40.

Proporcionamos una encuesta de satisfacción a los profesionales sanitarios formados en este tema.

DURACIÓN

Se realizarán 4 ediciones

En cada edición se admiten a 10 participantes

Dichas ediciones salen a través del portal del empleado, en la formación del salud.

Las fechas se tienen que concretar con formación por disponibilidad de las aulas de formación.

OBSERVACIONES

Priorizar la formación en screening precoz de disfagia para disminuir la comorbilidad

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0388

1. TÍTULO

ACTUALIZACION TRIPTICO INFORMATIVO "PREVENCION DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE NEO DE MAMA"

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE PEDRO PABLO DE MIGUEL HERNANDO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEDRANO CID MAYRA
VILLARREAL SALCEDO ISABEL
PEMAN FRAGO ROSA
PEREZ PANZANO ESTHER
GÜEMES SANCHEZ ANTONIO
PARDO SUS ALIDA
BUESO INGLAN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELABORACION, MAQUETACION Y DIVULGACION DE DICHO TRIPTICO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
MOMENTANEAMENTE NO SE HA PODIDO COMPLETAR LA ENTREGA PREVISTA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN ESTUDIO

7. OBSERVACIONES.
IMPLANTACION 2020

*** ===== Resumen del proyecto 2019/388 ===== ***

Nº de registro: 0388

Título
ACTUALIZACION TRIPTICO INFORMATIVO "PREVENCION DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE NEO DE MAMA"

Autores:
DE MIGUEL HERNANDO PEDRO PABLO, MEDRANO CID MAYRA, VILLARREAL SALCEDO ISABEL, PEMAN FRAGO ROSA, PEREZ PANZANO ESTHER, GÜEMES SANCHEZ ANTONIO, PARDO SUS ALIDA, BUESO INGLAN PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: LINFEDEMA POST MASTECTOMÍA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: DISMINUCIÓN INCIDENCIA LINFEDEMA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El linfedema es una patología crónica que, a pesar de que se conoce desde hace décadas, sigue siendo infradiagnosticada y, por ello, infratratada. En los países desarrollados la principal causa de LINFEDEMA es secundario a neoplasias, sus complicaciones y sus tratamientos. El más frecuente en nuestro medio es el secundario a cáncer de mama. Se estima que el 20% de los pacientes diagnosticados de cáncer de mama desarrollarán linfedema en la extremidad superior a los 6 meses, 36% al año y 54% a los 36 meses. Hay un aumento de la incidencia de LINFEDEMAS secundarios tanto a la cirugía como a los tratamientos oncológicos (radioterapia) que afectan a la salud y a la calidad de vida de estos pacientes. Los pacientes que desarrollarán linfedema con más probabilidad son aquellos que han precisado linfadenectomía.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar, modificar y mejorar el tríptico informativo sobre prevención de linfedema en pacientes intervenidos de neo de mama.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0388

1. TÍTULO

ACTUALIZACION TRIPTICO INFORMATIVO "PREVENCION DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE NEO DE MAMA"

MÉTODO

Elaboración, maquetación y divulgación de dicho tríptico.

INDICADORES

- Número de pacientes que reciben el tríptico tras ser intervenidos quirúrgicamente de neo de mama.
- Encuesta de satisfacción sobre tríptico informativo de prevención de linfedema.

DURACIÓN

Elaboración del tríptico Abril de 2019, maquetación Mayo de 2019, entrega a pacientes segundo semestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

- MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN
- DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN
- MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS
- GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
- ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0389

1. TÍTULO

ESCUELA DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE CANCER DE MAMA

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE MAYRA MEDRANO CID
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE MIGUEL HERNANDO PEDRO PABLO
VILLARREAL SALCEDO ISABEL
PEMAN FRAGO ROSA
PEREZ PANZANO ESTHER
ANDRES CONEJERO RAQUEL
GÜEMES SANCHEZ ANTONIO
PARDO SUS ALIDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DURANTE ESTE AÑO HEMOS ESTADO TRABAJANDO CON LA PUESTA EN COMÚN DE LOS CONTENIDOS TEÓRICO-PRÁCTICOS A ENSEÑAR EN LA ESCUELA DE LINFEDEMA. SE HA REALIZADO EL POWER POINT QUE MOSTRAREMOS A LOS PACIENTES INCLUIDOS EN ESTE PROYECTO.
HEMOS VALORADO LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN QUEDANDO DEFINIDOS.
HA QUEDADO DEFINIDO NÚMERO DE PACIENTES, DURACIÓN, DÍAS COMO TAMBIÉN LA FORMA DE CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NO TENEMOS RESULTADOS YA QUE EL PROYECTO NO SE HA PODIDO PONER EN MARCHA, EN BREVE ESTARÁ EN FUNCIONAMIENTO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL PROYECTO ESTÁ PRÁCTICAMENTE FINALIZADO, SÓLO ESTAMOS A LA ESPERA DE PONERLO EN MARCHA.QUE SE VA A INTENTAR QUE SEA EN ESTE PRIMER TRIMESTRE DE AÑO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/389 ===== ***

Nº de registro: 0389

Título
ESCUELA DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE CANCER DE MAMA

Autores:
MEDRANO CID MAYRA, DE MIGUEL HERNANDO PEDRO PABLO, VILLARREAL SALCEDO ISABEL, PEMAN FRAGO ROSA, PEREZ PANZANO ESTHER, ANDRES CONEJERO RAQUEL, GÜEMES SANCHEZ ANTONIO, PARDO SUS ALIDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: LINFEDEMA POST MASTECTOMÍA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La elevada prevalencia de linfedema tras la intervención quirúrgica de cáncer de mama con su impacto en la calidad de vida del paciente hace aconsejable la instauración de programas de prevención que hagan posible una detección y un tratamiento precoz. Es necesario un abordaje terapéutico integral y un correcto manejo de todas sus complicaciones. Con la creación de la ESCUELA DE LINFEDEMA pretendemos educar a los pacientes de riesgo para la prevención primaria de la aparición de linfedema.

RESULTADOS ESPERADOS
La escuela de linfedema tiene como objetivo instruir a los pacientes de riesgo, pacientes intervenidos de cáncer de mama, en las medidas de prevención, autocuidado y en la identificación precoz del linfedema o sus

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0389

1. TÍTULO

ESCUELA DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE CANCER DE MAMA

complicaciones.

MÉTODO

Crear un GRUPO DE TERAPIA con una sesión teórico-práctica de una hora de duración cada 15 días, con 10-15 pacientes con riesgo de presentar linfedema tras ser intervenidos de neo de mama.

INDICADORES

-Cobertura % de pacientes tras ser intervenidos quirúrgicamente de neo de mama.

-Encuesta de satisfacción sobre escuela de linfedema.

DURACIÓN

Una sesión de una hora de duración cada 15 días, con fecha de comienzo segundo semestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0699

1. TÍTULO

ESCUELA PERINEAL. CONOCE TU SUELO PELVICO

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE MIREYA LORENA SARTAGUDA ALABART
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTA LAZO MIGUEL ANGEL
RUIZ GARCIA MARIA DOLORES
PEMAN FRAGO ROSA
GOMEZ OPIC CONCHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado el Power Point que se les pasará en la sesión, tanto a público femenino como masculino. Se ha establecido la idoneidad de la sala donde se realizará, estando pendiente la adjudicación horaria. Debido a la ausencia de nuestra médico rehabilitadora, por baja, no se ha podido poner en marcha de manera completa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha podido poner en marcha, debido a cambios en el personal del Servicio responsable de Suelo Pélvico se emplaza su puesta en marcha al primer semestre de 2020

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todo lo que se podía realizar de manera individual se ha hecho, esperamos poder reestructurar el equipo y acabar el proyecto en el primer semestre de 2020

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/699 ===== ***

Nº de registro: 0699

Título
ESCUELA PERINEAL "CONOCE TU SUELO PELVICO"

Autores:
SARTAGUDA ALABART MIREYA LORENA, MARTA LAZO MIGUEL, RUIZ GARCIA MARIA DOLORES, PEMAN FRAGO ROSA, GOMEZ OPIC CONCHA, BESCOS SANTANA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los problemas que afectan al suelo pélvico (incontinencia urinaria, incontinencia fecal, dolor pélvico, alteraciones en la esfera sexual...) aparecen como "no graves" en términos de supervivencia, aunque sí lo son en cuanto al deterioro de calidad de vida de estos pacientes.
Pese a sus consecuencias y a la cifra de afectados tan elevada, todavía su detección y reconocimiento son muy bajos, en parte por la tendencia al ocultamiento en las personas que los sufren por temor al rechazo social. Se hace necesario dar visibilidad a estas patologías y proporcionar a los pacientes en riesgo una herramienta útil y sencilla para su manejo.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0699

1. TÍTULO

ESCUELA PERINEAL. CONOCE TU SUELO PELVICO

La Escuela Perineal "Conoce tu Suelo Pélvico", pretende mejorar el conocimiento que nuestros pacientes tienen de su suelo pélvico desde distintas áreas: anatomía, esquema corporal, importancia del entrenamiento en el domicilio, hábitos de vida saludables, factores de riesgo, etc...

MÉTODO

Se crearán grupos de 15-20 pacientes para las sesiones teórico-prácticas, de una hora de duración. Se realizarán dos sesiones al mes, el primer y tercer miércoles de cada mes, en horario de mañana y tarde respectivamente.

INDICADORES

- Número de pacientes atendidos desde nuestro Servicio de Rehabilitación.
- Encuesta de satisfacción sobre la Escuela Perineal "Conoce tu Suelo Pélvico".

DURACIÓN

Las sesiones serán de una hora, cada 15 días, el primer y el tercer miércoles de cada mes, en horario de mañana y tarde, para facilitar el acceso a las mismas, con fecha de comienzo el segundo semestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DEL BIOFEEDBACK TERAPEÚTICO EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SUELO PÉLVICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL MARTA LAZO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SARTAGUDA ALABART MIREYA LORENA
RUIZ GARCIA MARIA DOLORES
GOMEZ OPIC CONCHA
PEMAN FRAGO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el 2019 se han realizado las siguientes actividades en relación a este proyecto.

1º Reunión de la Jefe de Servicio y el coordinador de este proyecto con la Jefe de Sección de Servicios Técnicos, para planteamiento y resolución de las dudas sobre el manejo del biofeedback terapéutico por parte de los profesionales que lo van a utilizar.

2º Instalación y conexión del biofeedback en la sala de fisioterapia de suelo pélvico, situada en las dependencias de la Unidad de mama.

3º Inicio de la familiarización de los fisioterapeutas con el biofeedback.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cambios en el personal de la Unidad han hecho que no se hayan conseguido todos los objetivos planteados en el programa, de ahí que esta memoria sea de seguimiento y no de resultados finales.

Se ha iniciado el uso de biofeedback en pacientes, por lo que este indicador se debería dar como cumplido al 100%. Pero sólo han sido 2 pacientes y, además sólo se ha utilizado el biofeedback de presión por no haber podido conseguir los fungibles para poder realizar el tratamiento con biofeedback electromiográfico.

La fuente de donde se ha obtenido el número de pacientes atendidos es la ficha de derivación a fisioterapia por parte de la médico rehabilitador. Es en este documento dónde consta la prescripción de la terapia con biofeedback. No se ha realizado ninguna exploración con biofeedback por la médico rehabilitador, por lo que este indicador no se cumplido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los cambios de personal dificultan enormemente la consecución de los objetivos de los proyectos.

La consecución de material fungible está siendo muy complicada, sería conveniente simplificar los procedimientos para su obtención.

En la actualidad aún no podemos conocer, si con el aparato del que disponemos, es posible la utilización de biofeedback de presión y una corriente terapéutica simultáneamente. Esperaremos que la consecución de los electrodos endocavitarios (fungibles) aclare si este objetivo de tratamiento es conseguible.

Queda por evaluar si será necesario su cumplimiento de evaluación con biofeedback por parte de la médico rehabilitador o se realizará un cambio en el procedimiento de atención y será realizada la evaluación por parte de los fisioterapeutas al inicio y al final del tratamiento.

Se considera necesario realizar un registro tanto de pacientes valorados como de pacientes tratados con el biofeedback terapéutico, que permita su uso como dato estadístico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/727 ===== ***

Nº de registro: 0727

Título
IMPLANTACION DEL BIOFEEDBACK TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE REHABILITACION DE SUELO PELVICO

Autores:
MARTA LAZO MIGUEL, SARTAGUDA ALABART MIREYA LORENA, RUIZ GARCIA MARIA DOLORES, GOMEZ OPIC CONCHA, PEMAN FRAGO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DEL BIOFEEDBACK TERAPEÚTICO EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SUELO PÉLVICO

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde febrero de 2019 la Unidad de Rehabilitación de Suelo Pélvico del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa cuenta con un espacio físico adecuado para la exploración y tratamiento. Esos espacios proporcionan la intimidad necesaria para la consulta médica y tratamiento rehabilitador de las patologías relacionadas con el suelo pélvico. Por otra parte, el Servicio de Rehabilitación cuenta con un equipo de Biofeedback. Se considera que el uso del Biofeedback en la Unidad de Rehabilitación de Suelo Pélvico, optimiza la terapia de estos pacientes, aportando un valor añadido a nuestra actividad.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto pretende implantar el biofeedback perteneciente al Servicio de Rehabilitación, como una herramienta en el tratamiento de la patología del suelo pélvico.

MÉTODO
Exploraciones realizadas por el médico rehabilitador en consulta de suelo pélvico (primera y sucesivas tras el tratamiento)
Tratamiento de fisioterapia realizado en sala de tratamiento de suelo pélvico.
Formación a MIR en patologías de suelo pélvico.

INDICADORES
Número de pacientes vistos en consulta con biofeedback para valoración funcional y a la finalización de tratamiento.
Número de pacientes tratados en sala de fisioterapia con terapia de biofeedback.

DURACIÓN
A lo largo de 2019 se pretende realizar los siguientes pasos:
-Consecución de material fungible
-Formación profesionales
-Inicio de tratamientos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0797

1. TÍTULO

DOCUMENTO AUDIOVISUAL DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE LOS EJERCICIOS REALIZADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE LUIS AZUARA LAGUIA
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASPAR ANDREU JUAN CARLOS
GONZALEZ-KING GARIBOTTI CAROLA
IBAÑEZ VICENTE ANGELA
MARTA LAZO MIGUEL ANGEL
PEMAN FRAGO ROSA
PUEYO ACIN BLANCA
VILLARREAL SALCEDO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Como principales actividades realizadas destacamos:

- Reuniones de equipo para consensuar el diseño del documento audiovisual de apoyo al paciente.
- Grabación de los vídeos de cada uno de los ejercicios que componen el documento.
- Elaboración de un documento provisional con valoración externa al equipo de mejora previo a la elaboración del documento definitivo.

Estas actividades se han desarrollado durante el segundo semestre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha elaborado el documento audiovisual, que da respuesta y cumplimiento al principal objetivo de este proyecto.
- El impacto del mismo viene marcado por la mejoría clara de la información visual que estará disponible para todos los pacientes que han precisado tratamiento de Escuela de Espalda en el Servicio de RHB del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".
- El indicador que emplearemos será el número de pacientes incluidos en el tratamiento de Escuela de Espalda que accedan a él una vez esté incluido en la página web del Hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El documento audiovisual realizado complementará al documento gráfico que actualmente se entrega a los pacientes al finalizar el tratamiento de Escuela de Espalda para que sirva de consulta y recordatorio, y así mejorar la adherencia y la correcta realización de dicho tratamiento una vez finalizada la fase hospitalaria.
- Para facilitar la difusión, queda pendiente incluir este documento en la página web del Hospital Clínico "Lozano Blesa".

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/797 ===== ***

Nº de registro: 0797

Título
DOCUMENTO AUDIOVISUAL DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS EJERCICIOS RECOMENDADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA

Autores:
AZUARA LAGUIA JOSE LUIS, GASPAR ANDREU JUAN CARLOS, GONZALEZ-KING GARIBOTTI CAROLA, IBAÑEZ VICENTE ANGELA, MARTA LAZO MIGUEL, PEMAN FRAGO ROSA, PUEYO ACIN BLANCA, VILLARREAL SALCEDO ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0797

1. TÍTULO

DOCUMENTO AUDIOVISUAL DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE LOS EJERCICIOS REALIZADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto es la continuación de uno previo titulado "Documento gráfico de apoyo al paciente para la realización de los ejercicios recomendados en la Escuela de Espalda", realizado durante el año 2018. Surge de la necesidad de complementar la información gráfica con información audiovisual (tipo vídeo), que estará disponible en la página web del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Este soporte favorecerá y facilitará la correcta realización de dichos ejercicios, una vez finalizada la rehabilitación hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana del proyecto serán los pacientes con patología de raquis lumbar tratados con cinesiterapia grupal incluidos en los grupos de tratamiento "Escuela de Espalda".
El acceso al material audiovisual (vídeos) estará disponible en la página web del Hospital Clínico y permitirá facilitar la continuidad del tratamiento de los ejercicios, fomentando así el autocuidado y mejorando la adherencia al tratamiento.

MÉTODO

- 1- Reuniones del equipo de mejora para presentar ideas, opciones de diseño, recursos materiales, etc. en colaboración con el Departamento de Comunicación del Sector 3.
- 2- Grabación de los vídeos de cada uno de los ejercicios que componen el tratamiento de Escuela de Espalda.
- 3- Elaboración del formato definitivo.
- 4- Inclusión del material audiovisual seleccionado en la página web del Hospital.

INDICADORES

Existencia de documentos audiovisuales de "Escuela de Espalda" (si/ no).
Número total de pacientes incluidos en el tratamiento en "Escuela de Espalda".

DURACIÓN

Segundo semestre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0756

1. TÍTULO

DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE CILIA AMPARO PERALTA GINES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DELGADO BELTRAN CONCEPCION
PALERO DIAZ EVANGELINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha establecido una consulta semanal de ecografía articular y partes blandas, de inicio en mayo de 2018, siendo la responsable de su realización la Dra. Palero. Entre los meses de mayo y diciembre de 2018 se ha practicado estudio ecográfico a 88 pacientes durante 14 días de consulta. Sólo 3 pacientes citados no acudieron. Las localizaciones articulares más frecuentes son carpos, manos y pies, seguida de rodillas, codos, tobillos y hombros.

Se han detectado los siguientes perfiles de pacientes que se han beneficiado de esta exploración complementaria:
- Diagnóstico previo de artritis reumatoide con exploración física no concluyente para la presencia de artritis.
- Artrosis y aumento de volumen articular a la exploración física.
- Artrosis con factor reumatoide o antiCCP positivos.
- Factor reumatoide elevado y artralgiás inespecíficas.
- Poliartralgiás sin clara artritis a la exploración física.
- Psoriasis con artralgiás inespecíficas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1: Porcentaje de pacientes en los que se detecta sinovitis subclínica con respecto a total de pacientes derivados para descartarla. Resultado 44%

Indicador 2: Porcentaje de pacientes en los que se diagnostica artritis reumatoide con respecto al total de pacientes remitidos para valorar este diagnóstico .Resultado 55%

En cuanto al primer indicador, en 24 pacientes se detectó sinovitis subclínica, con power doppler presente, de 54 derivados para tal fin (un 44%). Esto supone que en el 56% de los casos se ha mantenido u optimizado la terapia, con el consiguiente ahorro económico (sobre todos en terapias biológicas), además de evitar posibles reacciones adversas a nuevas terapias.

En cuanto al segundo indicador, se diagnosticó artritis reumatoide tras realizarse ecografía en 11 de 20 pacientes derivados con este propósito (un 55%). Estos pacientes pueden recibir tratamiento en la "ventana terapéutica de oportunidad" con la prevención de daño articular, discapacidad física e incapacidad laboral. Por otra parte, en el 45% de los casos que no se diagnostica artritis reumatoide se evitan fármacos inmunomoduladores, con sus posibles reacciones adversas, con el ahorro económico que esto también conlleva.

Aunque no se estableció como indicador, hay que señalar que en 6 de 11 pacientes con psoriasis y artralgiás se detectó sinovitis con señal power doppler (un 54%), por lo que ha sido de gran utilidad en este perfil de pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La introducción de ecografía articular realizada por una reumatóloga entrenada ha permitido un mejor manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con patología inflamatoria. El mayor control de la actividad articular se relaciona con una menor progresión del daño radiológico. Además, permite optimizar terapias si no se detecta sinovitis subclínica. Por otra parte, es una herramienta válida para el diagnóstico diferencial entre patología inflamatoria y degenerativa.

Tras estos óptimos resultados, se continuará con la actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/756 ===== ***

Nº de registro: 0756

Título
DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0756

1. TÍTULO

DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Autores:

PERALTA GINES CILIA AMPARO, DELGADO BELTRAN CONCEPCION, PALERO DIAZ EVANGELINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente y origina un coste económico y social importante.

En la práctica a menudo es difícil diagnosticar una poliartritis en las fases muy iniciales ya que suele tener un comienzo insidioso y prolongado. Estudios recientes demuestran que antes de que empiecen los síntomas clínicos hay una fase prolongada de inflamación subclínica o poco sintomática, que puede detectarse mediante técnicas especiales, como la ecografía con Power Doppler.

En la Guía de práctica clínica para el manejo de la AR (GUIPCAR) de la Sociedad Española de Reumatología, se recomienda la utilización de la ecografía cuando la exploración física plantea dudas sobre la existencia de signos inflamatorios articulares, o la detección ecográfica de sinovitis, derrame, o erosiones vaya a modificar el manejo terapéutico del paciente.

Las ventajas de la ecografía son su inocuidad, su coste relativamente bajo, su accesibilidad e inmediatez, la posibilidad de exploraciones amplias y de repetición de las mismas. El entrenamiento de los reumatólogos en ecografía aporta grandes beneficios en la evaluación clínica del enfermo con artritis.

Su mayor sensibilidad respecto a la exploración física le confiere especial valor cuando se desea cuantificar la intensidad y extensión de la sinovitis, muy útil en la AR precoz, pero también en la AR establecida cuando la extensión de las secuelas y de la proliferación sinovial ocasionan dudas razonables sobre el grado de inflamación subyacente; y, en general, en cualquier situación en que la ecografía facilite la toma de una decisión terapéutica.

Hasta ahora, se realiza ecografía articular por parte de Reumatología en escasas ocasiones debido a la ausencia de un tiempo específico para ello. Durante el tiempo de consulta de cada paciente resulta complicado realizar, además de evaluación de analíticas, radiografías, exploración física, índices de actividad de la enfermedad e informe para el Médico de Atención Primaria, ecografía articular debido a que precisa de un tiempo de implementación del que no se dispone.

Se pretende incorporar la realización de ecografía articular por parte de Reumatología de una forma reglada, estableciendo una consulta monográfica. Se derivarán pacientes de reumatología.

Esta herramienta nos permitirá un mayor control de la actividad clínica del paciente, intensificando el tratamiento en los casos precisos con la consiguiente reducción del daño óseo estructural y la discapacidad física y psíquica que éste genera. Por otra parte, en los pacientes que presenten dolor articular debido a patología degenerativa la ecografía nos permitirá diferenciarlo del dolor debido a artritis y se podrá optimizar medicación inmunosupresora, reduciendo costes hospitalarios en caso de las terapias biológicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el control de la actividad de la artritis reumatoide para reducir daño articular y manifestaciones extraarticulares

Población diana: Pacientes con artritis reumatoide, según criterios ACR 1987 o según criterios ACR/EULAR 2010, en los que hay dudas sobre la presencia de inflamación articular activa (ej, sinovitis residual, artralgiás de ritmo mecánico, elevación de reactantes de fase aguda sin detectarse artritis a la exploración, etc).

MÉTODO

Se citarán solamente solicitudes remitidas desde la consulta de Reumatología.

La solicitud se formalizará en el impreso de "hoja de consulta" donde se especificará el motivo de solicitud y las pruebas de imagen realizadas o planificadas.

INDICADORES

Pacientes con AR en los que se detecta sinovitis subclínica

X100

Pacientes derivados con AR

DURACIÓN

Responsable de exploración ecográfica: Dra Evangelina Palero Díaz.

Perioricidad de la consulta: Primer miércoles de cada mes, citando a los pacientes cada 30 minutos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0756

1. TÍTULO

DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Fecha de inicio: mayo de 2018 .Se mantendrá mientras sea posible.

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 - 2018/0757

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE CONCEPCION DELGADO BELTRAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZNAR VILLACAMPA MARIA EMILIA
PERALTA GINES CILIA AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado una agenda de consulta de osteoporosis, siendo la responsable de la misma la Dra. Aznar. En principio con periodicidad mensual, se ha modificado en función de la demanda asistencial, llegando a ser semanal algún mes, con un total de 18 días de consulta durante el año 2018. La media de pacientes citados por día es de 14, siendo la mayor parte de ellos pacientes con osteoporosis y alto riesgo de fractura, o bien que ya se han fracturado. Se derivan a atención primaria las osteoporosis sin fracturas o que presentan bajo riesgo de fractura.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador: Porcentaje de pacientes a los que se prescribe alendronato con respecto al total de pacientes a los que se prescribe tratamiento antiosteoporótico (en la consulta monográfica de osteoporosis) . Resultado: 18%.
Un alto porcentaje de pacientes con osteoporosis no cumple adecuadamente el tratamiento. La existencia de una consulta presencial de osteoporosis permite seleccionar el fármaco más adecuado en cada caso y ayuda al mantenimiento de la adherencia al mismo. También permite detectar nuevas fracturas o nuevos factores de riesgo de fractura. Si bien el ácido alendrónico es el fármaco más coste efectivo, la adherencia a los bifosfonatos orales es baja (por intolerancia o polimedicación).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En una consulta monográfica de osteoporosis, los pacientes son más graves y muchos ya han llevado tratamiento previo con ácido alendrónico. Estos pacientes, o aquellos polimedicados, se pueden beneficiar de otras opciones terapéuticas con posología más cómoda o con mayor eficacia antifractura. Dado que la mayor parte de los pacientes de la consulta de osteoporosis cumplen estos perfiles, el % de tratamiento con bifosfonato oral no ha resultado mayor. Es imprescindible tener en cuenta que la consulta monográfica de osteoporosis no refleja el total de osteoporosis que atendemos en reumatología. El porcentaje total de alendrónico en Reumatología no es el 18% sino el que viene reflejado en los consumos de farmacia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/757 ===== ***

Nº de registro: 0757

Título
ATENCION A PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA

Autores:
DELGADO BELTRAN CONCEPCION, AZNAR VILLACAMPA MARIA EMILIA, PERALTA GINES CILIA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0757

1. TÍTULO

ATENCIÓN A PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA

Los pacientes con osteoporosis que se evalúan en nuestro servicio y que además tienen otras enfermedades reumatológicas asociadas, son controlados periódicamente a la vez que se evalúa dicha enfermedad. Sin embargo, si solo presentan osteoporosis se realiza una primera visita, solicitando las pruebas diagnósticas pertinentes y enviando por correo un informe con las pautas a seguir. De esta forma que se agiliza a la vez que se da servicio a los pacientes con esta patología. Sin embargo, en ocasiones, la complejidad del paciente por comorbilidades, gravedad o circunstancias especiales, hace que sea necesaria una consulta presencial para el seguimiento de la osteoporosis. En los casos especiales en que los pacientes no tienen otra patología reumatológica asociada a su osteoporosis que haga necesario el seguimiento en nuestras consultas, así como cuando el paciente presenta patologías asociadas o por la gravedad o complejidad de la osteoporosis que padece, se citará de forma presencial en una consulta monográfica de osteoporosis.

RESULTADOS ESPERADOS

Uso racional de fármacos antiosteoporóticos

Apoyar la prescripción de ácido alendrónico como fármaco de elección por ser coste/efectivo en pacientes con osteoporosis y menos de 2 fracturas.

Mejorar la adherencia a los fármacos por medio de la consulta presencial

MÉTODO

En los pacientes con osteoporosis que se remiten a nuestras consultas, tras evaluación por parte del reumatólogo correspondiente, si procede se solicitan pruebas diagnósticas y se envían los resultados y las pautas a seguir a través de un informe. Habitualmente no se cita al paciente para darle los resultados. Se ha establecido una consulta monográfica de osteoporosis que permite citar a los pacientes en un periodo corto de tiempo y realizar un seguimiento más estricto en casos de mayor complejidad/severidad. La responsable de dicha consulta monográfica va ser siempre la misma persona.

INDICADORES

Número de pacientes en los que se prescribe alendronato X100

Número total de pacientes en los que se prescribe fármacos antiosteoporóticos

DURACIÓN

Periódicidad mensual

Esta consulta, será complementaria a la que ya se realiza de "osteoporosis no presencial"

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0457

1. TÍTULO

UNIDAD DE OSTEOPOROSIS FORMADA POR REUMATOLOGIA Y ENFERMERIA. CREACION DE UNACONSULTA DE ENFERMERIA COMO APOYO A LA CONSULTA MONOGRAFICA DE OSTEOPOROSIS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE CILIA AMPARO PERALTA GINES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DELGADO BELTRAN CONCEPCION
AZNAR VILLACAMPA EMILIA
VIU LABRID MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Formación de enfermera de reumatología de I. Jiménez en manejo de osteoporosis mediante rotación en consulta de este tipo en otros centros donde ya está consolidada.
-Puesta en marcha de agenda, todos los jueves de mes, presencial o telefónica.
-Pacientes atendidos: de 5 a 8
-Actividad: Educación sanitaria sobre dieta, ejercicios, posturas correctas; enseñar autoinyección; colaborar con la reumatóloga en las infiltraciones; revisar analítica solicitada por reumatóloga tras comenzar con Teriparatida y antirresortivos; seguimiento para valorar la adhesión al tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Desde la puesta en marcha de la consulta, en marzo de 2019, se han atendido un total de 71 pacientes, a los que se ha hecho educación sanitaria sobre osteoporosis, indicaciones para autoinyección, atención a dudas y seguimiento para valorar la adhesión al tratamiento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Valoración positiva y buena acogida por parte de los pacientes, que tiene una figura cercana y formada a la que acudir
-Se facilita el aprendizaje y la autonomía del paciente
-Utilidad para prevención primaria/secundaria
-Se trata de un proyecto que se va consolidando y se puede mantener en el tiempo con la enfermera de la consulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/457 ===== ***

Nº de registro: 0457

Título
UNIDAD DE OSTEOPOROSIS FORMADA POR REUMATOLOGIA Y ENFERMERIA. CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA COMO APOYO A LA CONSULTA MONOGRAFICA DE OSTEOPOROSIS

Autores:
PERALTA GINES CILIA AMPARO, DELGADO BELTRAN CONCEPCION, AZNAR VILLACAMPA EMILIA, VIU LABRID MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El envejecimiento de nuestra sociedad ha provocado que la osteoporosis sea una de las afecciones más prevalente en los ancianos, con el consiguiente aumento del riesgo de fracturas que dicha enfermedad provoca. La osteoporosis supone un importante problema de salud, tanto por su magnitud como por sus repercusiones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0457

1. TÍTULO

UNIDAD DE OSTEOPOROSIS FORMADA POR REUMATOLOGIA Y ENFERMERIA. CREACION DE UNACONSULTA DE ENFERMERIA COMO APOYO A LA CONSULTA MONOGRAFICA DE OSTEOPOROSIS

sociosanitarias, y genera un elevado consumo de recursos en visitas, estudios y tratamientos. El principal objetivo de la osteoporosis ha de ser evitar o reducir la aparición de fracturas osteopóroticas, puesto que constituyen su principal complicación, que además originan otros problemas clínicos. La enfermería juega un papel primordial para minimizar sus consecuencias, mediante la utilización de medidas preventivas, tales como: la intervención educativa, pudiendo aumentar la motivación de los individuos con o sin osteoporosis, para desarrollar estilos de vida saludables y en el caso de que sigan algún tratamiento, que persistan con la terapia prescrita. En prevención primaria, las medidas preventivas son aplicables para la población en general, sin tener en cuenta el riesgo individual específico. En el caso de osteoporosis, estas intervenciones buscan prevenir la aparición de la patología, actuando sobre los estilos de vida. En prevención secundaria, la atención se centra en la detección temprana de la enfermedad, identificando y controlando los factores de riesgo individuales para prevenir las fracturas por fragilidad. En esta fase, las terapias con fármacos son eficaces si el tratamiento prescrito se adhiere a lo largo del tiempo. Se estima que un 50% de los pacientes dejan de tomar sus medicamentos durante el primer año de la prescripción, por lo que los planes terapéuticos son ineficaces y se acompañan de un desperdicio de recursos económicos. Por lo tanto, este fenómeno tiene que ser abordado mediante información y educación que la enfermería puede ofrecer, para mejorar la adherencia a largo plazo. La prevención terciaria se centra en pacientes que han sufrido fracturas por fragilidad, para evitar el riesgo de nuevas fracturas. Incluso en estas situaciones, la función de la enfermería es educar a la población acerca de estilos de vida saludables, prestando atención a la alimentación, hábitos de fumar y consumo de alcohol, así como la colaboración para mejorar la adherencia al tratamiento con medicamentos y suplementos adicionales, tales como el calcio y la vitamina D.

RESULTADOS ESPERADOS

Desde las Consultas de Enfermería de Reumatología se pueden disminuir costes ofreciendo apoyo al reumatólogo tanto en el diagnóstico como en el manejo y seguimiento de esta prevalente enfermedad para poder conseguir:

1. Detección precoz de la osteoporosis:

- 1.1. Realizar anamnesis para valorar los factores de riesgo.
- 1.2. Calcular el índice FRAX, el cual evalúa el riesgo de fractura a 10 años .

2. Prevención de fracturas:

- 2.1. Promover hábitos de vida saludable.
- 2.2. Potenciar la adherencia al tratamiento informando sobre la posología y el uso correcto de la medicación.
- 2.3. Informar de la prevención de caídas, evitar obstáculos en la vivienda, uso de calzado sujeto y adecuado, graduación de la vista, control de fármacos psicotrónicos, etc.
3. Aumentar la información y facilitar el automanejo del paciente.
4. Agilizar y reducir el número de visitas a la consulta médica de Reumatología.

MÉTODO

Actualmente está en funcionamiento una consulta monográfica de osteoporosis, siendo la responsable una reumatóloga (Dra Aznar) que evalúa a los pacientes, sus factores de riesgo de fractura, solicita los estudios analíticos y de imagen según el caso y pauta el tratamiento/seguimiento oportuno.

Se creará una agenda para la consulta de enfermería donde se derivarán pacientes previamente valorados por reumatología. Se va a establecer esta consulta en el centro de especialidades Inocencio Jiménez, en un espacio ya disponible previamente. Está pendiente establecer su periodicidad.

INDICADORES

1. % pacientes que son valorados en la consulta monográfica de reumatología que son derivados a la consulta de enfermería.
2. % pacientes valorados por enfermería/total de pacientes vistos en la unidad de osteoporosis.

DURACIÓN

Se iniciará la actividad de la consulta de enfermería en el 2019. La agenda se modificará en función de las necesidades, hasta establecer una programación concreta.

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 - 2018/1510

1. TÍTULO

PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABIS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ANA FERRER DUFOL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TOXICOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENA GUILLEN SEBASTIAN
BERNAL MORILLO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha intentado poner a punto la técnica de detección de THC con el equipo de GC/MS que disponemos en la Unidad de Toxicología. Para ello se ha puesto a punto la extracción mediante columnas de intercambio iónico, pero no se ha podido llegar a confirmar el THC por GC/MS posiblemente porque la sensibilidad de nuestro equipo actualmente no es lo suficiente para analizar el THC a los niveles en los que se encuentra en orina

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha podido confirmar todavía el THC mediante GC/MS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Sería necesario dotar a la Unidad de Toxicología de equipación más sensible para detectar THC y otras sustancias, como equipos de HPLC/MS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1510 ===== ***

Nº de registro: 1510

Título
PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABIS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

Autores:
MENA GUILLEN SEBASTIAN, FERRER DUFOL ANA, BERNAL MORILLO 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: Consumo de sustancias tóxicas
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Calidad analítica

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La determinación de cannabis (THC) mediante técnicas inmunoenzimáticas es una técnica muy habitual en el laboratorio de Toxicología. Anualmente realizamos mas de 18000 determinaciones de dicho parámetro. Es una técnica muy específica, pero como todas las técnicas pueden tener falsos positivos debidos a sustancias que interfieren con el anticuerpo y dan resultados positivos cuando en realidad son negativos. Son pocas, y bien conocidas, las sustancias que producen falsos positivos, pero en situaciones legales es importante tener la confirmación por técnicas de referencia. En nuestro laboratorio disponemos de un cromatógrafo de gases con detector por espectrometría de masas (GC/MS) con el que realizamos la confirmación de otras drogas de abuso y la detección de fármacos para los que no disponemos de técnicas inmunoenzimáticas. Para la confirmación de THC, a parte de este equipo era necesario disponer de un dispositivo formado por un bloque magnético termostatzado y una entrada de nitrógeno, cosa que tenemos desde hace unos meses. De esta manera, ya se puede realizar la confirmación por GC/MS en nuestro laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Confirmar los resultados positivos a cannabis en muestras con fines legales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1510

1. TÍTULO

PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABIS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

MÉTODO

Dicha acción de mejora afecta a la determinación de THC, mejorando la calidad de dicho análisis al confirmarse mediante su técnica de referencia en los casos precisos

INDICADORES

Se evaluará al cabo de un año el número de análisis de THC confirmados mediante GC/MS

DURACIÓN

La puesta a punto se estima que tendrá una duración de 3 meses tras el inicio del proyecto. Posteriormente se empezará a aplicar en muestras

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 - 2018/1511

1. TÍTULO

PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE DETECCION DE INSECTICIDAS ORGANOCORADOS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA BERNAL MORILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TOXICOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERREER DUFOL ANA
AMOS ALVAREZ MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha puesto a punto la extracción de compuestos organoclorados a partir de leche materna mediante disolvente orgánico y columna de extracción líquido-líquido. Ensayo de patrones. Desarrollo del método cromatográfico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se ha alcanzado la sensibilidad necesaria para la cuantificación de las substancias buscadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendiente de consulta con los técnicos de aplicaciones de los fabricantes del instrumento para que optimicen el método

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1511 ===== ***

Nº de registro: 1511

Título
PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE DETECCION DE INSECTICIDAS ORGANOCORADOS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

Autores:
FERREER DUFOL ANA, MENAO GUILLEN SEBASTIAN, BERNAL MORILLO MARIA, RAMOS ALVAREZ MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología: Toxicidad
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Control epidemiológico de exposición a tóxicos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante mucho tiempo se han utilizado los plaguicidas en múltiples ámbitos, destacando la agricultura, aprovechando el efecto tóxico que ejercen sobre los distintos organismos. Dentro del conjunto de los plaguicidas, hay que destacar los plaguicidas organoclorados (POC), donde la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) los ha clasificado en el grupo 2B (posiblemente carcinogénico en humanos) a muchos de ellos (DDT, lindano, pentaclorofenol...). Los POC se incluyen dentro de los compuestos orgánicos persistentes, mostrando gran resistencia a la degradación biológica y química, así como su liposolubilidad que hace que se bioacumulen y se biomagnifiquen a través de la cadena alimentaria, aumentando así el riesgo para la salud humana. El problema de estas sustancias es su amplia distribución en el medio ambiente, y su permanencia habitual en los tejidos de los seres humanos, debido a su alta persistencia y escasa degradación, nos permite llevar a cabo estudios para poder determinar su presencia. Como dichos insecticidas, al ser liposolubles, se acumulan en tejidos grasos, la leche materna es una matriz óptima para realizar su detección y cuantificación. En el laboratorio de Toxicología disponemos de la infraestructura necesaria para realizar la determinación de los distintos insecticidas organoclorados mediante cromatografía de gases y espectrometría de masas. De esta manera, a través del Banco de Leche de Aragón, y previo consentimiento de la donante de leche, se obtendrán las muestras con las que realizaremos el estudio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1511

1. TÍTULO

PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE DETECCION DE INSECTICIDASORGANOCORADOS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

RESULTADOS ESPERADOS

Puesta a punto de una técnica de extracción de plaguicidas organoclorados de muestras de leche materna, y su posterior identificación y cuantificación mediante cromatografía de gases acoplado a espectrometría de masas (GC-MS).

MÉTODO

Control epidemiológico de exposición a tóxicos

INDICADORES

Se evaluará al cabo de un año el número de análisis realizados

DURACIÓN

La puesta a punto se estima que tendrá una duración de 6 meses tras el inicio del proyecto. Posteriormente se empezará a aplicar en muestras

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1505

1. TÍTULO

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA A LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR ETANOL ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ANA FERRER DUFOL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TOXICOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE
MENA O GUILLÉN SEBASTIAN
RAMOS SANCHEZ PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Previa revisión bibliográfica, se utilizó una copia anonimizada de la base de datos de intoxicaciones atendidas durante 2018 en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para recopilar datos poblacionales y variables a analizar, a partir de las cuales definir los casos de intoxicación etílica aguda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultaron 422 casos, casi la mitad de todos los atendidos. Mayoritariamente fueron sobredosis y en menor medida gestos suicidas. La mayoría no requirieron ingreso y en la mayoría de ellos se realizó análisis toxicológico. Lo más frecuente fue hallar etanol exclusivamente, y en menor medida asociado a otras drogas y/o fármacos. Un tercio de ellos contaban con más de una visita por intoxicación. La clínica más prevalente fue neurológica (destacando embriaguez y agitación). Aproximadamente la mitad de los casos recibieron fluidoterapia. Otros tratamientos frecuentes fueron benzodiazepinas y antieméticos. Aproximadamente en la mitad de los casos se determinaron glucemia, pH y bicarbonato. En la mayoría se recogió presión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura, siendo la frecuencia respiratoria la menos recogida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los criterios de calidad para el manejo de una intoxicación etílica aguda que se proponen son: realización de análisis toxicológico en todos los casos, realización de tomografía computarizada (TC) craneal en toda pérdida de conciencia en el contexto de caída extrahospitalaria con probable traumatismo craneoencefálico, recoger las 4 contantes básicas mínimas, realizar gasometría venosa cuando la clínica lo indique, manejar adecuadamente la agitación, no administrar antídoto cuando no está indicado, realizar las determinaciones bioquímicas adecuadas y asignación correcta del término "embriaguez".

7. OBSERVACIONES.

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 - 2019/0407

1. TÍTULO

PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE BEGOÑA ZALBA ETAYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIDRUEJO SAEZ RAQUEL
PELEGRIN DIAZ JUANA MARIA
CEBOLLADA DEL HOYO JESUS
MOZOTA DUARTE JULIAN
PALACIOS LASECA MARTA
DURAN MATEOS ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades:
Registro de las paradas cardíacas en el hospital.
Formación médicos que atienden las paradas en planta hospitalaria.
Calendario:
Se ha cumplimentado todos los meses del año como estaba marcado.
Recursos:
Hoja de cálculo Excell
Material:
Presentación PowerPoint para los talleres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores:

Tiempo de detección de inicio de RCP=

nº enfermos atendidos en 1º 4 minutos de PCR 30
-----x 100 = ----- = 100%
nº de enfermos con PC 30

Desfibrilación precoz=

nº enfermos desfibrilados en 1º 5 minutos 7
-----x 100 = ----- = 100%
nº de enfermos desfibrilados 7

Carros de atención a parada cardíaca completo=

Nº carros de PCR con material standarizado 28
-----x100 = ----- = 100%
Nº carros de PCR 28

Formación médicos que atienden paradas =

Nº médicos con curso de formación 20
-----x100 = ----- = 54%
Nº médicos no formados 37

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones
Los resultados de los tres primeros indicadores son muy buenos.
Debemos mejorar la formación anual a los médicos

Recomendaciones:

1. Programación con mayor antelación de cursos de formación de facultativos
2. Acreditación de los cursos de formación para las siguientes ediciones
3. Realizar más ediciones de cursos de formación para facultativos
4. Continuar con el seguimiento de las PCR intrahospitalarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0407

1. TÍTULO

PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

5. Mejorar la cumplimentación del registro actual

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/407 ===== ***

Nº de registro: 0407

Título
PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Autores:
ZALBA ETAYO BEGOÑA, RIDRUEJO SAEZ RAQUEL, PELEGRIN DIAZ JUANA MARIA, CEBOLLADA DEL HOYO JESUS, MOZOTA DUARTE JULIAN, PALACIOS LASECA MARTA, DURAN MATEOS ANTONIA

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: Parada Cardiorrespiratoria
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La parada cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria representa un problema sociosanitario y económico de gran magnitud. La organización de la respuesta ante una PCR en los hospitales no es un sistema estructurado y ágil. Si se mejora la respuesta asistencial, acortando los tiempos de inicio de la asistencia mediante la optimización de la cadena de supervivencia hospitalaria, existe la evidencia de que es posible disminuir la mortalidad y las secuelas que origina una PCR.
La incidencia de PCR hospitalaria es de 4-20 casos por cada 1000 enfermos, aproximadamente la mitad se produce fuera de las áreas de críticos y en el mejor de los supuestos, solo 1 de cada 6 sobrevive y es dado de alta. Extrapolando datos internacionales, en España el número de paradas subsidiarias de RCP superan 18000/año. La supervivencia de la PCR en hospitales es inferior al 20%.

La puesta en marcha del protocolo de RCP de nuestro hospital es reciente, con buen funcionamiento pero con parcelas mejorables. El estudio de nuestra situación podrá hacer posible mejorar la asistencia a la PCR y sus resultados.

RESULTADOS ESPERADOS
Tiempo de inicio de RCP menor de 3 minutos
Estándar 95%

Desfibrilación precoz menor de 5 minutos
Estándar 95%

Carro de atención a la parada completo
Estándar 95%

Formación médicos que atienden paradas de forma anual
Estándar 90%

MÉTODO
-Cursos de formación a facultativos que atienden la parada intrahospitalaria (3 ediciones mínimo al año)
-Cursos de formación a enfermería
-Informe anual sobre resultados de tiempo de atención y adecuación de desfibrilación
-Publicidad el día europeo de la Parada Cardíaca (16 de octubre) dando formación de RCP básica durante 8

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0407

1. TÍTULO

PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

horas de forma ininterrumpida dentro del hospital

-Revisión sistemática del carro de paradas y recordatorio del contenido necesario con paneles en cada planta

INDICADORES

nº enfermos atendidos en los primeros 3 minutos de PCR

-----x 100

nº de enfermos con PCR

nº enfermos dados desfibrilados en los primeros 5 minutos

-----x 100

nº de enfermos desfibrilados

Nº carros de PCR con material standarizado

-----x100

Nº carros de PCR

Nº médicos que atiende paradas con curso de formación

-----x100

Nº médicos que atiende paradas

DURACIÓN

Durante todo el año se desarrollarán las actividades previstas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0453

1. TÍTULO

CODIFICACION ESTANDARIZADA DE LOS INFORMES DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE JUAN JOSE ARAIZ BURDIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZALBA ETAYO BEGOÑA
VELILLA SORIANO CARMEN
SANCHEZ POLO CARLOS
EDROSO JARNE PALOMA
OCABO BUIL PAULA
LOZANO GOMEZ HERMINIA
MATUTE GUERRERO ALMUDENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Recogida y análisis de la cumplimentación de los diagnósticos y procedimientos debidamente codificados así como la escala APACHE recogida en las altas hospitalarias emitidas por el Servicio de Medicina Intensiva de nuestro hospital.

La revisión se llevó a cabo de los informes realizados en las tres secciones de nuestro servicio desde el 01/01/19 al 31/12/19.

Se ha utilizado la base de datos ICCIP de UCI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestro trabajo consiste en conocer el grado de cumplimentación de los ítems citados. El estándar establecido ha sido el 90%.

Indicadores:

nº informes de alta con diagnósticos y procedimientos 1461

-----x 100 = ----- = 82.03%

nº de enfermos dados de alta del SMI 1781

nº informes de alta del SMI con la escala APACHE II 1114

-----x 100 = ----- = 62.54%

nº de enfermos dados de alta del SMI 1781

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

Los resultados son inferiores al estándar deseado con baja cumplimentación sobre todo de la escala APACHE. No obstante, ha aumentado casi en un 20% la cumplimentación de ambos indicadores.

El registro de los procedimientos, diagnósticos y APACHE debe mejorar hasta lograr el estándar establecido.

RECOMENDACIONES:

- Información a los facultativos de los resultados obtenidos y recordatorio sobre la debida cumplimentación de los datos en el informe de alta

- Implicar a todo el personal médico para tener a su alcance una base de datos fiable y poder utilizar las herramientas estadísticas con fines académicos o de otra entidad (información de indicadores de gestión, grupos de trabajo, mejora de calidad...)

- Mejorar la fiabilidad de análisis estadísticos futuros sobre la actividad y complejidad de los pacientes ingresados en cada unidad de cara a mantener/solicitar recursos humanos/materiales

- Recordatorio periódico de la necesidad y valor de la codificación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0453

1. TÍTULO

CODIFICACION ESTANDARIZADA DE LOS INFORMES DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/453 ===== ***

Nº de registro: 0453

Título
CODIFICACION ESTANDARIZADA DE LOS INFORMES DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores:
ARAIZ BURDIO JUANJO, ZALBA ETAYO BEGOÑA

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: Monitorización/estructura
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
3.1.- Evaluación
El informe de alta es el documento médico técnico- legal obligatorio que resume la asistencia prestada al paciente e informa acerca del diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que se deben seguir. Su calidad resulta cada vez más necesaria para pacientes, profesionales sanitarios y gestores debido a los múltiples usos de su contenido.

La codificación de los diagnósticos, procedimientos y pruebas diagnósticas permite tratar estadísticamente dicha información y realizar una triple lectura sobre la casuística atendida por un servicio clínico u hospital: complejidad de los casos atendidos, eficiencia en su resolución y calidad de los resultados clínicos en términos de mortalidad, complicaciones o reingresos.
Se ha descrito que la calidad de los informes de los pacientes que fallecen es notablemente inferior a la de los que son dados de alta con vida. A menudo no se termina de redactar estos informes o, si se hace, suelen contener menos información sobre las patologías acompañantes.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo perseguido será que todos los informes de alta contengan la codificación de los diagnósticos, tanto los primarios como secundarios, los procedimientos realizados -que incluyen algunas pruebas diagnósticas más complejas- y la escala APACHE II.
La inclusión de todos estos datos permitirá un análisis estadístico más fiable de la actividad realizada en cada unidad y nos informará de la complejidad de la misma y la de los pacientes ingresados.
En cuanto a los informes de alta de éxitos, si su calidad aumenta será posible conocer más datos de la mortalidad intraUCI que podría ser útil para estudio de las causas y relación con factores propios de cada patología.

MÉTODO
Recordar a cada unidad de forma periódica que se deben rellenar los datos de diagnósticos, procedimientos y APACHE II antes del alta del paciente.
Información a los facultativos trimestralmente por parte de los jefes de sección/jefe de servicio de la cuantificación de los informes de alta completos realizados.

INDICADORES
nº enfermos dados de alta del SMI con diagnósticos y procedimientos

-x 100
nº de enfermos dados de alta del SMI

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0453

1. TÍTULO

CODIFICACION ESTANDARIZADA DE LOS INFORMES DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

nº enfermos dados de alta del SMI con la escala APACHE II
-----x 100
nº de enfermos dados de alta del SMI

DURACIÓN
Durante 2018 y 2019 (2 años)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0688

1. TÍTULO

VALORACION DE POSIBLES DONANTES DENTRO Y FUERA DE LA UCI

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ VIRGOS SEÑOR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OCABO BUIL PAULA
EDROSO JARNE PALOMA
LOZANO GOMEZ HERMINIA
ASIN CORROCHANO MARTA OLGA
SIMON CASAMIAN ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mediante recogida de datos correspondientes a los Exitus de UCI, Urgencias y Neurología, de forma mensual, analizar anualmente las posibles pérdidas existentes como posibles donantes en pacientes con lesiones encefálicas devastadoras, sin contraindicación para donación.

COMO INDICADORES, se analizaron:

1º) -nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras que no son donantes/ nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras que sí son donantes.

2º) -nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras no informados al CTx. / nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras sí informados al CTx.

Según los resultados obtenidos, realizar reuniones de trabajo periódicas, con los mencionados Servicios, para formar y aconsejar, y evitar la pérdida de estos casos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a los indicadores analizados:

1º) 37/19
2º) 5/35

Todo ello mediante el acceso a las H^aC^a y a los informes de ingreso y Exitus de los Servicios implicados, y los registros realizados como indicadores de calidad para la ONT.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras el análisis de los indicadores, y de la eficacia de las reuniones periódicas con los Servicios implicados, se demuestra que se han seguido perdiendo posibles donantes, pese a la realización de reuniones de trabajo periódicas y charlas de concienciación.

Hay que insistir en los equipos profesionales implicados en la necesidad de avisar a los equipos de Coordinación de Trasplantes, en enfermos con lesiones encefálicas devastadoras, que puedan ser posibles donantes.

7. OBSERVACIONES.

Se insiste en que en caso de duda, se contacte con el equipo de Coordinación, mediante los teléfonos móviles corporativos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/688 ===== ***

Nº de registro: 0688

Título
VALORACION DE POSIBLES DONANTES DENTRO Y FUERA DE LA UCI

Autores:
VIRGOS SEÑOR BEATRIZ, AMOR LOSCERTALES ALICIA, SIMON CASAMIAN ROSA, ASIN CORROCHANO MARTA, OCABO BUIL PAULA, EDROSO JARQUE PALOMA, LOZANO GOMEZ HERMINIA, ARCHE BANZO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0688

1. TÍTULO

VALORACION DE POSIBLES DONANTES DENTRO Y FUERA DE LA UCI

Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A raíz del estudio ACCORD patrocinado por la ONT, se detectó en el HCU la existencia de un fallo en el proceso de detección de pacientes con lesiones encefálicas devastadoras, que podrían haber sido donantes de órganos, en algunos de los Servicios del Centro (UCI, Urgencias, Neurología y Neurocirugía). Con posterioridad se aplicó una línea de mejora que logró disminuir la pérdida de estos posibles donantes, aunque se siguieron observando pérdidas puntuales de los mismos.
Se propone mantener las líneas de actuación sugeridas por los resultados del estudio ACCORD, para minimizar aún más estas posibles pérdidas.

RESULTADOS ESPERADOS
Lograr que la pérdida de posibles donantes entre los enfermos con lesiones encefálicas devastadoras sin contraindicación para donación, sea nula, y así disminuir de forma indirecta la lista de espera para trasplante (hepático y renal fundamentalmente) de pacientes de nuestra Comunidad Autónoma.

MÉTODO
Mediante recogida de datos correspondientes a los Exitus de UCI, Urgencias y Neurología, de forma mensual, analizar las posibles pérdidas existentes como posibles donantes en pacientes con lesiones encefálicas devastadoras, sin contraindicación para donación.
Según los resultados obtenidos, realizar reuniones de trabajo periódicas, con los mencionados Servicios, para formar y aconsejar, y evitar la pérdida de estos casos.

INDICADORES
-Indicadores:
nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras que no son donantes/ nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras que sí son donantes.
nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras no informados al CTx. / nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras sí informados al CTx.
-Evaluación: Semestral. Análisis de los indicadores, y de la eficacia de las reuniones periódicas con los Servicios implicados.

DURACIÓN
-Evaluación: Semestral. Análisis de los indicadores, y de la eficacia de las reuniones periódicas con los Servicios implicados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0752

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

Fecha de entrada: 29/02/2020

2. RESPONSABLE CAROLINA FUERTES SCHOTT
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DURAN MATEOS ANTONIA
RAMOS ABRIL VANESA
PEÑARANDA GARCIA EVA
SENAR ARRUEBO ANA ISABEL
SANCHEZ MONTORI LAURA
RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los objetivos de este proyecto eran:

- Fomentar el seguimiento multidisciplinar para asegurar la correcta colocación de las pulseras transfusionales en todos los pacientes ingresados en UCI. Como única excepción a este procedimiento, eran los pacientes que precisan transfusión de extrema urgencia.
- Evaluar y estandarizar las distintas localizaciones en las que se puede colocar la pulsera transfusional en un paciente de UCI, cuando no es posible ponerlas en la situación indicada, que sería la muñeca.
- Evitar los efectos adversos de una transfusión errónea en un receptor no identificado correctamente.

Con respecto a las actividades realizadas, haciendo constar que se cumplió con el calendario establecido previamente, fueron las siguientes:

- Abril 2019: reunión inicial con el equipo de enfermería de la UCI que participa en el proyecto, para recordar el programa y para estandarizar las nuevas indicaciones de localización de las pulseras identificativas.
- Mayo, junio y julio 2019: registro de las transfusiones en la UCI quirúrgica en documento de recogida de datos que presentaba los siguientes puntos:
 - 1º) si se colocó la pulsera pretransfusional.
 - 2º) en que lugar se colocó la misma.
 - 3º) si se retiró la pulsera en las primeras 48 horas postransfusión.
 - 4º) si hubo algún efecto adverso durante la transfusión por la mala identificación del paciente.
- Septiembre 2019: análisis de los datos obtenidos en el registro.
- Diciembre 2019: Reunión con el equipo y búsqueda de áreas de mejora a tenor de los resultados. Envío de memoria de seguimiento en la plataforma habilitada para ello.

Los recursos empleados para este proyecto han sido:

- Humanos: personal médico y de enfermería de UCI
- Materiales: pulseras transfusionales del Banco de Sangre, material ofimático del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados fueron los siguientes:

Durante dicho periodo, se realizó un total de 47 transfusiones. Se colocó la pulsera en 45 de ellos. Respecto al lugar de colocación de las pulseras identificativas, fue en un 80% de los casos en la muñeca del paciente, un 15% en el cabecero de la cama del paciente y 5% se dejó en la carpeta individual que tenemos asignado a cada paciente ingresado.

Se retiró dicha pulsera en un periodo menor de 48 horas en 39 pacientes (83%) y en un periodo mayor de 48 horas en 13 pacientes (27%). No hubo efectos adversos durante las transfusiones.

El indicador utilizado fue:

Nº de pulseras identificativas de transfusión / Nº de pacientes transfundidos= 96%

El indicador se extrajo de la información publicada en el siguiente manual por el Ministerio de Sanidad, Política Social y e Igualdad.

McClelland, DBL. Pirie, E. Franklin, IM. Manual de uso óptimo de Componentes Sanguíneos. Por un uso seguro, eficiente y clínicamente eficaz de la sangre en Europa. Informes, estudios e investigación 2011. Ministerio de Sanidad, Política y Igualdad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras el análisis de los resultados, se observa que la identificación de los pacientes trasfundidos en UCI es adecuada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0752

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

El 4% de pacientes no identificados, se corresponde con pacientes con transfusiones de extrema urgencia que fueron excluidos del protocolo.

Siempre se debería colocar la pulsera identificativa en la muñeca del paciente, y en el caso que no sea posible (vías venosas, arteriales, heridas, vendajes, etc) debería colocarse en el cabecero de la cama de UCI de dicho paciente, intentando minimizar la colocación de las pulseras en las carpetas asignadas a cada paciente, puesto que puede inducir a errores trasfusionales.

Un aspecto a mejorar, sería la retirada de la pulsera en las primeras 48 h tras la transfusión, como queda recogido en el protocolo de la Comisión de Transfusiones.

Al encontrarnos en un entorno como la UCI, con la ventaja de tener informatizado el procesos asistencial al paciente crítico, podríamos beneficiarnos de la creación de órdenes médicas o de enfermería en el sistema de gestión del paciente crítico (ICIP® Philips) en relación a la colocación de la pulsera pretransfusional, con una orden de alerta de retirada a las 48 horas.

Creemos que es un proyecto sostenible ya que no requiere mucho material ni medios para desarrollarlo, y con una alta tasa de replicabilidad futura.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/752 ===== ***

Nº de registro: 0752

Título
OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

Autores:
FUERTES SCHOTT CAROLINA, DURAN MATEOS ANTONIA, RAMOS ABRIL VANESA, PEÑARANDA GARCIA EVA, SENAR ARRUEBO ANA ISABEL, SANCHEZ MONTORI LAURA, RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN

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: Sangrado activo que precisa transfusión de hemoderivados
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Existe en el hospital un procedimiento para la solicitud, aplicación y trazabilidad de hemoderivados, que fue realizado por la Comisión de Transfusiones en abril del 2013. En esta revisión, se incluye la necesidad de colocar una pulsera de seguridad transfusional al paciente, que lo asocie con la muestra que se va a extraer, con la solicitud previamente cumplimentada, y con el hemoderivado solicitado. Esto debería llevarse a cabo en todos los pacientes del hospital que van a recibir una transfusión.

Sin embargo, dadas las dificultades que presentan los pacientes de la UCI para colocar las pulseras de identificación y de transfusión en la muñeca (ya sea por edema, vías venosas y arteriales, vendajes...), resulta complicado cumplir este objetivo, y sólo un pequeño porcentaje de pacientes de UCI llega a tener esta pulsera en su lugar correspondiente.

RESULTADOS ESPERADOS

Por todo ello, dado que se trata de la seguridad en el manejo de hemoderivados, que en los pacientes de UCI su empleo es muy frecuente, y que además estos pacientes en la mayoría de los casos tienen un bajo nivel de consciencia, parece útil buscar una estrategia de optimización en la identificación de pacientes que van a recibirlos. Los objetivos de este proyecto son:

- Fomentar el seguimiento multidisciplinar para asegurar la correcta colocación de las pulseras transfusionales en todos los pacientes ingresados en UCI. Como única excepción a este procedimiento se recoge la solicitud de sangre de extrema urgencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0752

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

- Evaluar y estandarizar las distintas localizaciones en las que se puede colocar la pulsera transfusional en un paciente de UCI, cuando no es posible ponerlas en la situación indicada, que sería la muñeca.
- Evitar los efectos adversos de una transfusión errónea en un receptor no identificado correctamente.

MÉTODO

- Reunión inicial con el equipo de enfermería y auxiliares de la UCI para identificar las localizaciones alternativas a la muñeca en la que se podrían colocar las pulseras transfusionales de seguridad.
- Protocolización de las nuevas indicaciones de localización de las pulseras.
- Establecimiento de varias reuniones con Enfermería y Auxiliares de la UCI para transmitir la necesidad de colocación de estas pulseras, y mostrar el nuevo protocolo que facilitará el cumplimiento de la identificación.
- Seguimiento de la puesta en marcha del nuevo protocolo.

INDICADORES

- Número de pacientes transfundidos / número de pulseras identificativas de transfusión > 99%. Excepcionalmente es posible que existan situaciones de emergencia en las que no sea posible por tiempo llegar a colocar la pulsera en su debido lugar.
- Tasa de efectos adversos transfusionales asociados a una mala identificación del paciente.

DURACIÓN

- Marzo 2019: Primer contacto y reunión tanto con Enfermería como con auxiliares para valorar las localizaciones alternativas a la colocación de la pulsera de seguridad transfusional en la muñeca del paciente en UCI. Concretar la duración de la colocación de la pulsera identificativa, así como asegurarnos de su retirada (en la guía se establece retirarla 48 horas tras la transfusión si no se necesita más sangre).
- Marzo 2019: Reunión con los distintos turnos de enfermería en sesiones de 10 minutos para explicar tanto la necesidad de colocación de la pulsera, como las alternativas propuestas a la localización en la muñeca.
- Abril 2019- Junio 2019: Seguimiento de todos los pacientes sometidos a transfusión en la UCI quirúrgica, para ver si se cumplen las normas de actuación.
- Julio 2019: Análisis de resultados. Si éste no es positivo, evaluar las causas por las que no se ha identificado al paciente correctamente con la pulsera, y plantear nuevos objetivos/localizaciones.

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 - 2016/0729

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 BLESA

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 BLESA

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:

a) 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).

b) Se contactó con el facultativo responsable del servicio receptor en planta en el momento del alta.

c) 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 facultativos/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 Vasculor, Neurocirugía y Traumatología.

d) 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.

e) 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:

1. De los 170 pacientes que se siguieron, 96 (el 56,5%) permanecieron estables y no fue necesaria ninguna actuación por nuestra parte.

2. En 2 pacientes (1,2%) se decidió limitación de las terapias de soporte vital (LTSV) y no se les reingresó nuevamente en UCI.

3. En 6 pacientes (3,5%) se procedió a reorientación diagnóstica.

4. 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 - 2018/0880

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL HCU "LOZANO BLESA" COMO DATO OBLIGATORIO EL N° DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ANA CARMEN PEÑA NEBRA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCL
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDREU GIRAL ELENA
GIMENO ZAPATA MARIA PILAR
HERRANDO BAYO FRANCISCA
LOU GUILLEN RAQUEL
GARCIA LOZANO MARIA ISABEL
FUSTERO MARTIN MARIA ISABEL
VALERO MARTIN ENAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Desde el 1 de junio a diciembre de 2018 se ha estado realizando por parte del personal administrativo de la UCL (componentes del equipo del proyecto de mejora y responsable) el registro del número de Tarjeta Sanitaria (CIA) en cada una de las peticiones de analítica recibidas a través de la UCL del HCU "Lozano Blesa" del sector III, como dato necesario para que los resultados de las analíticas se incluyan en la HISTORIA ELECTRONICA del paciente.

2. En las peticiones que no consta historia para capturar los datos del paciente, y tenemos como único dato identificativo la fecha de nacimiento nos ha sido imposible introducir el TIS al registrar la petición de la analítica. En estos casos, al final de la mañana, se exporta la lista total de peticiones de analíticas del día a una hoja Excel para seleccionar los pacientes sin CIA.

3. Sobre esa selección, la responsable del proyecto, utilizando como recurso la INTRANET CLINICA, busca por apellidos y nombre al paciente y comprueba que coincide la fecha de nacimiento de la petición para copiar el CIA, e introducirlo en los datos demográficos del paciente de la base de datos de MODULAB (programa de laboratorio).

4. Paralelamente, se lleva contaje y estadística diaria y mensual utilizando como herramienta una tabla dinámica de Excel, de todos los pacientes corregidos con datos, sin datos, sin introducir, PE corregidas, etc. de los cuales se han sacado los indicadores de valoración.

5. Se han realizado tres Actas: una al inicio del proyecto explicando los objetivos y dando las instrucciones pertinentes, otra de seguimiento con las dificultades encontradas y actividades realizadas, y una finalizar el proyecto analizando los resultados y avances obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el inicio del proyecto en junio de 2018 a diciembre se ha alcanzado un 99,59% de las peticiones correctas con número de Tarjeta Sanitaria incorporado a la analítica una vez realizadas las correcciones aplicadas. Los resultados han ido variando mensualmente, según el volumen de peticiones recibidas, siendo octubre el mes con más peticiones realizadas (50.900), consiguiendo un total de 50.561 con n° de CIA después de un 50,34% de correcciones.

En diciembre de 2018, se ha corregido la mitad de las peticiones, hasta llegar a alcanzar el 99,59% de peticiones correctas.

Teniendo en cuenta que el objetivo a alcanzar con el proyecto era el 100 % y habiéndose encontrado con un 49% de peticiones sin datos para poder realizar la inclusión del CIA, hemos tenido unos resultados excelentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo ha puesto en común a lo largo del desarrollo del proyecto, todas las dificultades que se han encontrado en las peticiones sin datos identificativos del paciente. En la mayor parte peticiones que utilizan tarjeta grafitada sin Hª ni fecha de nacimiento del paciente.

Se decide pedir la tarjeta sanitaria al paciente cuando se pueda, al registro de la analítica como medida de recomendación para utilizar.

En diciembre de 2018, se concluye el proyecto con resultado positivo viendo los objetivos alcanzados y se acuerda seguir incluyendo el n° de CIA como medida necesaria a aplicar indefinidamente siguiendo con la implicación del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0880

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL HCU "LOZANO BLESA" COMO DATO OBLIGATORIO EL N° DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE

*** ===== Resumen del proyecto 2018/880 ===== ***

Nº de registro: 0880

Título

REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL H CU LOZANO BLESA COMO DATO OBLIGATORIO EL N° DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE

Autores:

PEÑA NEBRA ANA CARMEN, ANDREU GIRAL ELENA, GIMENO ZAPATA MARIA PILAR, HERRANDO BAYO FRANCISCA, LOU GUILLEN RAQUEL, GARCIA LOZANO MARIA ISABEL, FUSTERO MARTIN MARIA ISABEL, VALERO MARTIN ENAR

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: ANALITICAS SOLICITADAS A LOS SERVICIOS CENTRALES DEL LABORATORIO DEL SECTOR III
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los resultados de las analíticas recibidas que se registran en la UCL del HCU LOZANO BLESA, sin el número de tarjeta sanitaria no pasan a la historia electrónica del paciente con lo cual no pueden ser visualizadas por los facultativos y hacer un seguimiento evolutivo de su patología.
Se realiza todo el proceso de pre analítica y post analítica con su correspondiente coste económico y de trabajo si no se introduce su numero de CIA no pasa a la historia clinica electrónica.
Además supone un porcentaje de reclamaciones de estas analíticas sin CIA (nº de tarjeta sanitaria) que conlleva un importante tiempo de búsqueda posterior para encontrar la analítica solicitada.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera conseguir que la totalidad de las analíticas que a través de la UCL del HCU LOZANO BLESA sean registradas y el resto de analíticas que sean registradas para todo el HCU tengan el número de tarjeta sanitaria correspondiente para su inclusión en la historia clinica electrónica del paciente y cualquier facultativo de cualquier sector pueda acceder a ellas.

MÉTODO

Introducir el número de tarjeta sanitaria (CIA) a mano en la totalidad de las analíticas que se reciban en la UCL y las que se reciban de todas las peticiones al HCU LOZANO BLESA.
Asegurando que los datos del paciente se correspondan exactamente a su tarjeta sanitaria y que todas las analíticas estén en las correspondientes historias clinicas electrónicas de los pacientes analizados.

INDICADORES

El indicador representará el porcentaje de analíticas sin CIA frente al total de las analíticas revisadas.
Alcanzar el 100 % de analíticas con su correspondiente CIA (numero de tarjeta sanitaria).

DURACIÓN

La duración será anual hasta el 31 de diciembre de 2018 prorrogable hasta que exista la necesidad.
Se realizarán reuniones semanales, para realizar muestreo previa visualización y corrección de cualquier omisión o error de identificación de tarjeta sanitaria de cada analítica registrada durante la semana.
En los indicadores quedará registrado el número de analíticas sin CIA por error u omisión.
La fecha inicial será del 1 de junio de 2018

OBSERVACIONES

Si algún componente del equipo deja de serlo o es sustituido por otro, se puede realizar el cambio o sustitución mientras la elaboración del proyecto.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0880

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL HCU "LOZANO Blesa" COMO DATO OBLIGATORIO EL Nº DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE

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 - 2016/1754

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 - 2018/0104

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE JULIAN MOZOTA DUARTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ BONAGA MARIA
COSTAN GALICIA JOAQUIN
CASCAN HERREROS PILAR
GUILLEN ANTON JULIA
CHAURE PARDOS ARMANDO
LOPEZ MENDOZA HECTOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Reuniones del Grupo de Trabajo:

- 15 marzo, 22 marzo, 4 mayo, 22 junio, 11 julio, 25 septiembre, 16 noviembre, 14 diciembre.

2.- Resultados de las auditorías realizadas por el grupo:

Primera.- 20 marzo, utilización oxígeno en pacientes ingresados:

- 611 pacientes ingresados en el hospital, de los cuales 185 (30,9%) estaban en tratamiento con oxígeno.
- Hay variabilidad en los pulsioxímetros que se utilizan, con una elevada utilización de los pulsioxímetros individuales.

- Muchos de los dispositivos (como gafas o mascarillas), continuaban colgados en la habitación días después de dejar de ser utilizados.

Segunda.- Abril, Prescripción de oxígeno:

- Mediante muestreo se analizaron un total de 67 pacientes, de los que 29 (30%) llevaban oxígeno.

- 25 (86%) lo tenían prescrito, 60% se prescribió en planta y 40% en urgencias.

- La interfase estaba prescrita en 22 pacientes (88%).

- El flujo estaba prescrito en 21 pacientes (84%).

- Se prescribió la modificación de O2 según saturación de oxígeno en 7 pacientes (28%).

- Se realizó gasometría a 26 pacientes (89%), arterial en 68% casos y venosa 42%.

- Presentaban sat O2 en rango (Sp O2 entre 92 y 96 si no tiene tendencia a la retención de CO2 o Sp O2 entre 89 y 92 si tiene tendencia a la retención de CO2) 13 pacientes (45%), siendo la causa de fuera de rango un exceso de saturación O2 en el 95%.

- En los pacientes con tendencia a la retención estaba en rango en 6 pacientes (37%), siendo la causa de fuera de rango un exceso de saturación O2 en el 100% de los casos.

- Con estas auditorías pudimos constatar que en nuestro hospital es muy frecuente la administración de oxígeno medicinal a los pacientes ingresados. Además, también pudimos ver que existe un amplio margen de mejora tanto en la indicación de la prescripción, como en la cumplimentación de la misma. El objetivo de este procedimiento es intentar mejorar en estos aspectos, dados los riesgos que puede ocasionar un mal uso del oxígeno medicinal.

Tercera.- Abril, O2 en UCI:

- 19 de abril: se analizaron 22 pacientes: 68% VMI, 9% VMNI, 5% oxígeno alto flujo, 13% otros dispositivos O2, 5% sin oxígeno.

3.- Documentos elaborados.

RPC-110, Protocolo de oxigenoterapia en paciente adulto hospitalizado.

Elaborado por los miembros del grupo de trabajo en el periodo de mayo a septiembre. Revisado por Comisión de Revisores con fecha 17 de octubre. Aprobado por Comisión de Dirección el 13 de noviembre de 2018.

4.- Plan difusión.

En la reunión del 16 de noviembre se trata como único punto del orden del día las estrategias para su difusión, concluyendo que se van a realizar las siguientes actividades:

- Colgado en la intranet del hospital.

- Cartel resumido para controles de enfermería.

- Presentación breve de 2-3 diapositivas para enfermería, utilizadas como apoyo en visitas breves 5-10' a los controles de enfermería.

- Para 2019: vídeo con dispositivos de administración O2.

- Para facultativos: sesión hospitalaria el 19 de diciembre, posteriormente sesión en MI y en Urgencias.

- Sesión con enfermería de anestesia.

En la reunión del 14 de diciembre se revisa el cartel para controles de enfermería. Se diseñan unas pegatinas para poner en cada fuente de oxígeno: "No tocar oxígeno, manipular solo por enfermería".

En la reunión de Comisión de Dirección del 15 de enero se aprueba la impresión de carteles para los controles de enfermería y la impresión de las pegatinas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Mapa de recursos materiales relacionado con oxigenoterapia: Sí realizado.

2. % de pacientes con oxigenoterapia que mantienen la saturación en rango (en al menos un 80% de los registros). Resultado obtenido: 37%; la mayor parte pacientes presentaban una saturación por encima de rango. (Estándar: > 70%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0104

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

3. % de pacientes con oxigenoterapia en los que hay prescripción por escrito. Resultado obtenido: 86% (Estándar: > 95%)

Estos resultados son los que el hospital tiene en los indicadores propuestos antes de realizar la intervención en las unidades: difusión del Protocolo, carteles, pegatinas, etc.

Otros resultados conseguidos:

- Elaboración del RPC-110, Protocolo de oxigenoterapia en paciente adulto hospitalizado.

- Difusión del Protocolo, ya ha sido colgado en la intranet, se ha realizado sesión hospitalaria y se ha iniciado la difusión en las unidades de enfermería, habiendo elaborado para ello carteles y pegatinas, que han sido diseñados por el equipo de trabajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo que impulsa este Proyecto considera fundamental para nuestro Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" la existencia de un Protocolo que aborde el manejo de la oxigenoterapia, y que se convierta en la herramienta que permita una formación adecuada para todos los profesionales implicados en la atención a los pacientes.

Uno de los problemas que hemos constatado en el análisis de nuestra práctica es la sobreutilización del oxígeno: el principal motivo por el que no están nuestros pacientes en rango terapéutico es porque están por encima de rango, situación que puede desencadenar una acidosis respiratoria que provoque coma y requerimientos de ventilación mecánica, con la morbilidad añadida y el consumo de recursos que se requieren.

Estamos satisfechos con los resultados conseguidos hasta ahora, este año trabajaremos en las unidades para difundir las recomendación y esperamos conseguir un adecuado manejo de la oxigenoterapia, lo que nos permitirá conseguir los objetivos clínicos planteados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/104 ===== ***

Nº de registro: 0104

Título
ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

Autores:
MOZOTA DUARTE JULIAN, HERNANDEZ BONAGA MARIA, COSTAN GALICIA JOAQUIN, CASCAN HERREROS PILAR

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 .: Adecuación

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oxigenoterapia es un método terapéutico de utilización muy frecuente en los pacientes hospitalizados, su inadecuado manejo puede ocasionar daño en los pacientes.

Se han identificado los siguientes puntos críticos:

. Elevado porcentaje de pacientes del hospital en tratamiento con O2

. Exceso de gasometría con muestra arterial

. No uso adecuado de las nuevas posibilidades de administración de oxígeno, como el oxígeno de alto flujo

. Sería posible un uso más racional y eficiente del recurso de VMNI

RESULTADOS ESPERADOS

1. Obtener el compromiso de adhesión a las recomendaciones en un 25% de las plantas de hospitalización en el primer año y en un 50% en el segundo año (en dependencia de lo obtenido en el primer año).

2. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización (disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI)

3. Mejorar del porcentaje de pacientes que permanecen durante su ingreso con SatO2 entre 92 y 100% (o el que se defina como rango óptimo. Porcentaje a valorar en dependencia de la situación basal)

4. Mejorar la prescripción de oxigenoterapia en planta: registro en órdenes de tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0104

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

5. Mejorar la coherencia entre la prescripción y la administración de O2.
6. Limitar la obtención de muestras de sangre arterial para la realización de gasometría a las indicaciones correctas.
7. Detectar precozmente las necesidades de terapia intensiva o monitorización continua
8. Registrar la SatO2 en el registro de enfermería (GACELA) acorde con la prescripción médica

MÉTODO

1. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización (disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI).
2. Elaboración de una guía de manejo de la oxigenoterapia en planta de hospitalización.
3. Inclusión en cartera de servicios de O2 alto flujo
4. Cumplimiento del protocolo de oxigenoterapia
5. Curso: manejo de la VMNI
6. Asegurar la disponibilidad de pulsioximetría en todas las áreas en las que se pauten oxigenoterapia
7. Registro de sat O2 como signo vital en el registro de enfermería (GACELA)
8. Conocer la ubicación y disponibilidad de los recursos para VMNI y O2 de alto flujo.
9. Definición de recomendaciones clave.
10. Análisis del cumplimiento de dichas recomendaciones: definición del método, recogida de datos y análisis de los mismos.
11. Auditoría al inicio del proyecto y semestral para medir, en una muestra de pacientes el número de pacientes con prescripción de oxigenoterapia.
12. Difusión del inicio del proyecto, de la guía y de los resultados de la auditoría

INDICADORES

1. Mapa realizado al final de primer trimestre del año. (Estándar: SÍ).
2. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con oxigenoterapia que mantienen la saturación en rango (en al menos un 80% de los registros). (Estándar: > 70%)
3. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con oxigenoterapia en los que hay prescripción por escrito. (Estándar: > 95%)
4. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes en los que la prescripción es coherente con la administración. (Estándar: > 80%)
5. AUDITORIA SEMESTRAL: % de GSA que cumplen con la indicación de toma de muestra arterial. (Estándar: >75%)
6. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con hipoxemia al ingreso en UCI que presentan la sat O2 baja desde hace menos 24 horas. (Estándar: >60%).
7. AUDITORIA SEMESTRAL: % pacientes con correcto registro de SatO2 en gacela. (Estándar > 90%)

DURACIÓN

1. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización (disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI): enero- marzo 2018.
2. Elaboración de una guía de manejo de la oxigenoterapia en planta de hospitalización. Enero- julio 2018.
3. Inclusión en cartera de servicios de O2 alto flujo. Primer semestre 2018.
4. Curso: manejo de la VMNI. Abril- mayo 2018.
6. Asegurar la disponibilidad de pulsioximetría en todas las áreas en las que se pauta oxigenoterapia. Marzo 2018.
7. Registro de sat O2 como signo vital en el registro de enfermería (GACELA). Enero- diciembre 2018.
8. Conocer la ubicación y disponibilidad de los recursos para VMNI y O2 de alto flujo. enero- marzo 2018.
9. Definición de recomendaciones clave. Febrero- junio 2018.
10. Análisis del cumplimiento de dichas recomendaciones: definición del método, recogida de datos y análisis de los mismos. Febrero- junio 2018.
11. Auditoría al inicio del proyecto y semestral para medir, en una muestra de pacientes el número de pacientes con prescripción de oxigenoterapia. Primer y cuarto trimestre 2018.
12. Difusión del inicio del proyecto, de la guía y de los resultados de la auditoría. enero - diciembre 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 - 2018/0104

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

Fecha de entrada: 31/01/2020

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.

COSTAN GALICIA JOAQUIN
CASCAN HERREROS PILAR
GUILLEN ANTON JULIA
CHAURE PARDOS ARMANDO
OBON AZUARA BLANCA
LOPEZ MENDOZA HECTOR
ROMAN CALDERON FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Documentos elaborados.

RPC-110, Protocolo de oxigenoterapia en paciente adulto hospitalizado.

Carteles resumen para controles de enfermería: destacando la situación clínica, el dispositivo recomendado y el objetivo terapéutico (saturación O2)

Pegativas adhesivas en cada toma de oxígeno: No tocar Oxígeno A manipular por Enfermería.

2.- Plan de Formación.

Sesión hospitalaria en la que se presentó el Protocolo.

Sesión en salón de actos a Enfermería.

Sesión breve en cada Unidad de Enfermería, en la que se hizo entrega de los carteles y se colocó en cada toma de oxígeno una pegatina: "No tocar oxígeno, manipular solo por enfermería".

3.- Plan difusión.

Disponibilidad del Protocolo en la intranet del hospital.

Carteles en la unidades de hospitalización.

Recordatorio en cada dispositivo de administración de oxígeno.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado en cuanto a documentos, difusión y formación el grupo lo considera adecuado.

Para la evaluación de la práctica clínica se realizó una auditoría mediante un corte transversal con la misma metodología que se realizó previamente a la implantación de las medidas propuestas en el Proyecto: se incluyó una muestra aleatorizada de pacientes que se encontraban ingresados en 7 unidades representativas, a saber: Cirugía General (A y B), Neumología, Neurología, Medicina Interna (A y R) y Traumatología.

Por una parte, se comprobó el uso de oxigenoterapia a cabecera del paciente, revisando primero la existencia o no de tratamiento con oxígeno, la interfase empleada en caso de que dicho tratamiento estuviera presente, los parámetros de flujo de oxígeno y fracción de oxígeno inspirado (FiO2), así como la saturación de oxígeno (Sat O2) que presentaba cada paciente a ese momento. Por otro lado, se llevó a cabo la auditoría de las historias clínicas correspondientes, de cara a la identificación de la prescripción de oxigenoterapia.

La auditoría incluyó a 118 pacientes, de los cuales el 31% [30% en 2018] estaba recibiendo oxígeno en el momento de la revisión. La gran mayoría, un 86%, lo hacían mediante gafas nasales, mientras que el 14% restante presentaban mascarilla como método de administración.

Se encontró evidencia de prescripción de oxigenoterapia en el 83% [86% en 2018] de los casos. De estas, el 77% se realizó desde Urgencias, mientras que el 23% restante correspondieron a prescripciones hechas desde la planta de ingreso hospitalario correspondiente [40% en urgencias y 60% en planta en 2018].

Asimismo, el prescriptor indicó la interfase a emplear en el 93% [88% en 2018] de las ocasiones, siendo los porcentajes de prescripción del 80% y 20% para gafas nasales y ventimask respectivamente, no encontrándose en ningún caso la prescripción de oxigenoterapia mediante reservorio.

En el 92% de los casos, los flujos encontrados se correspondieron con los valores contemplados en el protocolo de oxigenoterapia del HCULB para las distintas interfases. Los tres casos situados por fuera del rango contemplado, lo hicieron por encontrarse por encima de la indicación del protocolo.

En el 90% [84% en 2018] de las prescripciones se indicó el flujo de oxígeno o la FiO2 a emplear. Cabe destacar aquí que en la gran mayoría (94%) de las prescripciones hechas desde Urgencias se indicaban dichos parámetros, mientras que en las llevadas a cabo desde la planta de hospitalización este porcentaje cae hasta el 71%.

Por último, en el 40% [28% en 2018] de estas prescripciones se hacía alguna mención a la modificación del flujo de oxígeno en función de la saturación de los pacientes.

El 49% [55% en 2018] de los pacientes fueron considerados retenedores de CO2 por presentar historia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquiectasias, obesidad, patología neuromuscular o acidosis respiratoria al ingreso. De estos, solo el 33% [37% en 2018] presentaron una Sat O2 dentro del rango contemplado para este tipo de pacientes en el protocolo de oxigenoterapia del HCULB (89%-92%). Del 67% complementario que se encontraban fuera de este rango, el 100% [100% en 2018] lo hizo por presentar una SatO2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0104

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

por encima del objetivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado en algunas facetas: prescripción de la interfase a utilizar, del flujo de oxígeno y de la modificación del flujo según saturación de oxígeno.

El aspecto que requiere todavía más mejora es principalmente el mantenimiento de la Sat O2 dentro del rango objetivo en pacientes retenedores de CO2, y no por encima del mismo. La disponibilidad de un protocolo de oxigenoterapia brinda a los profesionales sanitarios la oportunidad de unificar criterios y contar con una serie de referencias y recomendaciones basadas en la evidencia científica, por lo que consideramos que este debe ser conocido a fondo e implementado por todos los profesionales que tengan la capacidad de prescribir tratamiento con oxígeno.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/104 ===== ***

Nº de registro: 0104

Título
ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

Autores:
MOZOTA DUARTE JULIAN, HERNANDEZ BONAGA MARIA, COSTAN GALICIA JOAQUIN, CASCAN HERREROS PILAR

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 .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oxigenoterapia es un método terapéutico de utilización muy frecuente en los pacientes hospitalizados, su inadecuado manejo puede ocasionar daño en los pacientes.

Se han identificado los siguientes puntos críticos:

- . Elevado porcentaje de pacientes del hospital en tratamiento con O2
- . Exceso de gasometría con muestra arterial
- . No uso adecuado de las nuevas posibilidades de administración de oxígeno, como el oxígeno de alto flujo
- . Sería posible un uso más racional y eficiente del recurso de VMNI

RESULTADOS ESPERADOS

1. Obtener el compromiso de adhesión a las recomendaciones en un 25% de las plantas de hospitalización en el primer año y en un 50% en el segundo año (en dependencia de lo obtenido en el primer año).
2. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización (disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI)
3. Mejorar del porcentaje de pacientes que permanecen durante su ingreso con SatO2 entre 92 y 100% (o el que se defina como rango óptimo. Porcentaje a valorar en dependencia de la situación basal)
4. Mejorar la prescripción de oxigenoterapia en planta: registro en órdenes de tratamiento.
5. Mejorar la coherencia entre la prescripción y la administración de O2.
6. Limitar la obtención de muestras de sangre arterial para la realización de gasometría a las indicaciones correctas.
7. Detectar precozmente las necesidades de terapia intensiva o monitorización continua
8. Registrar la SatO2 en el registro de enfermería (GACELA) acorde con la prescripción médica

MÉTODO

1. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0104

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

(disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI).

2. Elaboración de una guía de manejo de la oxigenoterapia en planta de hospitalización.
3. Inclusión en cartera de servicios de O2 alto flujo
4. Cumplimiento del protocolo de oxigenoterapia
5. Curso: manejo de la VMNI
6. Asegurar la disponibilidad de pulsioximetría en todas las áreas en las que se pautó oxigenoterapia
7. Registro de sat O2 como signo vital en el registro de enfermería (GACELA)
8. Conocer la ubicación y disponibilidad de los recursos para VMNI y O2 de alto flujo.
9. Definición de recomendaciones clave.
10. Análisis del cumplimiento de dichas recomendaciones: definición del método, recogida de datos y análisis de los mismos.
11. Auditoría al inicio del proyecto y semestral para medir, en una muestra de pacientes el número de pacientes con prescripción de oxigenoterapia.
12. Difusión del inicio del proyecto, de la guía y de los resultados de la auditoría

INDICADORES

1. Mapa realizado al final de primer trimestre del año. (Estándar: Sí).
2. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con oxigenoterapia que mantienen la saturación en rango (en al menos un 80% de los registros). (Estándar: > 70%)
3. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con oxigenoterapia en los que hay prescripción por escrito. (Estándar: > 95%)
4. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes en los que la prescripción es coherente con la administración. (Estándar: > 80%)
5. AUDITORIA SEMESTRAL: % de GSA que cumplen con la indicación de toma de muestra arterial. (Estándar: >75%)
6. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con hipoxemia al ingreso en UCI que presentan la sat O2 baja desde hace menos 24 horas. (Estándar: >60%).
7. AUDITORIA SEMESTRAL: % pacientes con correcto registro de SatO2 en gacela. (Estándar > 90%)

DURACIÓN

1. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización (disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI): enero- marzo 2018.
2. Elaboración de una guía de manejo de la oxigenoterapia en planta de hospitalización. Enero- julio 2018.
3. Inclusión en cartera de servicios de O2 alto flujo. Primer semestre 2018.
4. Curso: manejo de la VMNI. Abril- mayo 2018.
6. Asegurar la disponibilidad de pulsioximetría en todas las áreas en las que se pauta oxigenoterapia. Marzo 2018.
7. Registro de sat O2 como signo vital en el registro de enfermería (GACELA). Enero- diciembre 2018.
8. Conocer la ubicación y disponibilidad de los recursos para VMNI y O2 de alto flujo. enero- marzo 2018.
9. Definición de recomendaciones clave. Febrero- junio 2018.
10. Análisis del cumplimiento de dichas recomendaciones: definición del método, recogida de datos y análisis de los mismos. Febrero- junio 2018.
11. Auditoría al inicio del proyecto y semestral para medir, en una muestra de pacientes el número de pacientes con prescripción de oxigenoterapia. Primer y cuarto trimestre 2018.
12. Difusión del inicio del proyecto, de la guía y de los resultados de la auditoría. enero - diciembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1339

1. TÍTULO

PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

Fecha de entrada: 31/01/2020

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.

MOLINER LAHOZ JAVIER
ROQUES MATA MARIA CARMEN
SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE
GARCIA RUIZ MARIA NURIA
LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL
BLASCO BELTRAN BENJAMIN
ELIA GUEDEA MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reuniones del Grupo (junio, septiembre, noviembre 2019 y enero 2020): para establecer el método para la implantación de las medidas propuestas, así como para la difusión de la cultura de seguridad en los profesionales quirúrgicos y la dinamización de los grupos de interés, es decir, todos los profesionales que están implicados en la asistencia a los pacientes en el periodo quirúrgico y periquirúrgico.
- Reuniones con Grupos de interés importantes para el desarrollo del Proyecto: Comisión Bloque Quirúrgico, Comisión Infecciones, Enfermería Bloque Quirúrgico, Anestesia, Cirugía General, Cirugía Vasculard, Neurocirugía, Traumatología, Ginecología y Obstetricia, Unidad de Mama, ORL, Oftalmología y Farmacia. En las mismas se ha trabajado la implantación de las distintas medidas del Proyecto conducentes a la mejora de la Seguridad Quirúrgica: adecuada retirada del vello, adecuada profilaxis antibiótica, utilización de clorhexidina alcohólica en asepsia de piel, mantenimiento de normotermia, mantenimiento de normoglucemia, adecuación de profilaxis de enfermedad tromboembólica. En los grupos especialmente se ha trabajado la metodología de aplicación del LVSQ. Este aspecto precisa continuar trabajándolo.
- Utilización de etiquetado de colores en Bloque Quirúrgico por parte de anestesia para prevención de errores de medicación en quirófano.
- Adecuación del LVSQ a la cirugía oftalmológica.
- Formación al personal de enfermería de bloque quirúrgico y a cirujanos en cada Servicio, en sesiones de los servicios, para el Uso de clorhexidina alcohólica como antiséptico más eficaz en la asepsia de la piel.
- Formación en Seguridad del paciente al personal del bloque quirúrgico online a través de la Plataforma del Proyecto Cirugía Segura.
- Seguimiento de Recomendaciones Normotermia en cirugías prolongadas en bloque quirúrgico.
- Revisión de los Protocolos de Profilaxis Antibiótica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1- N° de profesionales que completan la formación en seguridad del paciente previsto en el programa (Fuente: web del Proyecto Cirugía Segura):

1. Curso Básico Seguridad Pacientes en Bloque Quirúrgico: 100 profesionales
2. Curso Avanzado Seguridad Paciente en Bloque Quirúrgico: 96 profesionales

2- % pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVSQ (Fuente: Auditoría Trimestral en Bloque Quirúrgico): 1° T: 100%, 2° T: 95.6%, 3° T: 90.9%, 4° T: 100%; anual: 96,5% .

3- % adecuación de la profilaxis antibiótica: (Fuente: Auditoría Trimestral en Bloque Quirúrgico): 1° T: 100%, 2° T: 100%, 3° T: 94.1%, 4° T: 94.1%; anual: 96,9% .

4- % utilización de etiquetado de medicación administrada durante la anestesia (Fuente: Auditoría en Bloque Quirúrgico): 100%.

5- % adecuación de la profilaxis tromboembólica: (Fuente: Auditoría): 83,3% .

6- % reintervenciones (en el mismo ingreso o hasta 30 días desde intervención previa) en cirugía programada: (Fuente: CMBD): 2,47%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que el impacto que está teniendo el Proyecto es importante, habida cuenta que se aborda desde un Programa Formativo hasta la implantación y seguimiento de medidas que han demostrado sobradamente su efectividad en la prevención de eventos quirúrgicos. El Proyecto está fomentando la comunicación entre diferentes grupos de profesionales implicados en la atención al paciente quirúrgico. En ese sentido queda pendiente acabar de perfilar el trabajo de los distintos grupos de profesionales implicados en la adecuada utilización del LVSQ, aspecto que consideramos que precisa una modificación en el método de "pasarlos" en el propio quirófano.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1339

1. TÍTULO

PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1339 ===== ***

Nº de registro: 1339

Título
PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

Autores:
MOZOTA DUARTE JULIAN, MOLINER LAHOZ JAVIER, ROQUES MATA MARIA CARMEN, SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE, GARCIA RUIZ MARIA NURIA, LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL, BLASCO BELTRAN BENJAMIN, ELIA GUEDEA MANUELA

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: Procedimientos quirúrgicos
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cirugía representa uno de los pilares básicos del tratamiento médico en los países desarrollados. Sin embargo, no está exenta de complicaciones asociadas.

En una revisión de 2013 de 14 estudios que incluyen a más de 16000 pacientes quirúrgicos se produjeron eventos adversos en el 14,4% de los pacientes, el 3,6% provocó la muerte. Se estimó que 1 de cada 20 pacientes quirúrgicos experimenta un evento adverso prevenible, la mayoría de los cuales están relacionados con el cuidado perioperatorio y no con errores de la técnica quirúrgica.

En España la incidencia de eventos adversos debidos a cirugía está en torno al 10,5%, de los que el 36,5% serían prevenibles.

Existen medidas que han demostrado minimizar el riesgo de eventos adversos: listado de verificación de seguridad quirúrgica, profilaxis de enfermedad tromboembólica, normotermia, profilaxis antibiótica adecuada, adecuada retirada del vello, utilización de clorhexidina alcohólica como antiséptico cutáneo

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal: mejorar la seguridad de los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica en nuestro hospital.

Objetivos específicos:

1. Mejorar la utilización y cumplimentación adecuada del LVQ.
2. Mejorar la aplicación de las medidas para prevenir el tromboembolismo asociado a la cirugía.
3. Implementar herramientas para el uso seguro de medicación en anestesia: etiquetado de medicación.
4. Aplicación adecuada de la profilaxis antibiótica

MÉTODO

6.1. Medidas relacionadas con la seguridad del paciente quirúrgico:

- Cumplimentación adecuada del listado de verificación quirúrgica.
- o Acciones formativas
- o Registro de cumplimentación
- Mantenimiento de normotermia en periodo perioperatorio:
- o Revisión del protocolo
- o Difusión del protocolo
- Aplicación adecuada de profilaxis antibiótica:
- o Cumplimiento de las indicaciones PROA cirugía
- Retirada de vello adecuada.
- o Revisión y actualización del protocolo
- Antisepsia piel con clorhexidina alcohólica.
- Seguimiento del protocolo de la profilaxis tromboembólica en el paciente quirúrgico.
- Prevención de errores de medicación en quirófano
- o Protocolización del etiquetado de medicamentos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1339

1. TÍTULO

PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

6.2. Medidas relacionadas con la cultura de seguridad en el bloque quirúrgico.

- Encuesta a profesionales del Bloque Quirúrgico.
- Formación en seguridad del paciente: Curso on line.
- Identificación de incidentes evitados gracias a la utilización del LVQ

INDICADORES

- Nº de profesionales que completan la formación en seguridad del paciente previsto en el programa.
- % pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVSQ.
- % LVSQ en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora.
- % adecuación de la profilaxis tromboembólica farmacológica.
- % utilización de etiquetado de medicación administrada durante la anestesia.
- % reingresos urgentes tras cirugía programada.
- % reintervenciones (en el mismo ingreso o hasta 30 días desde intervención previa) en cirugía programada
- % mortalidad postoperatoria (durante el periodo de hospitalización).

DURACIÓN

- Adhesión al programa Cirugía Segura: enero 2019.
- Formación on line en Seguridad del Paciente: febrero - diciembre 2019.
- Trabajo en equipos del Bloque Quirúrgico para aplicación de las medidas: febrero - marzo 2019.
- Implantación de las medidas: abril - junio 2019.
- Evaluación de indicadores: septiembre- 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 - 2019/0787

1. TÍTULO

CREACION DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN EL H. CLINICO Y EN EL CME INOCENCIO JIMENEZ DE ZARAGOZA QUE PRECISAN DE TRASLADO A OTROS CENTROS SANITARIOS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE GEMA PALACIO GAVIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE DIALISIS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALLIZO PEQUERUL LAURA
MERIDA DONOSO ANCHEL
MORENO CUARTERO ANGELES
PEREZ VALLE RAQUEL
CRIADO MAINAR CARMEN
ANDRES BALSA ISABEL
PEREZ MAINAR LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Abril de 2019, y tras debate del equipo y revisión bibliográfica individual, se realiza primera reunión del Grupo de Mejora para la elaboración mediante consenso del documento de "Registro de Alta de Enfermería" de la Unidad de Diálisis del HCU Lozano Blesa (con dos sedes físicas).
Una vez desarrollado el boceto del documento, se realiza un primer contacto con la persona encargada de incluir nuestro "Registro de Alta de Enfermería" en el programa informático usado en la unidad de Diálisis.
En Junio, la informática responsable nos informa que ha introducido nuestro Registro de "Alta de Enfermería" en el programa informático, en la medida que le ha sido posible y con algunas modificaciones a lo propuesto por el equipo.
El equipo valora de manera informal el documento integrado en el programa informático elaborando un listado de sugerencias y mejoras que nos parecen aconsejables.
Por motivos ajenos al Equipo de Mejora, no ha sido posible realizar las mejoras sugeridas para el Registro.
Continuamos en contacto con la informática.
A partir de Octubre, a pesar de que el registro no está incluido de manera satisfactoria, se realizan reuniones informales con el Equipo de Enfermería de la unidad para informar sobre la cumplimentación del protocolo, sus objetivos e indicaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realiza documento de registro "Alta de enfermería".
No se parte de ningún estándar previo puesto que en el servicio no existía Documento de Alta de Enfermería. Lo elaborado en este proyecto nos sirve de estándar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha realizado el documento "Informe de Alta de Enfermería". No se ha puesto en práctica de manera sistemática por el escaso número de altas que tenemos en la unidad y porque no se han realizado todas las modificaciones solicitadas en el programa informático.
Con el boceto que hemos elaborado y en formato papel, lo hemos puesto a prueba en algunos de nuestros propios pacientes que por razones internas de la unidad han cambiado de sala de Diálisis estos últimos meses (contamos con sala de diálisis en HCU Lozano Blesa y otra en CEM Inocencio Jiménez). El motivo ha sido que los integrantes del equipo de enfermería conozcamos a fondo y nos familiaricemos con la información a recabar antes de ponerlo en marcha de manera sistemática; a la par que sirve al equipo para su evaluación interna y posibles modificaciones.
La continuidad de Cuidados en otros centros se desarrollará cuando se dé por concluida la modificación del documento en el programa informático.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/787 ===== ***

Nº de registro: 0787

Título
CREACION DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN EL H. CLINICO Y EN EL CME INOCENCIO JIMENEZ DE ZARAGOZA QUE PRECISAN DE TRASLADO A OTROS CENTROS SANITARIOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0787

1. TÍTULO

CREACION DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN EL H. CLINICO Y EN EL CME INOCENCIO JIMENEZ DE ZARAGOZA QUE PRECISAN DE TRASLADO A OTROSCENTROS SANITARIOS

Autores:

PALACIO GAVIN GEMA, CALLIZO PEQUERUL LAURA, MERIDA DONOSO ANCHEL, MORENO CUARTERO ANGELES, PEREZ VALLE RAQUEL, CRIADO MAINAR CARMEN, ANDRES BALSAS ISABEL, PEREZ MAINAR LAURA

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: Enfermo renal crónico en tratamiento con hemodiálisis
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, precisa de unos cuidados continuos y específicos de enfermería durante sus sesiones. A día de hoy en nuestra unidad, no contamos con un informe de enfermería exclusivo que recoja la actividad del tratamiento de hemodiálisis, por lo que consideramos una gran mejora crear uno específico para la unidad, que nos permita elaborar con identidad propia el informe de alta de cuidados de enfermería.

Actualmente en el servicio de diálisis contamos con dos unidades de hemodiálisis, una localizada en la planta semisótano de HCU Lozano Blesa y la otra en la planta calle del Centro de Especialidades Inocencio Jiménez. En ambas se trabaja con un programa informático llamado "Nefrolink".

En el Real Decreto 1093/2010, de 30 de septiembre por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, se incluye el informe de cuidados de enfermería en su Anexo VII. En éste se especifican los contenidos mínimos para conseguir una continuidad de cuidados y mejorar de esta manera la calidad de los mismos a pacientes en tratamiento con hemodiálisis.

RESULTADOS ESPERADOS

- Creación del documento: "Informe de Alta de cuidados de Enfermería" y registro del mismo
- Mejorar la comunicación con los profesionales de otros centros sanitarios
- Mantener la continuidad en los cuidados de enfermería a pacientes en hemodiálisis, facilitando la calidad asistencial y
- Cuidados propios de enfermería al paciente desplazado o vacacional.

MÉTODO

1. Configurar en el programa informático "Nefrolink", un apartado que registre la información más importante del tratamiento y de los cuidados de enfermería, que permita exportar los datos y elaborar un informe.
2. Elaboración de un informe de continuidad de cuidados relacionados con el tratamiento en hemodiálisis para atención primaria, residencias, vacaciones o traslados...

INDICADORES

- Seguimiento del registro del "informe de Alta de enfermería".
- Confirmación de la recepción del Alta de Enfermería en el centro destino a través de consulta telefónica.

DURACIÓN

- Inicio del proyecto en marzo del 2019.
- Hasta abril del 2019 nos pondremos en contacto con el personal informático responsable de "Nefrolink" para la adaptación de dicho programa a las necesidades del proyecto. Puesta en marcha en mayo del 2019.
- Puesta en marcha en mayo del 2019.
- Durante las primeras semanas de mayo, realizaremos la formación del personal de enfermería para la correcta cumplimentación del informe de alta en el "Nefrolink".
- A los 6 meses se realizará una revisión de seguimiento del proyecto, mediante una reunión del equipo de enfermería, valorando las actividades y los resultados obtenidos hasta el momento, analizando la situación objetiva poniendo en común la evolución del proyecto: registro, problemas detectados, pérdidas de información ...
- Diciembre de 2019 se valorará el grado subjetivo de desarrollo de la acción de mejora, así como posibles

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0787

1. TÍTULO

CREACION DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN EL H. CLINICO Y EN EL CME INOCENCIO JIMENEZ DE ZARAGOZA QUE PRECISAN DE TRASLADO A OTROSCENTROS SANITARIOS

conclusiones y actividades pendientes.

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 - 2016/0754

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 - 2018/1123

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

Fecha de entrada: 26/02/2019

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
SAEZ DE GUINOA MYRIAM
PALACIOS LASECA MARTA
LOPEZ CUARTERO MARIA PILAR
CASCAN HERREROS PILAR
BASELGA SORIANO ISABEL
REBOLLO PINA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Diseño del proceso de prácticas formativas de enfermería con los profesores asociados de ambas universidades (pública y privada). Definición de los subprocesos: Acogida, Prácticas y Evaluación.
2. Elaboración del Plan de acción y cuadro de mandos del proceso y subprocesos de prácticas formativas universitarias.
3. Desarrollo e implantación de un registro de incidencias del proceso de prácticas formativas.
4. Diseño y aplicación de herramientas digitales para la evaluación:
 - Formulario de evaluación de las prácticas formativas universitarias
 - Encuesta de satisfacción de alumnos universitarios
5. Análisis y evaluación de los resultados de la encuesta de satisfacción de los alumnos y la evaluación del proceso de prácticas formativas de los profesores asociados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Método de obtención de indicadores de los subprocesos acogida y prácticas: Formulario de evaluación de las prácticas formativas universitarias

INDICADORES_ACOGIDA

- Porcentaje de profesores asociados que han recibido el listado de alumnos 15 días previo a su incorporación: 46,53%. Estándar: 100%. Fuente: Listado de alumnos
- Nº listados de alumnos por módulo recibidos por la Supervisora de Formación 15 días previos a su incorporación. 1 listado USJ por módulo. Estándar: 2 (1 listado Unizar + 1 listado USJ). Fuente: Listado de alumnos universidad
- Porcentaje de unidades que han recibido el nº de alumnos pactado previamente con la unidad: 83,88%. Estándar: 100%. Fuente: Registro Supervisora Unidad/profesores asociados. Responsable de medición: profesores asociados
- Porcentaje de acogidas en el curso académico: 100%. Estándar: 100%. Fuente: Registro de Supervisora de Formación

INDICADORES_PRACTICAS

- Porcentaje de profesores asociados que tienen a sus alumnos en su unidad: 78,55%. Estándar: 90%. Fuente: Registro de profesores asociados.
- Nº de efectos adversos producidos en la unidad con el alumno en prácticas: 2,25%. Estándar: 0. Fuente: Registro de profesores asociados.
- Nº de accidentes biológicos producidos a los alumnos en prácticas: 3,50% Estándar: 0. Fuente: Incidencias/Informe de Riesgos Laborales.

Método de obtención de indicadores de evaluación: Encuesta de satisfacción de alumnos

INDICADORES_EVALUACION

- Porcentaje de profesores asociados que han realizado la evaluación de acuerdo a la normativa de la universidad: 100%. Estándar: 100%. Fuente: Registro de profesores asociados.
- Porcentaje de grado de satisfacción con el profesor asociado: 86,6%. Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU.
- Porcentaje de grado de satisfacción con el profesor colaborador: 87,6% Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU.
- Porcentaje de grado de satisfacción global: 89,4% Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES. PUNTOS FUERTES.

- Elevado índice de satisfacción de los alumnos tanto con respecto al programa en su conjunto como al desempeño de los profesores, siendo ligeramente superior la del colaborador que la del asociado.
- Se han atendido al 100% de los alumnos recibidos aunque no se ajustasen a los flujos previstos y se han realizado acogidas institucionales colectivas por parte del Hospital Clínico en todos los casos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1123

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

- La evaluación docente se realiza siempre de acuerdo a la normativa universitaria.
- La gestión de las prácticas por parte del HCU se ha realizado de forma satisfactoria con casi cero incidencias relativas a la gestión del Hospital.
- Mejora de los resultados de la encuesta de satisfacción de los alumnos en el último módulo evaluado con respecto a la media de los mismos, con una tendencia ascendente desde el inicio de la primera evaluación.

RECOMENDACIONES U OPORTUNIDADES DE MEJORA.

- La comunicación con suficiente antelación de los alumnos participantes por parte de las Universidades permitiría organizar mejor la acogida, revisar las asignaciones y evitar sobrecargas.
- Los incidentes biológicos producidos a lo largo de este periodo han sido nueve casos pero debería plantearse como objetivo "0 incidentes".
- Aunque los efectos adversos se han limitado a dos casos en uno de los módulos de este periodo debería plantearse como objetivo "0 efectos adversos" dada su implicación en la seguridad del paciente.

La justificación de seguimiento del proyecto se fundamenta en la identificación de puntos fuertes y aspectos de mejora en la calidad de las prácticas formativas que podemos implementar y evaluar para obtener mejora de la calidad de las mismas en cuanto a gestión, coordinación y mejora de la seguridad del paciente y del alumno.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1123 ===== ***

Nº de registro: 1123

Título
ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

Autores:
CHARLO BERNARDOS MARTA, ALTARRIBAS BOLSA ELENA, SAEZ DE GUINOVA SENTRE MYRIAM, PALACIOS LASECA MARTA, LOPEZ CUARTERO MARIA PILAR, CASCAN HERREROS PILAR, BASELGA SORIANO ISABEL, REBOLLO PINA CARMEN

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: FORMACIÓN
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Nuestro hospital como centro universitario acoge alrededor de 300 alumnos/año de enfermería y cuenta actualmente con 30 profesores asociados de universidades pública y privada, con una carga de trabajo práctico asistencial de 2100 horas. En el mismo, identificamos el desconocimiento sobre cuáles eran las necesidades de los profesores asociados y alumnos universitarios, las incidencias y eventos adversos que ocurrían en los periodos formativos, la satisfacción de los alumnos con los profesores asociados y colaboradores y los resultados globales de sus prácticas formativas.

RESULTADOS ESPERADOS

.Mejorar la gestión y la calidad de las prácticas formativas universitarias de enfermería mediante el diseño de una estrategia de evaluación sistemática digital dirigida a los alumnos universitarios y a los profesores asociados de las universidades pública y privada.
.Optimizar el ciclo de comunicación entre ambas entidades y los alumnos.

MÉTODO

Metodología y acciones previstas para lograr los objetivos:

1. Diseño del proceso de prácticas formativas con los profesores asociados de ambas universidades (pública y privada). Definición de los subprocesos: Acogida, Prácticas y Evaluación.
2. Elaboración del Plan de acción y cuadro de mando del proceso y subprocesos de prácticas formativas universitarias.
3. Desarrollo e implantación de un registro de incidencias del proceso de prácticas formativas.
4. Diseño y aplicación de herramientas digitales para la evaluación:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1123

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

-Formulario de evaluación de las prácticas formativas universitarias
-Encuesta de satisfacción de alumnos universitarios

5. Análisis y evaluación de los resultados de la encuesta de satisfacción de los alumnos y la evaluación del proceso de prácticas formativas de los profesores asociados.

INDICADORES

Indicadores de Supprocesos:

Acogida

-Porcentaje de profesores asociados que han recibido el listado de alumnos 15 días previo a su incorporación.
Estándar: 100%. Fuente: Listado de alumnos

-Nº listados de alumnos por módulo recibidos por la Supervisora de Formación 15 días previos a su incorporación.
Estándar: 2 (1 listado Unizar + 1 listado USJ). Fuente: Listado de alumnos

-Porcentaje de acogidas en el curso académico. Estándar: 100%. Fuente: Registro de Supervisora de Formación

Prácticas:
-Porcentaje de profesores asociados que tienen a sus alumnos en su unidad. Estándar: 90%. Fuente: Registro de profesores asociados.

-Nº de efectos adversos producidos en la unidad con el alumno en prácticas. Estándar: 0. Fuente: Registro de profesores asociados.

-Nº de accidentes biológicos producidos a los alumnos en prácticas. Estándar: 0. Fuente: Incidencias/Informe de Riesgos Laborales.

Evaluación:

-Porcentaje de profesores asociados que han realizado la evaluación de acuerdo a la normativa de la universidad.
Estándar: 100%. Fuente: Registro de profesores asociados.

-Porcentaje de grado de satisfacción con el profesor asociado. Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU.

-Porcentaje de grado de satisfacción con el profesor colaborador. Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU.

-Porcentaje de grado de satisfacción global. Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU

DURACIÓN

El proyecto se realizará a lo largo del curso académico 2018-2019 de los alumnos universitarios de enfermería y que consta de cuatro períodos o módulos de prácticas según establecen las universidades de forma trimestral.

Inicio: Septiembre 2018; Fin: Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0981

1. TÍTULO

SISTEMA DE EVALUACION SISTEMATICA Y DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

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
CAUDEVILLA BIOTA EVA
GUILLEN ANTON JULIA
PALACIOS LASECA MARTA
CASCAN HERREROS MARIA PILAR
SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM
REBOLLO PINA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha determinado las competencias según normativa vigente que debe asumir un profesor asociado junto con las universidades desde su nombramiento.
-Se han identificado las posibles jubilaciones de los profesores asociados con el fin de anticiparse a los posibles cambios que pudieran generarse de la tutorización de las prácticas.
-Se ha realizado evaluación y seguimiento del proceso de prácticas formativas con los profesores asociados.
-Se ha realizado la evaluación y seguimiento del plan de acción y cuadro de mandos del proceso y subproceso de prácticas formativas.
-Se ha cumplimentado el registro de incidencias del proceso de prácticas formativas.
-Se ha realizado formación en las acogidas para educar en la prevención de los accidentes de riesgo biológico.
-Se ha aplicado medidas de mejora mediante formación en las acogidas para la prevención de efectos adversos relacionados con la medicación.
-Se han aplicado las herramientas digitales para la evaluación de las prácticas formativas.
-Se ha realizado el análisis y evaluación de los resultados de la encuesta de satisfacción de los alumnos y la evaluación del proceso de prácticas formativas.
-Se ha difundido los resultados mediante un informe de evaluación anual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Se han contemplado el 100% de las posibles jubilaciones de profesores asociados.
-Las competencias que debe asumir el profesor asociado se ha recogido en normativa vigente.
-El porcentaje de profesores asociados que han recibido los listados con 15 días de antelación ha sido durante este curso académico: 42%.
-El número de listados por módulo recibidos por la supervisora de formación con 15 días de antelación: 1 por módulo correspondiente a la USJ.
-El porcentaje de acogidas institucionales realizadas en el curso académico ha sido de un 100%.
-Las sesiones formativas impartidas a los alumnos sobre recomendaciones para evitar efectos adversos relacionados con la medicación han sido de un 100%.
-Las sesiones formativas impartidas a los alumnos sobre recomendaciones para evitar efectos adversos relacionados con la medicación ha sido 100%.
-El porcentaje de alumnos recibidos en su unidad ha sido el previamente pactado en un 76,7%.
-Han sido 0 efectos adversos los producidos con el alumno en prácticas.
-Se han producido un 8,3% (8) de accidentes biológicos con los alumnos en prácticas.
-El 100% de los profesores asociados ha realizado la evaluación de acuerdo a la normativa.
-El grado de satisfacción de los alumnos con el profesor colaborador es de: 89%
-El grado de satisfacción de los alumnos con el profesor asociado es de: 86%
-El grado de satisfacción global de los alumnos es de 90%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Existe un elevado índice de satisfacción de los alumnos tanto con respecto al programa en su conjunto como al desempeño de los profesores, siendo ligeramente superior la del colaborador que la del asociado.
-Se han atendido al 100% de los alumnos recibidos aunque no se ajustasen a los flujos previstos y se han realizado acogidas institucionales conjuntas por parte del Hospital Clínico en todos los casos.
-La evaluación docente se realiza siempre de acuerdo a la normativa.
-La gestión de las prácticas por parte del HCU se ha realizado de forma satisfactoria con casi cero incidencias relativas a la gestión del hospital.
-La formación sobre las recomendaciones para evitar efectos adversos ha logrado cero incidentes.
Recomendaciones
-La comunicación con suficiente antelación de los alumnos por parte de las universidades permitiría organizar mejor la acogida, revisar las asignaciones y evitar sobrecargas.
-Los incidentes biológicos producidos a lo largo de este periodo han sido 8 casos pero debería plantearse como objetivo 0 incidentes.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0981

1. TÍTULO

SISTEMA DE EVALUACION SISTEMATICA Y DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

*** ===== Resumen del proyecto 2019/981 ===== ***

Nº de registro: 0981

Título
SISTEMA DE EVALUACION SISTEMATICA Y DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS
FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

Autores:
CHARLO BERNARDOS MARTA, ALTARRIBAS BOLSA ELENA, CADEVILLA BIOTA EVA, PALACIOS LASECA MARTA, GUILLEN ANTON JULIA,
CASCAN HERREROS PILAR, SAEZ DE GUINOVA SENTRE MYRIAM, REBOLLO PINA CARMEN

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: FORMACION_PRACTICAS FORMATIVAS UNIVERSITARIAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Nuestro hospital como centro universitario acoge alrededor de 300 alumnos/año de enfermería y cuenta actualmente con casi un 10% más de profesores asociados con respecto al año pasado (37) de universidades pública y privada, con una carga de trabajo práctico asistencial de 2100 horas. En el mismo, hemos identificado puntos fuertes y aspectos de mejora que podemos implementar y evaluar para obtener mejora de la calidad de las prácticas formativas en cuanto a gestión, coordinación y mejora de la seguridad del paciente y del alumno.

RESULTADOS ESPERADOS
.Mejorar la coordinación entre las universidades y el hospital clínico universitario durante las prácticas formativas universitarias de enfermería.
.Mejorar la gestión y la calidad de las prácticas formativas universitarias de enfermería mediante el seguimiento de la evaluación sistemática digital dirigida a los alumnos universitarios y a los profesores asociados de las universidades pública y privada.
.Optimizar el ciclo de comunicación entre ambas entidades y los alumnos.
.Disminuir la incidencia de los accidentes biológicos y efectos adversos relacionados con la medicación.

MÉTODO
1. Explicitar con las universidades las competencias que debe asumir un profesor asociado desde su nombramiento.
2. Identificar los profesores asociados que van a jubilarse con el fin de anticiparse a los posibles cambios que pueden generarse en la tutorización de las prácticas.
3. Evaluación y seguimiento del proceso de prácticas formativas con los profesores asociados de ambas universidades.
4. Evaluación y seguimiento del Plan de acción y cuadro de mandos del proceso y subprocesos de prácticas formativas universitarias.
5. Cumplimentación del registro de incidencias del proceso de prácticas formativas.
6. Disminuir los accidentes biológicos de los alumnos universitarios mediante formación en las acogidas institucionales.
7. Identificar los efectos adversos relacionados con la medicación y aplicar medidas de mejora mediante la formación en recomendaciones establecidas mediante metodología amfe (análisis modal de fallos y efectos) en las acogidas.
8. Aplicación de herramientas digitales para la evaluación:
-Formulario de evaluación de las prácticas formativas universitarias
-Encuesta de satisfacción de alumnos universitarios
9. Análisis y evaluación de los resultados de la encuesta de satisfacción de los alumnos y la evaluación del proceso de prácticas formativas de los profesores asociados.
10. Difusión de los resultados a los profesores asociados, universidades y direcciones del centro mediante informe de evaluación anual.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0981

1. TÍTULO

SISTEMA DE EVALUACION SISTEMATICA Y DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

I. ACOGIDA:

- % de jubilaciones de profesores asociados contempladas y comunicadas a la universidad antes del inicio de las prácticas de los alumnos. Estándar: 100%.
- Definición de las competencias que debe adquirir el profesor asociado. Estándar: Existencia de informe.
- % de profesores asociados que han recibido el listado de alumnos 15 días previo a su incorporación. Estándar: 100%.
- nº listados de alumnos por módulo recibidos por la Supervisora de Formación 15 días previos a su incorporación. Estándar: 2.
- % de unidades que han recibido el nº de alumnos pactado previamente con la unidad. Estándar: 100%.
- % de acogidas en el curso académico. Estándar: 100%.
- % de sesiones formativas impartidas a los alumnos sobre recomendaciones para evitar efectos adversos relacionados con la medicación. Estándar: 100%.
- % de sesiones formativas impartidas a los alumnos sobre prevención de los accidentes biológicos. Estándar: 100%.

I. PRÁCTICAS

- % de profesores asociados que tienen a sus alumnos en su unidad. Estándar: 90%. Fuente: Registro de profesores asociados.
- Nº de efectos adversos producidos en la unidad con el alumno en prácticas. Estándar: 0. Fuente: Registro de profesores asociados.
- Nº efectos adversos relacionados con la medicación. Estándar: 0. Fuente: Registro de profesores asociados.
- Nº de accidentes biológicos producidos a los alumnos en prácticas. Estándar: 0. Fuente: Registro de Incidencias

I. EVALUACIÓN

- % de profesores asociados que han realizado la evaluación de acuerdo a la normativa de la universidad. Estándar: 100%.
- % de grado de satisfacción con el profesor asociado. Estándar: 85%.
- % de grado de satisfacción con el profesor colaborador. Estándar: 85%.
- % de grado de satisfacción global. Estándar: 85%.
- Elaboración de informe de evaluación de los resultados.

DURACIÓN

La evaluación sistemática se realiza al final de cada módulo académico tanto a los alumnos universitarios como a los profesores asociados.
Inicio y Fin: 2018-2019

OBSERVACIONES

Se proyecta seguimiento a dos años.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0297

1. TÍTULO

INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 08/01/2018

2. RESPONSABLE TERESA ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA
· 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
ABASCAL RODA JOSE MANUEL
CANTIN GOLET AMPARO
LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN
RIVAS JIMENEZ MIGUEL
GRANADOS CARLOS
COLAS CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El principal objetivo fue optimizar el uso de recursos humanos y materiales, disminuir la estancia hospitalaria y los costes asociados al angioedema agudo, así como poder disminuir la mortalidad relacionada con este proceso, adecuando su manejo en el Servicio de Urgencias, a la mejor evidencia científica disponible.

Para ello, se elaboró un protocolo de manejo del angioedema agudo en Urgencias, con un algoritmo de decisión diagnóstico- terapéutico, contrastado con la evidencia científica actual.

El protocolo fue elaborado por un grupo de trabajo constituido por médicos urcenciólogos y alergólogos y personal de enfermería.

Las recomendaciones realizadas para ayudar a los médicos a tomar decisiones sobre el diagnóstico, la valoración clínica y el tratamiento se basaron en la síntesis de esta evidencia de la literatura científica disponible y en la experiencia de los expertos.

Nuestra población diana fueron los pacientes > 14 años con signos o síntomas de angioedema agudo, que consultaban en el Servicio de urgencias.

Los profesionales a los que iba dirigido el protocolo eran:

1. Profesionales facultativos:
 - a. Médicos Adjuntos del Servicio de Urgencias
 - b. Médicos Internos Residentes que hacen guardias de presencia física en el Servicio de Urgencias.
 - c. Otros médicos implicados en el manejo de los pacientes con angioedema agudo en el Servicio de Urgencias: adjuntos y residentes de Otorrinolaringología, adjuntos y residentes de Alergología, Anestesia y de Dermatología.
 - d. Médicos adjuntos y residentes que hacen guardias de Medicina Interna en nuestro hospital.
2. Profesionales de enfermería:
Profesionales de enfermería que realizan su labor asistencial en el Servicio de Urgencias

Para la elaboración del protocolo de angioedema se realizó inicialmente una revisión bibliográfica mediante una búsqueda en idioma inglés y castellano a través de MEDLINE (OVID), mediante una estrategia diseñada previamente para este propósito.

Se procedió a recuperar los estudios referentes a los diferentes apartados del protocolo: angioedema agudo en general, estudios de descripción de la frecuencia del angioedema, diagnóstico, etiología y tratamiento. Se estudiaron y valoraron las referencias relevantes de los diferentes documentos.

Con el fin de no perder ningún artículo español, que pudiera haber sido publicado en alguna revista española no indexada en IME o MEDES se utilizó el buscador de Internet Google Académico. La combinación de palabras clave fue angioedema, tratamiento y protocolo. Se obtuvieron 938 resultados al aplicar esta búsqueda el día 22 Enero 2014. Tras revisarlos se consideraron de interés para utilizarlos en este protocolo 4 de ellos.

El total de títulos a considerar por parte de los investigadores fue de 486.

2.5. Proceso de selección de documentos

Por consenso, se incluyeron documentos que trataban sobre los siguientes aspectos:

- Diagnóstico de angioedema
- Manejo de angioedema agudo
- Tratamiento de angioedema agudo

En una primera fase se realizó la lectura de títulos. Si con la lectura de títulos el documento no pudo ser excluido, se leyó el abstract y si tras ello tampoco fue excluido, se leyó el documento completo. Se excluyeron artículos que contenían datos publicados anteriormente.

Estrategia de implementación del protocolo:

La estrategia de implementación del protocolo se orientó fundamentalmente a la intervención sobre los profesionales implicados en el manejo de esta patología:

- Información de la elaboración del protocolo a la Dirección del Hospital y Unidad de Calidad.
- Sesiones formativas: Sesiones clínicas y/o informativas dirigidas a FEAs, MIR, ATS y celadores.
- Distribución material impreso: Elaboración de dípticos de bolsillo para los profesionales.
- Disponibilidad y acceso del protocolo: en la intranet del hospital
- Auditoría y retroalimentación: se proporcionó a los profesionales y a la dirección del hospital un resumen de las actividades y revisión de resultados tras el periodo estimado para la evaluación del protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0297

1. TÍTULO

INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Se propusieron los siguientes indicadores para la monitorización e implementación del protocolo. Todos de proceso, salvo el segundo indicador, que era de resultado. Así mismo, todos exploraban la dimensión efectividad, salvo el segundo que exploraba la eficiencia. El responsable de la obtención de los indicadores fue el gestor del protocolo. La fuente de datos fue la historia clínica informatizada en el programa PCH de urgencias. El estándar para los 4 indicadores se estableció en 90%.

Se recogieron 322 casos de angioedema registrados en el sistema de información PCH Urgencias, que fueron vistos en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario en el periodo entre Enero de 2015 y Diciembre 2017. En cuanto al resultado de los indicadores monitorizados se diferenciaron 3 periodos: 1º previamente (2015), 2º durante (2016) y 3º posteriormente (2017) a la difusión del protocolo.

1. Proporción de pacientes con crisis de angioedema con anamnesis adecuada. Respectivamente: 54,16%, 77,96% y 94,30%.

2. Proporción de pacientes derivados al servicio de Alergología: 51,98%, 69,18% y 52,63%

3. Proporción de pacientes tratados con fármacos anti-bradiginérgicos por ineficacia del tratamiento antihistaminérgico: 0,69%, 13,55% y 2,10%

4. Proporción de pacientes con diagnóstico previo que reciben tratamiento adecuado: 23,9%, 90% y 39,28%.

Se realizó un análisis descriptivo para conocer las características generales de la muestra global.

Posteriormente se llevó a cabo un análisis bivariante de comparación de los subgrupos según casos recogidos antes de la implantación del protocolo y posterior a la implantación del mismo.

El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS Statistics 21, aplicando en la comparación de muestras pruebas paramétricas (T Student) o no paramétricas (U Mann-Whitney) según el caso, y chi cuadrado para comparación de variables cualitativas.

Al comparar las variables referentes al proceso de atención del angioedema antes y después de la implantación del protocolo tampoco se encontraron diferencias significativas en ambos grupo.

Discusión:

Realizamos la elección de nuestros niveles de estándares basándonos en nuestros propios resultados previos y con un objetivo ambicioso. No comparamos nuestros resultados con los de otros centros (benchmarking), dado que se veía dificultada la comparación por la existencia de una gran diversidad metodológica en la evaluación y la elección de estándares aceptables válidos de adecuación del protocolo.

Los resultados obtenidos en los sucesivos cortes realizados han puesto de manifiesto, tras una situación inicial con mayor problema, una mejora en las cifras tras la monitorización de los 4 indicadores durante la implementación del protocolo y un empeoramiento en las cifras nuevamente en el periodo posterior a la implementación.

La mejora de calidad obtenida es destacada en un inicio; su evolución en los distintos momentos de medición sí nos dan información para poder clasificar el proceso estudiado como aceptable o problemático y adoptar en consecuencia posibles decisiones de actuación.

En este caso las posibles intervenciones deberían incidir en el cumplimiento del protocolo mediante la realización de ciclos de mejora.

Aunque no se ha detectado ningún problema de calidad, los indicadores en los que se producían más incumplimientos eran "la proporción de pacientes tratados con fármacos antibradiginérgicos o inhibidor de C1" y "proporción de pacientes con diagnóstico previo de angioedema bradiginérgico, que recibe un tratamiento adecuado", esto puede ser debido a un defecto en la construcción del indicador: relacionábamos el número de pacientes tratados con antibradiginérgicos con el total de pacientes atendidos por angioedema y no con los que no responden al tratamiento antihistaminérgico en el primer caso y en el segundo, con los pacientes diagnosticados de angioedema bradiginérgico.

Estos resultados nos invitan a valorar la fiabilidad de los indicadores y elaborar una versión final, para su uso rutinario en la gestión interna de la mejora de la seguridad del paciente.

Tras el análisis estadísticos los resultados no son concluyentes y esto puede estar en relación con el tamaño muestral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En conclusión, la aplicación de un algoritmo de decisión, en función de unas variables clínicas, ayuda a la selección de la opción terapéutica más eficiente en cada momento y puede ser un instrumento de utilidad en el abordaje terapéutico. También la insistencia de su seguimiento con los profesionales y el recuerdo a modo de sesiones clínicas o material impreso o pósters puede ayudar a mejorar la motivación de los profesionales a la hora de utilizar estos protocolos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/297 ===== ***

Nº de Registro: 0297

Título
INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0297

1. TÍTULO

INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Autores:

ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA TERESA, SAENZ ABAD DANIEL, ABASCAL RODA JOSE MANUEL, CANTIN GOLET AMPARO, LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN, RIVAS JIMENEZ MIGUEL, GRANADOS CARLOS, COLAS SANZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

PROBLEMA

La urticaria y el angioedema son frecuentes motivos de consulta, no sólo en alergología, sino también en Atención Primaria y en urgencias; en concreto, el angioedema, se está convirtiendo en un problema creciente entre la población más añosa.

Se trata de un cuadro que cursa a episodios de inicio impredecible y que potencialmente pueden amenazar la vida del paciente, por lo que afecta a la calidad de vida de los mismos.

Además existen estudios, desarrollados en España, que describen la repercusión económica del angioedema, nada desdeñable, por el mayor absentismo laboral que presentan, que es mayor que en todos los pacientes que sufren alergias

Se estima que el 20% de la población experimentará un episodio en algún momento de su vida.

En nuestro Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Zaragoza, a lo largo del año 2014, se atendieron 122 pacientes con angioedema (13 casos pediátricos, menores de 14 años, y 109 en adultos, es decir, pacientes mayores de 14 años) de 124.740 urgencias que pasaron por dicho servicio en el mismo período.

El interés de esta enfermedad radica en la heterogeneidad y en la gravedad potencial del cuadro clínico, lo que dificulta su diagnóstico, y en la necesidad de un tratamiento precoz y específico, según el mediador inflamatorio que lo desencadene, con el fin de evitar complicaciones. Su pronóstico mejorará con el tratamiento adecuado administrado de forma precoz.

En el servicio de urgencias el médico debe guiarse únicamente por la historia clínica y la exploración física, con los medios habituales en este ámbito, para establecer un diagnóstico de sospecha y administrar un tratamiento adecuado. Esto puede llevar a una variabilidad en el manejo de estos pacientes. Para disminuir la misma se propone elaborar un protocolo.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el manejo del angioedema agudo en el servicio de urgencias, de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible, reduciendo al mínimo el fracaso terapéutico y los costes económicos que acarrear.

MÉTODO

Se propone la elaboración de un protocolo de manejo del angioedema agudo en Urgencias, con un algoritmo de decisión diagnóstico- terapéutico, contrastado con la evidencia científica actual, y su posterior difusión al personal sanitario implicado en el manejo de esta patología, a través de sesiones clínicas impartidas tanto a FEAs, MIR, ATS como a celadores, para posteriormente comenzar a aplicarlo a los pacientes que acuden al servicio de urgencias con angioedema agudo. Además colocaran posters en la unidad de vital, boxes de observación y de cirugía, ubicaciones donde se atienden a este tipo de pacientes, con el algoritmo impreso.

También se propone elaborar dípticos de bolsillo con el algoritmo, que se repartirán después de cada sesión a los profesionales involucrados en la asistencia de estos pacientes.

Tras un año de la aplicación del protocolo, se revisarán los resultados obtenidos.

INDICADORES

Se proponen los siguientes indicadores para la monitorización e implementación del protocolo:

1.

Numerador: N° de pacientes que acuden a urgencias con crisis de angioedema a los que se realiza anamnesis que incluye los siguientes aspectos: antecedentes familiares, antecedentes personales y tratamiento farmacológico actual x 100

Denominador: N° total de pacientes que consultan por angioedema en el servicio de urgencias

2.

Numerador: N° de pacientes que acuden al servicio de urgencias con crisis aguda de angioedema sin diagnóstico previo, que son derivados al alta al servicio de alergología para su diagnóstico definitivo x 100

Denominador: N° total de pacientes que consultan por angioedema en el servicio de urgencias

3.

Numerador: N° de pacientes que acuden al servicio de urgencias con crisis aguda de angioedema con compromiso orofaríngeo, sin diagnóstico previo, que no responde a tratamiento antihistamínico, y que reciben tratamiento con fármacos anti- bradikinérgicos x 100

Denominador: N° total de pacientes que consultan por angioedema en el servicio de urgencias

4.

Numerador: N° de pacientes que acuden al servicio de urgencias con crisis aguda de angioedema con compromiso orofaríngeo, con diagnóstico previo de angioedema bradikinérgico, que reciben tratamiento antibradikinérgico x 100

Denominador: N° total de pacientes que consultan por angioedema en el servicio de urgencias

El responsable de la obtención de los indicadores, será el gestor del protocolo. La fuente de datos será la historia clínica informatizada en el programa PCH de urgencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0297

1. TÍTULO

INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

La periodicidad de su obtención, anual.

DURACIÓN

- Creación del grupo de trabajo de angioedema: Enero 2015.
- Elaboración del protocolo: Hasta Junio 2015.
- Elaboración de posters y dípticos de bolsillo durante Julio y Agosto 2015.
- Sesión clínica a los adjuntos de urgencias, residentes y personal de enfermería: En Septiembre 2015, en la cual se comenzarán a repartir los dípticos.
- Colocación de pósters: en Septiembre 2015
- Inicio de la aplicación del protocolo: Septiembre 2015
- Revisión de resultados: Septiembre 2016.

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 - 2016/0127

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 Vasculat 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 - 2018/0660

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ AMORES ARRIAGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA NOAIN ALBERTO
GOMEZ BITRIAN JOAQUIN
VALIENTE MARTINEZ CAROLINA
HORNA OREJA OIHANA
DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA
FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la presentación del proyecto en mayo de 2018 se han realizado las siguientes actividades:

- 1- Formación del grupo de trabajo.
- 2- Análisis de la situación, valorando el consumo de fluidoterapia del servicio y concretando qué envases son los que más se deshechan.

Respecto a los envases de 500 y 1000 cc se realiza:

- 1- Revisión de la literatura
- 2- Redacción de un documento resumen de las indicaciones de la fluidoterapia en urgencias, sencillo, adaptado a un uso rápido.
- 3- Difusión al personal facultativo de urgencias (en sesión de servicio)
- 4- Difusión al personal en formación que realiza turnos de atención continuada en urgencias con recordatorios (envío a su correo electrónico en 2 ocasiones)
- 5- Medición del número de envases del 15 de febrero de 2018 al 15 de junio de 2018.
- 6- Medición del número de envases del 15 de febrero de 2019 al 15 de junio de 2019 (pendiente de completarse)

Respecto los envases de 100:

- 1- Revisión de la literatura
- 2- Redacción de una tabla con las recomendaciones en ficha técnica de cada uno de los fármacos incluidos en el botiquín de urgencias del HCU en este momento, indicando si puede ser administrado en bolo, dilución intermitente, perfusión, usos subcutáneo o intramuscular. .
- 3- Difusión al personal facultativo de urgencias y a enfermería.
- 4- Colocación de carteles explicativos en cada uno de los botiquines de urgencias.
- 5- Medición del número de envases del 15 de febrero de 2018 al 15 de junio de 2018.
- 6- Medición del número de envases del 15 de febrero de 2019 al 15 de junio de 2019 (pendiente de completarse)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido al retraso en el inicio del proyecto, no ha sido posible iniciar la medición del indicador de ninguno de los dos apartados del proyecto, el resultado se obtendrá a finales de junio cuando se complete dicha medida, aunque se obtendrán indicadores parciales mensuales para incidir en el recordatorio o realizar más acciones de divulgación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente de relanzar la medición tras implantar la acción de mejora por la dificultad en lograr una correcta difusión de las acciones de mejora debido al amplio número de personal que realiza guardias en urgencias y lo heterogéneo de su formación, por lo que se ha adaptado el documento a múltiples especialidades y niveles de formación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/660 ===== ***

Nº de registro: 0660

Título
ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autores:
AMORES ARRIAGA BEATRIZ, GARCIA NOAIN ALBERTO, GOMEZ BITRIAN JOAQUIN, VALIENTE MARTINEZ CAROLINA, CANTIN GOLET AMPARO, HORNA OREJA OIHANA, DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA, FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0660

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERPAI EN URGENCIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

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: Múltiples patologías
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión ("no hacer")
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La sueroterapia intravenosa es una de las medidas terapéuticas más frecuentemente utilizadas en los Servicios de Urgencias y Emergencias. De forma global la fluidoterapia tiene como finalidad mantener el equilibrio hidroelectrolítico si no es posible que el paciente ingiera líquidos, o tratar las alteraciones hidroelectrolíticas. Otra utilidad de la fluidoterapia es servir de vehículo en la administración de fármacos de uso endovenosos. Pero en ocasiones se hace un uso indiscriminado de la fluidoterapia, añadiéndola al tratamiento de forma rutinaria sólo por el hecho de que el paciente esté esperando pruebas analíticas o utilizándola para disolver fármacos que pueden ser administrados directamente. Como cualquier fármaco, su uso debe de estar justificado, ya que no está exento de riesgos, derivados del propio fármaco o de la forma de administración. El uso de la fluidoterapia en nuestro servicio de urgencias ha aumentado exponencialmente, tanto en el uso de sueros (glucosado 5%, glucosalino y sodio cloruro 0,9%) de 500 cc o de 1000 cc como en el de los utilizados para disolver fármacos en envases de 100 cc (sodio cloruro 0,9%), pasando a ser el primer fármaco en gasto de la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Creemos posible adecuar el uso de fluidoterapia insistiendo en las indicaciones y ajustando los fármacos que precisan dilución para su administración. No es posible analizar de forma individual si se ha mejorado o no la adecuación de la fluidoterapia, pero una medida indirecta es el número de envases solicitados a farmacia

MÉTODO

En el primer punto:

- 1- Redacción de un documento de indicaciones generales de fluidoterapia adaptada a la actividad de nuestro servicio.
- 2- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal en formación.
- 3- Valoración del número de envases de fluidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio.
- 4- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 3% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.

En el segundo punto,

- 1- Se realizará un listado de los fármacos de uso habitual en urgencias vía intravenosa.
- 2- Se describirá cuales no precisan dilución.
- 3- Se elaborará un documento resumen.
- 4- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal de enfermería. La sesión se repetirá para poder abarcar al mayor número de personal.
- 5- Valoración del número de envases de fluidoterapia (de 100 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio.
- 6- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 100 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 2% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.

INDICADORES

Uso de fluidoterapia envases de 1000 y de 500 cc:

(Número de envases de 500 cc y de 1000 cc solicitados en 4 meses antes de la puesta en marcha del proyecto línea/pacientes atendidos en el servicio en esos 4 meses)/ (Número de envases de 500 cc y de 1000 cc solicitados en 4 meses después de la puesta en marcha del proyecto línea/pacientes atendidos en el servicio en esos 4 meses)

Uso de fluidoterapia de 100 cc:

(Número de envases de 100 cc solicitados en 4 meses antes de la puesta en marcha del proyecto línea/pacientes atendidos en el servicio en esos 4 meses)/ (Número de envases de 100 cc solicitados en 4 meses después de la puesta en marcha del proyecto línea/pacientes atendidos en el servicio en esos 4 meses)

DURACIÓN

Durante los meses de mayo a agosto se redactarán los dos documentos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0660

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERPAI EN URGENCIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

En septiembre se realizará la difusión y formación.
La medición del número de envases solicitados se realizará en los meses de octubre de 2018 a enero 2019 (ambos incluidos) y se comparará con los datos de los meses de octubre 2017 a enero de 2018.

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 - 2018/0839

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ALBERTO GARCIA NOAIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTERAS GOMEZ ANA BELEN
CASULLA FLORIA JORGE
FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA
TENO NAVARRO ISABEL MARIA
RAMOS CACHO NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reuniones periódicas, al menos mensuales, de los miembros del plan de mejora para analizar los pros y contras de las diferentes modificaciones establecidas, y establecer los próximos objetivos a conseguir.
- Difusión entre todos los miembros del equipo asistencial de todos los cambios propuestos y adoptados. A través del correo corporativo y en un total de 4 sesiones informativas a lo largo del año.
- Contacto periódico con los responsables de nuestros aplicativos informáticos y propuestas de posibles mejoras (soporte PCH): agrupar documentos, desautorizar impresión de documentos ...
- Comunicación con los diferentes servicios del Hospital para mejorar nuestra interacción "digital". Por correo corporativo e información in situ.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han conseguido los siguientes objetivos:

1. Reducir el consumo bruto de papel en las distintas etapas del circuito asistencial, evitando duplicidades con el sistema digital y garantizando la confidencialidad:
 - a. Etiquetas identificativas.
 - b. Triaje y traslado del paciente por parte del celador a las distintas áreas de Atención (Críticos, Ambulatoria, Atención Médica, Cirugía, Traumatología, Psiquiatría, Pediatría, Oftalmología, Ginecología y Obstetricia).
 - c. Cambios de ubicación dentro de cada área de atención.
 - d. Solicitud de exámenes de laboratorio
 - e. Petición de estudios radiológicos y traslado de los pacientes para el mismo con retorno a su lugar de origen.
 - f. Consulta de informes y pruebas complementarias previas
 - g. Redacción de informe de alta médica y de cuidados de enfermería.
2. Difusión de la conciencia de "urgencias sin papeles" promoviendo el uso sistematizado de los sistemas digitales de la información.
3. Revisión de cada punto de los distintos circuitos asistenciales incidiendo en el uso preferente de las TICS sin necesidad de consumo de papel.

La medición de los indicadores propuestos ha sido:

- Informe puntual a los miembros del servicio de los cambios establecidos y las modificaciones en el circuito asistencial

Fuente de información: grupo de mejora

Realizado (estándar: realizado).

- Elaboración del acta de las reuniones del equipo del plan de mejora

Fuente de información: grupo de mejora

Realizado (estándar: realizado)

- Estimación de la reducción de costes en el consumo .Reducción porcentual comparativa con el año anterior del consumo/petición a suministros de paquetes de folios y tóner de tinta para impresoras

Fuente de información: suministros en los últimos 3 meses del año.

El consumo/petición promedio de folios semanales pasó de 16400 a

13000: 21% (estándar: 20%).

El consumo/petición promedio de tóner de impresoras (un total de 18

unidades en el servicio) pasó de 4 a 3,4: 15% (estándar: 20%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Ha cambiado nuestra forma de trabajo al difundir la cultura de "urgencias sin papeles" con mayor interacción con los sistemas digitales, modificando la costumbre establecida de duplicar la información en soporte escrito.
- Queda camino por recorrer para consolidar el proyecto ante la gran variabilidad y renovación del personal que interacciona en nuestra Unidad.
- Debemos incidir en los usos no asistenciales que implican consumos en este sentido.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0839

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

*** ===== Resumen del proyecto 2018/839 ===== ***

Nº de registro: 0839

Título
USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
GARCIA NOAIN ALBERTO, ESTERAS GOMEZ ANA BELEN, CASULLA FLORIA JORGE, AMORES ARRIAGA BEATRIZ, FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA, TENO NAVARRO ISABEL MARIA, RAMOS CACHO NURIA

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 patologías
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- El problema con el uso de papel no es sólo el daño ecológico que significa, sino también el reto que representa para nuestra organización y productividad. El consumo excesivo de papel no sólo es negativo para el ambiente ya que los costes asociados (de impresión, de copiado, almacenamiento, y en última instancia del papel mismo) pueden representar cientos/miles de euros al año, en especial si tenemos en cuenta que la tinta para impresora es el líquido más caro del mundo.
- En los últimos años hay una corriente para disminuir o eliminar el consumo de papel. En inglés se dice "to go paperless", que traducido directamente suena bastante radical: eliminar por completo el papel de nuestras vidas puede ser una perspectiva un poco extrema. Sin embargo, con un poco de dedicación y voluntad, y el uso de las herramientas adecuadas, es posible reducir nuestro consumo de papel y adoptar sistemas más eficaces, donde nuestra información esté segura, accesible y fácil de localizar.
- Aplicado a nuestra unidad de Urgencias se plantea como un reto en la organización de nuestro sistema de trabajo y en la concienciación de los profesionales que interactuamos en el mismo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Reducir el consumo bruto de papel en las distintas etapas del circuito asistencial, evitando duplicidades con el sistema digital y garantizando la confidencialidad:
 - a. Etiquetas identificativas.
 - b. Triage y traslado del paciente por parte del celador a las distintas áreas de Atención (Críticos, Ambulatoria, Atención Médica, Cirugía, Traumatología, Psiquiatría, Pediatría, Oftalmología, Ginecología y Obstetricia).
 - c. Cambios de ubicación dentro de cada área de atención.
 - d. Solicitud de exámenes de laboratorio
 - e. Petición de estudios radiológicos y traslado de los pacientes para el mismo con retorno a su lugar de origen.
 - f. Consulta de informes y pruebas complementarias previas
 - g. Redacción de informe de alta médica y de cuidados de enfermería.
2. Difusión de la conciencia de "urgencias sin papeles" promoviendo el uso sistematizado de los sistemas digitales de la información.
3. Revisión de cada punto de los distintos circuitos asistenciales incidiendo en el uso preferente de las TICS sin necesidad de consumo de papel.

MÉTODO

- Reuniones periódicas de los miembros del plan de mejora para analizar los pros y contras de las diferentes modificaciones establecidas, y establecer los próximos objetivos a conseguir.
- Difusión entre todos los miembros del equipo asistencial de todos los cambios propuestos y adoptados.
- Contacto periódico con los responsables de nuestros aplicativos informáticos y propuestas de posibles mejoras.
- Comunicación con los diferentes servicios del Hospital para mejorar nuestra interacción "digital".

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0839

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Indicadores:

- Informe puntual a los miembros del servicio de los cambios establecidos y las modificaciones en el circuito asistencial ? (estándar: realizado).
- Realización del acta de las reuniones del equipo del plan de mejora (estándar: realizado)
- Estimación de la reducción de costes en el consumo .Reducción porcentual comparativa con el año anterior del consumo/petición a suministros de paquetes de folios y tóner de tinta para impresoras (estándar: 20%).

DURACIÓN

Desde enero hasta diciembre de 2018. Reuniones bimensuales del equipo de mejora con acta y difusión de decisiones. Medición de reducción del consumo al final de año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0123

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANOBLESA. CONTINUACION

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ AMORES ARRIAGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO
HORNA OREJA OIHANA
VALIENTE MARTINEZ CAROLINA
CANTIN GOLET AMPARO
DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA
BERNAL JULIAN MARIA DOLORES
GOMEZ BITRIAN JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer punto:

- 1- Redacción de un documento de indicaciones generales de fluidoterapia adaptada a la actividad de nuestro servicio. Ya realizado el año previo
- 2- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal en formación. Ya realizado el año previo y repetido este
- 3- Valoración del número de envases de fluidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio. Ya realizado (se ha realizado la medición del 15 de febrero al 15 de junio de 2018) y se ha repetido al medición tras las medidas
- 4- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 3% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.
- 5- Realización de cortes en al medida del indicador de forma mensual para incidir en la mejora del indicador, utilizando distribución por correo, carteles informativos y sesiones. Se ha optado por cortes de periodos más largos para ver el impacto de la medida

En el segundo punto,

- 1- Se realizará un listado de los fármacos de uso habitual en urgencias vía intravenosa. Ya realizado el año previo
- 2- Se describirá cuales no precisan dilución. Ya realizado el año previo
- 3- Se elaborará un documento resumen. Ya realizado el año previo
- 4- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal de enfermería. La sesión se repetirá para poder abarcar al mayor número de personal.. No ha podido repetirse, se ha realizado distribución vía mail
- 5- Valoración del número de envases de fluidoterapia (de 100 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio. Ya realizado (se ha realizado la medición del 15 de febrero al 15 de junio de 2018)
- 6- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 100 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 2% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.
- 5- Realización de cortes en al medida del indicador de forma mensual para incidir en la mejora del indicador, utilizando distribución por correo, carteles informativos y sesiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha disminuído de forma calra el consumo de envases de 500 y de 1000 cc. Los datos son de disminución del 22% lso sueros glucosalinos de 1000cc, del 26% los sueros glucosalinos de 500, Respecto al suero fisiológico en envases de 1000 la siminución ah sido dle 6%, y en envases de 500 ml se ha reducido el 49.7%. Estos datos son sin tener en cuenta el aumento del número de asistencias.

En los envases de 100 cc (segundo punto) es donde la disminución no ha alcanzado los objetivos con una disminución absoluta del 0.4% que al corregir con el auemtno del núemro de pacietnes mejoraría pero sin alcanzar el objetivo. Dentro del análisis de las causas de esta falta de disminución de sueros de 100 destaca la falta de tiempo de enfermería para administrar fármacos en bolo-lento/diluídos no en 100 cc además de las consabidas de costumbre, duda...

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Acciones simples consiguen efectos importantes.
Cambiar costumbres adquiridas es complicado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resúmen del proyecto 2019/123 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0123

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANOBLESA. CONTINUACION

Nº de registro: 0123

Título
ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES. CONTINUACION

Autores:
AMORES ARRIAGA BEATRIZ, GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO, HORNA OREJA OIHANA, VALIENTE MARTINEZ CAROLINA, CANTIN GOLET AMPARO, DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA, BERNAL JULIAN MARIA DOLORES, GOMEZ BITRIAN JOAQUIN

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: visitas a urgencias
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El año anterior se inició el proyecto de mejorar el uso de la fluidoterapia en urgencias puesto que se había valorado que se hacía un sobreuso con consumo de recursos de manera innecesaria, y además ausmiendo unos posibles efectos adversos por ese sobreuso. Desde el inicio del proyecto, se han redactado dos documentos para mejorar el uso y se ha iniciado su divulgación, pero no se ha podido medir el impacto de este proyecto por haberse retrasado el inicio. Durante el curso de 2019, se va a continuar con al medición de indicadores y se realizarán nuevas acciones para mejorar el uso de la fluidoterapia.

RESULTADOS ESPERADOS
mejorar el

MÉTODO
Creemos posible adecuar el uso de fluidoterapia insistiendo en las indicaciones y ajustando los fármacos que precisan dilución para su administración. No es posible analizar de forma individual si se ha mejorado o no la adecuación de la fluidoterapia, pero una medida indirecta es el número de envases solicitados a farmacia. Para ello se continuará el proyecto iniciado el año pasado, por lo que se detalla los puntos ya realizados y los previstos:
En el primer punto:
1- Redacción de un documento de indicaciones generales de fluidoterapia adaptada a la actividad de nuestro servicio. Ya realizado
2- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal en formación. Ya realizado
3- Valoración del número de envases de fluidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio. Ya realizado (se ha realizado la medición del 15 de febrero al 15 de junio de 2018)
4- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 3% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.
5- Realización de cortes en al medida del indicador de forma mensual para incidir en la mejora del indicador, utilizando distribución por correo, carteles informativos y sesiones.

En el segundo punto,
1- Se realizará un listado de los fármacos de uso habitual en urgencias vía intravenosa. Ya realizado
2- Se describirá cuales no precisan dilución. Ya realizado
3- Se elaborará un documento resumen. Ya realizado
4- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal de enfermería. La sesión se repetirá para poder abarcar al mayor número de personal. Pendiente de repetir.
5- Valoración del número de envases de fluidoterapia (de 100 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio. Ya realizado (se ha realizado la medición del 15 de febrero al 15 de junio de 2018)
6- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 100 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 2% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.
5- Realización de cortes en al medida del indicador de forma mensual para incidir en la mejora del indicador, utilizando distribución por correo, carteles informativos y sesiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0123

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANOBLESA. CONTINUACION

INDICADORES

Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 3% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.
Valoración del número de envases de fluidoterapia (de 100 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio. Ya realizado (se ha realizado la medición del 15 de febrero al 15 de junio de 2018

DURACIÓN

Dadao que es continuación, la medición del número de envases ya se ha iniciado el 15 de febrero de 2019 y se realizarán coortes el 15 de marzo, de abril y mayo.
Se prerogramará una nueva sesión formativa con enfermería y se enviará de nuevo el documento recordatorio al personal facultativo y residentes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0345

1. TÍTULO

CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE PAMELA VILAFRANCA RUIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLANS ATANCE ADRIAN
EZQUERRA RODRIGO ANA MARIA
MALO LATORRE TERESA
CRISTOBAL ALMAZAN EVA
JORQUI PEREZ EVA
SANCHO ARRUGA MARIA JESUS
MERCADAL ALOS ANA EMILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El grupo de mejora se ha reunido 8 veces a lo largo del año 2019 cumpliendo con el calendario marcado. Se ha utilizado el aula del servicio de urgencias para las reuniones que han durado desde las 9 hasta las 12. El proyecto se ha desarrollado mediante la realización de un curso impartido en dos ocasiones de forma oficial a través del programa de formación incluido en el portal del empleado del salud, coincidiendo con el mayor movimiento de personal en el servicio de urgencias(junio y octubre). Se ha impartido el curso a 20 personas en cada ocasión, entre TCAES y Enfermeras. La mayoría personal de nueva incorporación a nuestro servicio. En el curso se les explica el funcionamiento del servicio de Urgencias del HCU Lozano Blesa, con sus diferentes áreas, peculiaridades y normas internas y del hospital en general, mediante unas presentaciones en Power Point que ha desarrollado el grupo en las reuniones a lo largo del año. Además, se realiza una visita al servicio. El curso se imparte a lo largo de una mañana de 8:30 a 14:30, teniendo la intención de ampliarlo a dos jornadas a lo largo del año 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han cumplido los objetivos de mejorar la calidad asistencial y la seguridad en el servicio de urgencias porque el personal que se ha incorporado a la plantilla en estos periodos y que han realizado el curso han tenido información y formación adecuada a su nuevo puesto de trabajo. Además ha disminuido la sobrecarga del personal de plantilla a la hora de formar a los nuevos compañeros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este equipo de mejora debe de continuar para ampliar el curso que se imparte actualmente y poder abarcar más temas importantes y para continuar formando al personal que se incorpora a trabajar al servicio de urgencias. También queremos incluir en esta formación a los compañeros del hospital que en ocasiones de necesidades del servicio tienen que bajar a prestar sus servicios en urgencias y que no conocen bien su funcionamiento, programas informáticos, etc.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/345 ===== ***

Nº de registro: 0345

Título
CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
VILAFRANCA RUIZ PAMELA, SOLANS ATANCE ADRIAN, EZQUERRA RODRIGO ANA MARIA, MALO LATORRE TERESA, CRISTOBAL ALMAZAN EVA, SANCHO ARRUGA MARIA JESUS, JORQUI PEREZ EVA, MERCADAL ALOS ANA EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier tipo de urgencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0345

1. TÍTULO

CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS

Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dada la continua incorporación de personal sin experiencia en la Unidad de Urgencias y debido a que la organización y funcionamiento de este Servicio tiene una serie de connotaciones diferentes al resto de las Unidades del hospital, creemos necesario que el personal de enfermería de nueva incorporación, esté entrenado y preparado para dar una rápida y eficaz respuesta a todo tipo de situaciones que puedan presentarse. Necesidad detectada en el propio Servicio de Urgencias. Demanda de los propios profesionales, tanto verbalmente como a través de encuestas de opinión.

RESULTADOS ESPERADOS

Garantizar una asistencia de eficaz y segura a los pacientes que acuden a Urgencias.
Aumentar la calidad asistencial.
Disminuir la sobrecarga que supone al personal de la Unidad tanto TCAE como enfermeros, la incorporación de personal sin experiencia en Urgencias.

MÉTODO

Preparación de un manual de acogida con material didáctico que incluye medios audiovisuales, documentación, enlaces on line.
Sesiones informativas sobre el funcionamiento interno de la Unidad.
Cualificación del personal de nueva incorporación.

INDICADORES

Nª de sesiones informativas realizadas a lo largo del año.
Porcentaje de asistentes a las sesiones clínicas.

DURACIÓN

Este proyecto se realiza durante el año 2019.
La previsión de las sesiones será a demanda y en dependencia de los periodos de contratación. (Mínimo 2 al año)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0505

1. TÍTULO

CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA SALA DE OBSERVACION DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 29/12/2019

2. RESPONSABLE CONCEPCION LOPEZ ALBA
· Profesión TCAE
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA MORON MARIA JESUS
BELTRAN PEREZ MAR
GARCIA BAUTISTA MARIA PAZ
ADAN MURO LUISA MARIA
CARRASCO DIEZ MARIA PILAR
CASULLA FLORIA JORGE
SERRANO ARANDA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

RESUMEN DE LA ACTIVIDAD:

1- Realizamos vídeos y documentos en PDF explicativos para el personal de enfermería sobre los temas:

- ¿Qué es la Sala de Observación?
- Cronología de tareas.
- Manejo básico de PCH.
- ¿Cómo realizar peticiones a farmacia?
- Manejo de los monitores de la Sala de Observación.
- Cómo montar una cama de contención.
- Manejo básico del BIPAP Carina.
- También realizamos vídeos explicativos para TCAES sobre los temas:
- Tareas TCAE en la Sala de Observación.
- Cronología de tareas TCAE.
- Material necesario para la realización de una paracentesis evacuatoria.

2- Creamos una cuenta de Gmail con el fin de disponer de un sistema de almacenamiento de datos gratuito y a través del cual se pueda compartir información. En el DRIVE de la cuenta de Gmail dividimos la información en dos carpetas: ENFERMERÍA Y TCAES, de esta manera, las supervisoras pueden compartir toda esta información con el personal que se incorpora a nuestro servicio, enviando el enlace de la carpeta correspondiente a su profesión, a su cuenta de correo electrónico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para valorar los resultados del proyecto, hemos comprobado que les ha llegado correctamente la información, con la suficiente antelación. El material recibido les ha parecido claro y de gran utilidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos conseguido una asistencia más eficaz y segura a los pacientes que acuden a la Sala de Observación, aumentando así la calidad asistencial.

También hemos conseguido disminuir la sobrecarga que supone al personal de la Unidad tanto TCAE como enfermeros, la incorporación de personal sin experiencia.

Como aspectos pendientes, se irá revisando la información para ir actualizándola con los cambios que se produzcan en el servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/505 ===== ***

Nº de registro: 0505

Título
CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA SALA DE OBSERVACION DE URGENCIAS

Autores:
LOPEZ ALBA CONCEPCION, CASULLA FLORIA JORGE, ADAN MURO LUISA MARIA, CARRASCO DIEZ MARIA PILAR, GARCIA BAUTISTA MARIA PAZ, BELTRAN PEREZ MAR, GARCIA MORON MARIA JESUS, SERRANO ARANDA LAURA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0505

1. TÍTULO

CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA SALA DE OBSERVACION DE URGENCIAS

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 se discrimina patología.
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dada la continua incorporación de personal sin experiencia en la Sala de Observación de Urgencias y debido a que la organización y funcionamiento de este Servicio tiene una serie de connotaciones diferentes al resto de las Unidades del hospital, creemos necesario que el personal de enfermería de nueva incorporación, esté entrenado y preparado para dar una rápida y eficaz respuesta a todo tipo de situaciones que puedan presentarse.
Necesidad detectada en la propia Sala.
Demanda de los profesionales, tanto verbalmente como a través de encuestas de opinión

RESULTADOS ESPERADOS

Garantizar una asistencia de eficaz y segura a los pacientes que acuden a la Sala de Observación.
Aumentar la calidad asistencial.
Disminuir la sobrecarga que supone al personal de la Unidad tanto TCAE como enfermeros, la incorporación de personal sin experiencia.

MÉTODO

Preparación de un manual de acogida con material didáctico que incluye medios audiovisuales, documentación y enlaces on line.
Sesiones informativas sobre el funcionamiento interno de la Unidad.
Cualificación del personal de nueva incorporación.

INDICADORES

Nº de sesiones informativas realizadas a lo largo del año.
Porcentaje de asistentes a las sesiones clínicas

DURACIÓN

Este proyecto se realiza durante el año 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1049

1. TÍTULO

CODIGO ICTUS EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ADRIAN SOLANS ATANCE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCEGA TIRADA JOSE LUIS
JORQUI PEREZ EVA
MARIN MORILLO INMACULADA
RODRIGUEZ PEREZ NATALIA
SOLANS ATANCE ADRIAN
TORRES ARGANDOÑA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Formación experto en Ictus por Angels Initiative
2. Inicio de análisis de fiabilidad de Coaguchek
3. Propuesta de formación para TCAE y Enfermeros en Urgencias
4. Estandarizar procedimiento de actuación en Código Ictus

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Formación experto en Ictus por Angels Initiative

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente de realizar la formación al resto del personal y estandarización del procedimiento de actuación de un código Ictus

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1049 ===== ***

Nº de registro: 1049

Título
LA ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL CODIGO ICTUS EN URGENCIAS

Autores:
SOLANS ATANCE ADRIAN, ALCEGA TIRADO JOSE LUIS, TORRES ARGANDOÑA MARIA PILAR, MARIN MORCILLO INMACULADA, RODRIGUEZ PEREZ NATALIA, JORQUI PEREZ EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: ICTUS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a la gran importancia que tiene el tiempo de actuación en el proceso agudo de diagnóstico y tratamiento del ICTUS en el servicio de Urgencias, queremos concienciar al personal de enfermería de Urgencias de que nuestra labor en este proceso es imprescindible e importante.
Además, el Servicio de Neurología nos ha invitado en diversas ocasiones a participar activamente en la fase hiperaguda del ICTUS.

RESULTADOS ESPERADOS
Garantizar con eficacia, calidad y seguridad la asistencia a los pacientes en fase hiperaguda del ICTUS.
Mejorar la calidad asistencial.
Colaboración estrecha con el grupo del ICTUS del hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1049

1. TÍTULO

CODIGO ICTUS EN URGENCIAS

MÉTODO

Preparación de un formulario (check-list) para que el personal de enfermería de Vitales sepa sistemáticamente cómo actuar correctamente ante un paciente con sospecha de ICTUS .
Realización de talleres teórico prácticos sobre los cuidados enfermeros que requieren los pacientes que acuden a Urgencias con sospecha de ICTUS.

INDICADORES

Nº de talleres realizados a lo largo del año.
Porcentaje de asistentes a los talleres.

DURACIÓN

Este proyecto se realiza durante el año 2019
La previsión de los talleres será trimestral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1350

1. TÍTULO

MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO U. LOZANO Blesa. IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE DANIEL SAENZ ABAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM

ELIA GUEDEA MANUELA

SANCHEZ MARTELES MARTA

REBOLLO PINA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En 2019 se ha instaurado en todas las unidades de adultos del Hospital una escala de parámetros fisiológicos basada en el Modified Early Warning System con el fin de mejorar la atención y detectar de manera precoz los cambios en los pacientes que puedan indicar deterioro de su salud. Se trata del sistema de alerta temprana o código alerta (en inglés son los Physiologic Track and Trigger Systems). Está basado en la medición de constantes vitales y observaciones clínicas para reconocer el deterioro del paciente y responder con una atención específica según el riesgo de empeoramiento y su relevancia se fundamenta en el número de personas hospitalizadas que sufren eventos adversos graves debidos a una falta de reconocimiento precoz de su empeoramiento.

Organismos comprometidos con la calidad en la atención sanitaria como The Joint Commission en sus metas nacionales y la Agency for Healthcare Research and Quality en su informe de recomendaciones basadas en la evidencia de 2013 han reflejado la importancia de introducir sistemas como el Código Alerta que mejoran la detección precoz del deterioro de los pacientes y su atención específica dado que, en la mayoría de las ocasiones, el empeoramiento de un enfermo es precedido por cambios en los parámetros fisiológicos tales como la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno, la tensión arterial, la temperatura o el nivel de conciencia.

El HCU Lozano Blesa ha implantado esta herramienta en diferentes fases y se ha volcado en lograr su consecución dado que reconocer los cambios de situación en los pacientes hospitalizados es una función valiosa que realizan principalmente las enfermeras puesto que son el personal sanitario más cercano al paciente durante el ingreso.

1. Elección de escala de parámetros fisiológicos y respuesta asistencial asociada
En 2018, un grupo de facultativos consensuó una tabla de puntuación que valora 6 parámetros (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, tensión arterial sistólica y sensorio), otorgando de 0 a 3 puntos cada parámetro según su desviación de la normalidad (máximo 18 puntos).

Categoriza a los pacientes en cuatro niveles de riesgo, identificándolos con color y acompañados de respuesta asistencial distinta:

- 0 Continuar con la monitorización habitual cada 12 horas
- 1 Vigilancia clínica y toma de constantes cada 8 horas
- 2 Mayor vigilancia clínica y toma de constantes cada 4 horas
- De 3 a 18 Valoración urgente de médico responsable y toma de constantes cada hora

2. Implantación

Con el objetivo de implantar su uso en las unidades de hospitalización se desarrollaron las siguientes acciones:

- Introducción en el Sistema de Información Gacela de las variables y cálculo automático de la categorización del nivel de riesgo.

- Información formal del código alerta/alerta temprana. Email de inicio e inclusión en contrato programa.
- Presentación del proyecto y difusión en el servicio.
- Sesiones clínicas en los servicios.
- Desarrollo de la herramienta informática en el aplicativo Gacela y tutorización en las unidades.
- Formación continuada: sesiones para el personal de enfermería y curso para los residentes de primer año.

3. Seguimiento

Durante el seguimiento surgió la necesidad de excluir el parámetro de diuresis de la tabla de puntuación (no hay control de diuresis a todos los pacientes) y de revisar el funcionamiento y características de los termómetros disponibles en el hospital debido a la activación del nivel máximo de riesgo por temperaturas corporales de entre 35.5 - 35.9 ° C. Facultativos clínicos no vieron oportuno modificar los umbrales de los parámetros.

Se monitorizó la activación de la respuesta asistencial en los pacientes que alcanzaron el máximo nivel de riesgo según sus constantes según su unidad de hospitalización y se presentaron los datos en las distintas unidades, con el propósito de generar un feed back adecuado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1350

1. TÍTULO

MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO U. LOZANO Blesa. IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de pacientes a los que se ha activado la alerta temprana con puntuación = o > de 3 en el MEWS: 68,99.
% de pacientes con activación de alerta temprana que reciben valoración médica por motivo de su puntuación en MEWS: 100.
% de pacientes hospitalizados que precisan ingreso en UCI de forma NO programada: 15,25.

Resaltar que, según las auditorías realizadas, el 100% de los pacientes que han alcanzando el nivel máximo de riesgo fueron valorados por el médico correspondiente.

De manera informal se nos ha comunicado un aumento de número de valoraciones de pacientes por parte de los facultativos durante las guardias. Coincidiendo con la implantación del Código Alerta han aumentado las valoraciones de la saturación de oxígeno en los pacientes, sin modificarse el registro del resto de parámetros (TA, FC, FR, Tª y nivel de conciencia).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación dentro del Sistema de Información Gacela del Código Alerta Temprana ha facilitado el éxito en el seguimiento por parte de los profesionales. El equipo está satisfecho con los resultados alcanzados y la repercusión que tiene en los cuidados y atención a los pacientes ingresados potencialmente graves.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1350 ===== ***

Nº de registro: 1350

Título
MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO Blesa".
IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA

Autores:
SAENZ ABAD DANIEL, SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM, ELIA GUEDEA MANUELA, SANCHEZ MARTELES MARTA, REBOLLO PINA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología: Cualquier proceso
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las razones más frecuentes de mortalidad potencialmente evitable, según el análisis de incidentes notificados al sistema de Reino Unido desde 2010 a 2012, fueron la incorrecta actuación durante el empeoramiento del paciente, la falta de prevención y la deficiente supervisión y monitorización de signos vitales. Estos hallazgos se producen principalmente en las unidades de hospitalización de pacientes no críticos y podrían ser reducidos si el empeoramiento de los pacientes fuera identificado a tiempo.

Los sistemas utilizados para este reconocimiento precoz son los "Early Warning Systems" (EWSs) o "Physiological Track and Trigger Warning Systems" (TTs). Se tratan de sistemas de alarma basados en la observación periódica de variables fisiológicas que se monitorizan rutinariamente durante el periodo de hospitalización de los pacientes. El sistema a adoptar por el HCU "Lozano Blesa" sería el Modified Early Warning Score (MEWS) que contempla la medición de las siguientes variables y estratifica el riesgo según sus puntuaciones.

La investigación muestra que los resultados de las variables que provocan la activación de los sistemas de alerta temprana se asocian a un mayor riesgo de ingreso no programado en UCI y de mortalidad en un plazo de 24-48h.

El registro de cuidados en el aplicativo GACELA permite de forma sistemática, en las unidades de hospitalización médicas y quirúrgicas no críticas, monitorizar los signos de alarma y establecer las alarmas de alerta temprana que permiten identificar el empeoramiento de los pacientes y los riesgos potenciales de mortalidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1350

1. TÍTULO

MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO U. LOZANO Blesa. IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA

RESULTADOS ESPERADOS

- Garantizar la accesibilidad informática al complejo de Alerta Temprana
- Promover la identificación de los pacientes hospitalizados en riesgo de empeoramiento basándose en el Modified Early Warning Score (MEWS)
- Garantizar una atención sanitaria precoz a los pacientes en riesgo de empeoramiento
- Valorar el impacto de la implantación de Alerta Temprana en la Mortalidad Bruta del hospital
- Reducir el número de ingresos en UCI procedentes de las unidades de hospitalización convencional
- Conocer las estancias medias de los pacientes según su diagnóstico principal y realizar comparación pre y post implantación del Código Alerta
- Garantizar la implantación efectiva del proyecto Alerta Temprana en las Unidades de Hospitalización
- Disminuir la Mortalidad Bruta en el Servicio de UCI
- Conocer las estancias medias de los pacientes según su diagnóstico principal y realizar comparación pre y post implantación del Código Alerta
- Conocer la opinión sobre la herramienta Alerta Temprana de los profesionales del HCU Lozano Blesa

MÉTODO

- Difusión de la herramienta basada en el Modified Early Warning System en las unidades de hospitalización
- Comunicación del modo de activación de respuesta temprana a pacientes en riesgo de empeoramiento según MEWS

MEWS

- Sesión de enfermería incluida en el Plan de Formación Continuada del Sector
- Sesión Clínica general
- Formación de acogida al personal médico especialista en formación (MIR)
- Actualización del programa informático Gacela Care
- Provisión de equipos informáticos en las unidades que lo requieran
- Cuantificación de avisos a facultativos por riesgo de empeoramiento de pacientes emitidos adecuadamente
- Monitorización de exploraciones y cambios de tratamiento realizados tras recibir aviso de paciente con riesgo de empeoramiento
- Retroalimentación trimestral a las jefaturas de servicio y supervisiones de enfermería del desarrollo del Código Alerta Temprana y la monitorización de indicadores
- Encuesta de opinión a los profesionales sobre el grado de utilidad y satisfacción con la herramienta Código Alerta Temprana

INDICADORES

- % de unidades de hospitalización convencional con la gestión informática del complejo alerta temprana activada
- % de pacientes a los que se ha activado la alerta temprana con puntuación = o > de 3 en el MEWS
- % de pacientes con activación de alerta temprana que reciben valoración médica por motivo de su puntuación en MEWS
- Informe de valoración de Tasa de Mortalidad Bruta del HCU "Lozano Blesa"
- % de pacientes hospitalizados que precisan ingreso en UCI de forma NO programada
- Tasa de mortalidad en UCI
- n.º de días de estancia de pacientes según diagnóstico (sepsis, insuficiencia respiratoria aguda y complicación de hemorragia postintervención)

DURACIÓN

- Implantación informática en las unidades durante el primer trimestre de 2019
- Sesión general en Salón de actos en marzo de 2019
- Sesión específica de enfermería en unidades de hospitalización primer semestre del año 2019
- Evaluación trimestral de Indicadores
- Encuesta de opinión a los profesionales durante el 2º semestre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1423

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES BERNAL JULIAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AMORES ARRIAGA BEATRIZ
GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO
RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE
VILLAFRANCA RUIZ PAMELA
MARCO BORDERAS MARIA
GONZALEZ ESGUEDA AINHOA
RODRIGO GASCA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

FORMACION:

En diciembre del 2018, hubo una importante actualización del Programa de Ayuda al Triage (web e-PAT) y hubo que formar de nuevo a toda la plantilla. Se hicieron un total de 7 talleres formativos en las siguientes fechas del 2018: 29 y 30 de octubre, 6, 8, 12, 14 y 15 de noviembre.

En el año 2019 se han hecho otros dos nuevos talleres de formación el 15 de mayo y el 2 de octubre.

El taller consiste en una clase teórica con ordenadores y casos ficticios en el aula de informática, así como prácticas reales en el puesto de Triage del hospital.

Nos hemos reunido a lo largo del año en tres ocasiones:

18/12/2018
14/12/2019
12/11/2019

En la primera reunión: fue el reencuentro tras meses de inactividad. En ella se presentaron a los nuevos miembros del grupo de trabajo ya que, aunque no estaba acreditado, se estaba trabajando en él como herramienta de apoyo al Triage y como medio para resolver dudas.

Se acordó presentar la acreditación para ser incluido como Proyecto de Mejora dentro del Acuerdo de Gestión año 2019

Retomamos el Procedimiento y establecimos los pasos a seguir.

En esa misma reunión y en las siguientes:

Continuamos con la elaboración del Procedimiento.

Concretamos los anexos a unir al Procedimiento:

1. PACIENTES CON PATOLOGÍA MAMARIA
2. PACIENTES CON EL RECONOCIMIENTO DE ATENCIÓN SANITARIA ACOMPAÑADA Y DE MÍNIMA ESPERA
3. ACTIVACIÓN CÓDIGO ICTUS DESDE TRIAJE
4. CIRCUITO DEL ECG URGENTE

Se han ido cambiando o modificando ciertos circuitos para agilizar la asistencia.

Se han ido atendiendo las necesidades y dudas que han ido surgiendo.

Se mantiene informado continuamente a todo el personal a través del correo electrónico y a través de los talleres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Gran avance en el Procedimiento.

Mejoras en el sistema informático:

Activación temprana código Sepsis, infarto o ICTUS

En la columna "Observaciones" pueden aparecer:

- o V: Observación hecha por el médico
- o X: Observación hecha por el enfermero de Triage
- o M: Paciente con mínima espera

Dichas observaciones son de gran ayuda para el personal que va a realizar la atención.

Se ha establecido un circuito especial a los pacientes que vienen derivados para Dermatología por las mañanas.

Pacientes que vienen con p10. Se acuerda donde derivarlos para su atención.

Se acuerda cómo se deben trasladar a los pacientes con sospecha de TVP o de hernia inguinal, así como a los pacientes epilépticos (en silla, camilla...)

Se acuerdan los casos en los que el Adjunto de vital tiene que valorar los pacientes en el triaje (pacientes inestables, potencialmente agitados y que están sedados...)

Se acuerda cuándo se debería abrir un tercer cuarto de triaje, aunque esto último no siempre es posible.

Paciente que da datos en admisión, pero no llega a pasar por el triaje porque se marcha: se establece el cómo y quién debe sacarlo del programa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1423

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE

Pacientes con patología de mama: se establece cuándo debe ser atendida por Ginecología o por Cirugía

Paciente pediátrico: con la nueva actualización, el triaje es mucho más específico y se ajusta más a las necesidades de este tipo de pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de trabajo valora positivamente la labor desarrollada puesto que es de gran utilidad para nuestra actividad diaria.

Otro reto para el próximo año, es la introducción del documento oficial para el triaje manual en caso de caída del sistema, cosa que ocurre con cierta frecuencia.

La finalización del Procedimiento es el objetivo principal sin olvidar la atención diaria al Triage y resolución de los problemas y dudas que van surgiendo diariamente. Por ello y porque las Urgencias es un servicio en constante evolución y crecimiento, se hace necesaria una continuidad en el grupo de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1423 ===== ***

Nº de registro: 1423

Título
GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE

Autores:
BERNAL JULIAN MARIA DOLORES, AMORES ARRIAGA BEATRIZ, GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO, RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE, VILLAFRANCA RUIZ PAMELA, MARCO BORDERAS MARIA, GONZALEZ ESGUEDA AINHOA, RODRIGO GASCA LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS LAS PATOLOGÍAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Garantizar una atención urgente de calidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La urgencia es un servicio vivo y en constante evolución y crecimiento. Dentro de la urgencia, el Triage es una parte ESENCIAL puesto que constituye la puerta de entrada al sistema sanitario. Permite la clasificación de los pacientes según el nivel de urgencia de una forma segura y eficiente. El triaje se basa en una toma de decisiones a partir de una valoración individualizada, dinámica y adaptada a las características del paciente/familia y del servicio. Esta valoración se realiza a partir de una información muchas veces incompleta y bajo una presión continua por lo que los profesionales que realizan esta función deben tener unas habilidades y competencias específicas. En urgencias, el personal está en constante cambio, por lo que es necesario tener un buen sistema de formación y una plataforma que recoja sus carencias y necesidades y tenga la capacidad de darles solución y apoyo, así como que garantice una continua actualización y formación de sus profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar a aquellos pacientes que requieren de una atención inmediata.
- Clasificar a los pacientes según la prioridad clínica y así disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad.
- Determinar el área de tratamiento más adecuada.
- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los servicios de urgencias.
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales implicados en urgencias
- Brindar información completa al paciente y su familia sobre la clasificación de triaje y los tiempos de espera para su atención.
- Servir de plataforma de apoyo a los profesionales implicados en el proceso de Triage.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1423

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE

MÉTODO

- Actualizar procedimiento de Triage existente en el hospital para adecuarlo a las necesidades reales y actuales del servicio, profesionales y usuarios del servicio de urgencias.
- Servir de apoyo a los profesionales que se encargan del triaje para recoger todas sus dudas e intentar aportar una solución adecuada.
- Programar cursos de formación para el personal de nueva incorporación siguiendo las recomendaciones de SEMES.
- Estar al tanto de actualizaciones periódicas del programa informático, el cual debe estar integrado en los circuitos asistenciales del servicio de urgencias así como de la historia clínica electrónica.

INDICADORES

- Monitorización a la adaptación del nuevo Protocolo.
- Formación de los profesionales de nueva incorporación: se valorará asistencia a cursos de formación y el alcance al mayor número de profesionales.
- Medición de los siguientes indicadores:
 1. Tiempo de admisión/triaje
 2. Tiempo de realización del triaje
 3. Correlación entre ingresos y nivel de triaje
 4. Correlación entre nivel de triaje y complejidad del paciente.

DURACIÓN

Este proyecto se realiza durante el año 2019.
La previsión de las sesiones será mensual, mínimo unas 8 al año.

OBSERVACIONES

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 - 2016/0359

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 PREDISPONENTES 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, adaptándolo 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 litiasico 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 litiásico 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 LITIÁISIS 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 POBES 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 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 - 2018/0798

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

Fecha de entrada: 16/02/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO XAVIER ELIZALDE BENITO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLANCO CHAMORRO CARLOS
MONZON ALEBESQUE FRANCISCO
AMBROJ NAVARRO CARMEN
CAPAPE POVES VICTORIA
MARTIN MONTAÑES MANUEL
PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO
VALLE GERHOLD JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha conseguido el diseño de una estandarización de seguimiento de los pacientes con HBP, con inclusión de los tres parámetros básicos, volumetría prostática, antígeno prostático específico (PSA) y tacto rectal (todos ellos valorados como máximo en 1 año previo a la cirugía), previos a la cirugía, con alto porcentaje de cumplimiento, para ser el primer año, en la historia clínica del paciente e implicación por parte de los miembros del programa de calidad.

Falta el desarrollo de la estandarización de las fichas de inclusión en lista de espera quirúrgica para facilitar la inclusión de los datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pacientes con volumetría prostática ecográfica
83,7% (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)
Pacientes con Tacto Rectal
51,16% (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos))
Pacientes con PSA
81,39% (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)
Pacientes sin los 3 parámetros básicos
11,62% (estándar =<75% 1º año; =<50% 2º año; =<25% 3º año; <20% en sucesivos)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde el inicio del programa de calidad, a pesar de la corta andadura, se ha objetivado que casi todos los pacientes con HBP incluidos en lista de espera quirúrgica presentan alguno de los parámetros básicos (volumetría prostática, PSA y tacto rectal) previos a la cirugía.

Hay un alto cumplimiento de los indicadores, ya en este primer año, con menor resultado cuantitativo del tacto rectal, quizá por la dificultad de recopilación en las historias clínicas, que es donde se ha realizado la búsqueda.

Se comentará los resultados en sesión clínica para implementar que sea en la ficha de inclusión en lista de espera quirúrgica donde sean cumplimentados estos parámetros, para mejorar los resultados y facilitar la búsqueda de los datos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/798 ===== ***

Nº de registro: 0798

Título
OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA

Autores:
ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER, BLANCO CHAMORRO CARLOS, MONZON ALEBESQUE FRANCISCO, AMBROJ NAVARRO CARMEN, CAPAPE POVES VICTORIA, MARTIN MONTAÑES MANUEL, PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO, VALLE GERHOLD JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato genitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0798

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) afecta a la mitad de los varones mayores de 50 años. Una cifra que se incrementa hasta el 80% a partir de los 80 años. Se trata de la enfermedad de la próstata más frecuente, de una de las causas de ingreso hospitalario más común entre los españoles y del primer motivo de consulta en los servicios de urología. La Urología Funcional es una disciplina de la Urología que está adquiriendo un mayor protagonismo y proyección en los últimos años. El crecimiento de la Urología Funcional es paralelo al mayor interés de los profesionales sanitarios sobre patologías relacionadas con la disfunción miccional. La cirugía en pacientes con hipertrofia benigna de próstata obtiene óptimos resultados en aquellos pacientes con obstrucción del tracto urinario inferior secundaria a adenoma prostático. La realización de la ecografía con volumetría prostática, PSA y tacto rectal previos a la cirugía son procedimientos que permiten evaluar preoperatoriamente el tipo de intervención y estimar el tiempo operatorio y de ingreso. Con este objetivo hemos diseñado un proyecto de optimización en el manejo de esta patología, esencial para poder tomar ulteriores decisiones y el manejo de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del estudio va a ser mejorar el tratamiento de los pacientes con HBP (población diana varones adultos), estandarizando y facilitando el diagnóstico, y por consiguiente el adecuado tratamiento, siguiendo las directrices de la Asociación Española de Urología y European Association of Urology. Permitirá la racionalización de pruebas complementarias, técnicas diagnósticas y tratamientos de urología funcional con alto impacto en la calidad asistencial. Es especialmente importante recalcar que el estrecho contacto con el paciente con disfunción miccional y sus problemas, la atención integral y la aplicación de tratamientos específicos adecuados a la patología funcional subyacente, tendrán como resultado una mayor eficacia y satisfacción del paciente y sus familiares.

Como consecuencia de se espera:

- Acortar los circuitos de los pacientes.
- Optimizar el tiempo quirúrgico.
- Mejorar la información del proceso de cada paciente.
- Mejorar la atención integral al paciente con hiperplasia benigna de próstata.

MÉTODO

Realizaremos una estandarización de seguimiento de los pacientes con HBP, con inclusión de los tres parámetros básicos (volumetría prostática, PSA y tacto rectal) previos a la cirugía. Será preciso una reunión inicial para estandarizar el procedimiento y valoraciones trimestrales. Una vez en marcha el modelo de solicitud será responsabilidad de todos los miembros del Servicio realizar un adecuado seguimiento. Permitirá acortar el circuito de los pacientes en relación a pruebas diagnósticas previas a inclusión en lista de espera quirúrgica, y una mejor elección de la técnica quirúrgica con la optimización que supone en el tiempo quirúrgico y planificación del parte de quirófano.

INDICADORES

Ecografía con volumetría prostática prequirúrgica en pacientes con hiperplasia benigna prostática 1 año antes de la cirugía. (estándar=>25%)

Tacto rectal prequirúrgico en pacientes con hiperplasia benigna prostática 1 año antes de la cirugía. (estándar=>25%)

Antígeno prostático específico (PSA) prequirúrgico en pacientes con hiperplasia benigna prostática 1 año antes de la cirugía. (estándar=>25%)

Tasa de pacientes sin los 3 parámetros previos a cirugía por hipertrofia benigna de próstata 1 año antes de la cirugía. (estándar = 20%)

Estos indicadores serán medidos preoperatoriamente sobre todos los pacientes sometidos a cirugía por HBP durante el periodo evaluado, obteniéndolos de las historias clínicas y revisión de inclusión en lista de espera quirúrgica y protocolos quirúrgicos en la base de datos File Maker del servicio de Urología.

Criterios de exclusión: No se contemplan.

DURACIÓN

Dado que ya se dispone del lugar y personal adecuado para llevarlo a cabo, así como la base de datos de protocolos quirúrgicos, es factible comenzar en cuanto se estandarice para lo que se necesitará el primer trimestre. El programa debería continuarse durante al menos 1 año, con monitorizaciones, para finalmente incorporarlo a la rutina permanente del Servicio, valorando su ampliación posterior a otro año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0798

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

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 - 2018/0904

1. TÍTULO

CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE CARLOS MURILLO PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLASCO BELTRAN BENJAMIN
GARCIA MAGARIÑO JESUS
HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO
MEDRANO LORENTE PILAR
PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO
RAMIREZ FABIAN MANUEL
SUBIRA RIOS JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la puesta en marcha de este proyecto, en enero de 2018, se ha procedido, en primer lugar, en la Base de Datos "Protocolos Quirúrgicos" a homogeneizar la denominación de las intervenciones quirúrgicas. Concretamente todas las RTU por carcinoma o tumor vesical se han denominado "RTU Tumor Vesical".
Contabilizando el período de 1 de enero a 1 de diciembre de 2018, se han realizado 233 RTU de Tumor Vesical. Hemos comprobado que el 74,7% de los protocolos operatorios tenían cumplimentado los ítems "nº de tumores" y "tamaño", y el 59,6% el ítem "tasa de recidiva". En conjunto el 58,7% tenían cumplimentados los 3 ítems observados en el acto quirúrgico.
Dado que los ítems de Anatomía Patológica se cumplimentan en la primera revisión en consulta, aproximadamente al mes de la RTU, cumplían este criterio 189 protocolos, en los que el 50,2% tenían relleno el ítem "categoría" y el 47,0% el ítem "grado". Los ítems de Anatomía Patológica se cumplimentaron en el 41,0%, observados al mes de la intervención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el 32,2,8% de los protocolos operatorios aparecen cumplimentados los 5 ítems, es decir están correctamente cumplimentados.
En el lado negativo se han detectado un 17,4% de protocolos sin ningún ítem, es decir mal cumplimentados. Finalmente, el 50,3% estaban parcialmente cumplimentados.
Respecto a la Base de Datos ECOCIS (para el seguimiento y control de los tumores vesicales), todavía no hemos podido perfilar la manera de realizar la auditoría.
Finalmente, en el seguimiento de la Base de Datos de Biopsias de Próstata, realizadas desde el 1 de enero 328 biopsias, hemos hallado un cumplimiento de los datos en el 74,4% del tacto rectal y del 86,6% de los datos ecográficos, siendo el 71,6% correctamente cumplimentados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al haberse modificado la filosofía de estos Programas de Calidad, aceptados a finales de junio pasado, solo hemos podido realizar la monitorización que se presenta en diciembre, aunque el calendario previsto es de 3 monitorizaciones anuales, lo que se realizará en las sucesivas prórrogas del programa.
Estos resultados se presentarán en Sesión del Servicio de Urología con el objeto de mejorar la cumplimentación. Se comunicará, a título privado, a aquellos profesionales con una tasa mas alta de no cumplimentación.
No hemos hallado, en el año actual, la fórmula para controlar los datos de la base ECOCIS.
A pesar de la corta trayectoria del programa los resultados iniciales han sido buenos, incluso superiores al estándar previsto, lo que es un estímulo para la mejora continua en los próximos años. En Biopsia de Próstata han sido muy buenos, aunque mejorables.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/904 ===== ***

Nº de registro: 0904

Título
CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER

Autores:
MURILLO PEREZ CARLOS, BLASCO BELTRAN BENJAMIN, GARCIA MAGARIÑO JESUS, HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO, MEDRANO LORENTE PILAR, PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO, RAMIREZ FABIAN MANUEL, SUBIRA RIOS JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0904

1. TÍTULO

CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Urología se dotó así mismo, hace años, por iniciativa propia, de un programa informático para gestión de datos, denominado "Filemaker®", con el cual se han generado muchas bases de datos aplicadas a distintos aspectos de la asistencia sanitaria del Servicio. Comenzó como un sistema de gestión de los protocolos operatorios y ahora se ha ramificado a Litotricia, Biopsias de próstata, Urodinámica, Andrología, Tumores vesicales superficiales, Tumores vesicales infiltrantes, etc. En el Servicio ejercen su actividad 18 médicos de plantilla más 4-5 médicos residentes, que utilizan de manera habitual este programa, así como secretarías y enfermeras. Esto hace que se produzcan algunos "incumplimientos" en el llenado de los datos de los diferentes formularios. Dado que algunas de estas bases de datos sirven para "clasificar" determinadas patologías y determinar así el tratamiento, seguimiento o pauta a seguir, en cada caso, nos resultaría muy útil conseguir que el número de incumplimientos se redujera al mínimo.

RESULTADOS ESPERADOS

Hemos decidido iniciar este programa, a modo de "auditoría" interna, para averiguar el impacto real de la ausencia de estos datos y, por supuesto, proponer al resto de miembros del Servicio un esfuerzo para subsanar estos fallos. Es comprensible que dado que el número de profesionales implicados no es pequeño, el objetivo puede necesitar de un cierto tiempo para ser alcanzado plenamente.

L

MÉTODO

La primera acción será homogeneizar la nomenclatura utilizada para definir las técnicas quirúrgicas, en los protocolos operatorios de la base datos Filemaker®, con el objeto de que las búsquedas de estos protocolos, a partir de ahora, se puedan realizar con la seguridad de que se rescatan todos los protocolos de esa técnica quirúrgica. Se modificará la forma de introducir la denominación de la técnica con un "desplegable", con posibilidad de indicar el lado (derecho-izquierdo) y de varias técnicas quirúrgicas simultáneas al mismo paciente. Además, se comunicará a todos los miembros del Servicio la necesidad de indicar en el diagnóstico de las cistoscopias por control postoperatorio de tumor vesical, que no será otro que "Control de tumor vesical", para que así conste en la base de datos de PROTOCOLOS. Para los controles de la cumplimentación de los protocolos de tumor vesical se revisarán los realizados en cada período en relación con las intervenciones realizadas, valorando los datos ausentes y los responsables de la falta de datos. Se calcularán los porcentajes de protocolos hechos/no hechos y completos/incompletos. Para los controles de la cumplimentación del programa ECOCIS se recurrirá a, primero, búsqueda de las cistoscopias por "Control de tumor vesical" y, a continuación, comprobar que estos pacientes tienen abierta ficha en la base de datos ECOCIS. Se valorarán los porcentajes de fichas hechas/no hechas, su cumplimentación y los responsables de la falta de datos. Se calcularán los porcentajes de fichas hechas/no hechas y completas/incompletas. Para los controles de la cumplimentación del programa BIOPSIAS DE PRÓSTATA se revisarán las fichas de la base de datos, en relación con las biopsias realizadas, valorando los datos ausentes y los responsables de la falta de datos. Se calcularán los porcentajes de fichas hechas/no hechas y completas/incompletas.

INDICADORES

1. Homogeneización de la nomenclatura de las técnicas quirúrgicas en el archivo de protocolos operatorios
2. Protocolos operatorios con adecuada nomenclatura, del total de esa técnica quirúrgica
3. Sistema de control de la cumplimentación de los protocolos de RTU de tumor vesical
4. Protocolos operatorios de RTU de tumor vesical con los datos cumplimentados (nº de tumores, tamaño, recidiva, anatomía patológica)
5. Sistema de control de la cumplimentación de la base de datos ECOCIS
6. Pacientes con diagnóstico de Tumor vesical incluidos en programa ECOCIS, del total de los sometidos a cistoscopia de control
7. Sistema de control de la cumplimentación de la base de datos Biopsia de próstata
8. Pacientes sometidos a biopsia de próstata con todos los campos cumplimentados, respecto a todas las biopsias realizadas

Los coordinadores del programa se encargarán de la evaluación, solicitando la colaboración de quien se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0904

1. TÍTULO

CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER

considere necesario.

Se presentarán los resultados en sesión clínica y se contactará con los profesionales que hayan incurrido en errores, de forma privada, para valorar la causa de los mencionados fallos.

DURACIÓN

Fecha de inicio: 1/01/2018. Fecha de finalización: abierta.

Monitorizaciones previstas (fecha aproximada): Finales de Abril, Agosto y Diciembre

Presentación en Sesión Clínica: Mitad de Mayo y Septiembre

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 - 2018/0909

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCION EN LA ESTENOSIS DE URETRA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE VICTORIA CAPAPE POVES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALLE GERHOLD JORGE
UCAR TERREN ALBERTO
AMBROJ NAVARRO CARMEN
TIMON GARCIA ALEJANDRO
BLANCO CHAMORRO CARLOS
NAVARRO GIL JOAQUIN
BLASCO BELTRAN BENJAMIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la puesta en marcha de este proyecto, en julio de 2018 se han realizado 11 cirugías de estenosis uretral y 5 dilataciones uretrales en quirófano.

De ellas 3 fueron uretrotomías con mucosa oral, 8 uretrotomías internas.

Todos los pacientes intervenidos con plastia de mucosa oral han sido evaluados en la consulta especializada de patología uretral por los miembros del equipo quirúrgico que realizan dicha intervención. De las 8 uretrotomías, 3 fueron en pacientes que no habían pasado por la consulta específica.

La cirugía ha sido indicada en la primera visita. Y se han intervenido en un plazo inferior a 6 meses.

Al alta son remitidos a la misma consulta donde se realizan los distintos esquemas de seguimiento y control. Los pacientes a los que se ha realizado uretrotomía endoscópica NO habían sido controlados en esta consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nombre del Indicador y Valor (resultado cuantitativo) del Indicador :

- Existe una consulta específica de patología uretral: SI (estándar = SI)

- Pacientes programados desde esta consulta: 27 % (estándar >30% 1o año / >60% 2o año / >90% 3o año).

- Pacientes de consulta con cumplimentación de al menos 3 ítems o mas (historia, exploración, ecografía, cistoscopia o calibración, test miccional):

27 % (estándar >30% 1o año / >60% 2o año / >90% 3o año)

- Pacientes con Urocultivo previo: 50% (estándar >30% 1o año / >60% 2o año /

>90% 3o año).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La consulta específica de uretra está ya creada y se logra una recepción adecuada de los pacientes con estenosis uretral.

Todos los pacientes intervenidos, con mucosa oral, de patología uretral a lo largo de este año han pasado por su consulta especializada, donde se les realizan en la primera visita las pruebas complementarias pertinentes para decidir la mejor indicación de la técnica (exploración física, cistoscopia) y en esa misma primera visita ya quedan incluidos en lista de espera quirúrgica.

Como actividades pendientes queda por mejorar los indicadores de urocultivo, ecografía y cuestionario PROM, que no han sido completados en todos los pacientes, así como conseguir que todos los pacientes con patología uretral, candidata a uretrotomía interna, sean derivados a esta consulta.

Queda mucho por hacer para concienciar al resto de compañeros del Servicio para orientar a los pacientes con patología uretral hacia esta consulta especializada, por lo que los datos se expondrán en sesión clínica.

Vistos los resultados la prórroga del programa en años sucesivos es muy necesaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/909 ===== ***

Nº de registro: 0909

Título
MANEJO DE ALTA RESOLUCION DE LA ESTENOSIS URETRA

Autores:
CAPAPE POVES VICTORIA, VALLE GERHOLD JORGE, UCAR TERREN ALBERTO, AMBROJ NAVARRO CARMEN, TIMON GARCIA ALEJANDRO, BLANCO CHAMORRO CARLOS, NAVARRO GIL JOAQUIN, BLASCO BELTRAN BENJAMIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0909

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCION EN LA ESTENOSIS DE URETRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La estenosis uretral es una patología relativamente frecuente en nuestros días a pesar de haber disminuido las estenosis postinfecciosas. Ello se debe a que han aumentado otras de las causas de estenosis como son las traumáticas y especialmente las yatrogénicas.
La incidencia de la estrechez uretral masculina y su impacto negativo es desconocida. La mayoría de los pacientes experimentan síntomas del tracto urinario bajo moderados (principalmente de vaciado), acompañados de infecciones del tracto urinario recurrentes.
La incidencia de esta enfermedad es muy variable en diferentes regiones del globo, pero puede afectar hasta al 0,6% de la población de ciertas áreas y su impacto sanitario no es despreciable. Se estima que en EE.UU. es responsable de 5.000 hospitalizaciones y 1,5 millones de consultas ambulatorias al año, con un coste superior a 200 millones de dólares anuales.
Su presentación es muy variable, de ahí la dificultad para su manejo, pudiendo pasar desapercibida a cualquier urólogo. Sobre todo porque además su incidencia no es muy elevada.
Actualmente no existe una consulta especializada que homogenice y protocolice el manejo de esta patología no demasiado frecuente pero sí con repercusión en la calidad miccional y de vida del paciente así como sus niveles de ansiedad. Quedando la gestión de esta patología al criterio de cada especialista.
Se pretende crear una unidad de uretra que pueda recibir y centralizar todos los pacientes con sospecha de estenosis uretral para que reciban un diagnóstico y tratamiento especializados acordes a los protocolos de la patología. Así cada paciente podrá recibir el tratamiento acorde a su tipo de estenosis, para minimizar las complicaciones que pueden estar asociadas con la terapia y que adicionan morbilidad como son sangrados, infección, incontinencia, impotencia y fallo terapéutico con el uso repetido.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: pacientes con sintomatología obstructiva de tracto urinario inferior y sospecha de estenosis uretral.

Se pretende optimizar el manejo del paciente con estenosis de uretra. Acelerando el proceso diagnóstico y tratamiento disminuyendo su ansiedad y los efectos adversos derivados de la mala calidad miccional. Además al ser una consulta específica se homogeneiza el protocolo de actuación de este paciente que puede pasar desapercibido debido a la clínica poco específica.

MÉTODO

El paciente que consulta por síntomas obstructivos de tracto urinario inferior y en el que se sospecha la posibilidad de que exista una estenosis de uretra se remite a la consulta especializada de uretra habiéndosele pedido previamente una cistouretrografía miccional seriada (CUMS).
En la consulta se valora al paciente de acuerdo a su sintomatología (cuestionario PROM), exploración física (aparato genital, tacto rectal...) y los resultados de la CUMS.
Si se diagnostica de estenosis de uretra, en la misma consulta disponemos de cistoscopia para valorar el estado de la mucosa uretral y la localización exacta de la estenosis así como su calibre de cara a plantear la mejor opción quirúrgica correctora.
Así mismo se dispone en la consulta de ecógrafo para evaluar el estado de la vía urinaria superior y la existencia o no de elevado residuo postmiccional.
Con los hallazgos obtenidos en esta única visita médica se puede incluir al paciente en lista quirúrgica para realizar la corrección uretral.
El seguimiento de los pacientes con esta cirugía se haría desde la misma consulta para hacerles durante la misma visita la cistoscopia de control, retirada de sonda vesical o talla si las portaran y valoración con el cuestionario sobre calidad miccional en estenosis de uretra (cuestionario PROM).

De esta forma se le evitan al paciente varias visitas para realizar cada una de las pruebas diagnósticas disminuyendo el periodo de espera hasta realizar la cirugía y por tanto de los niveles de ansiedad y malestar.

INDICADORES

Para monitorizar el funcionamiento del manejo del paciente con estenosis uretra hemos tomado como indicadores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0909

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCION EN LA ESTENOSIS DE URETRA

que se pueden realizar tanto en la primera visita como en las sucesivas revisiones los siguientes:

- Exploración física genital.
- ECO aparato urinario.
- Cistoscopia.
- Calibrado uretral.
- Cuestionario PROM.
- Urocultivo.

DURACIÓN

Se pretende implantar esta consulta a lo largo del año 2018, y continuar con su desarrollo si los resultados fuesen satisfactorios de manera 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 - 2018/0977

1. TÍTULO

ELABORACION DE ICONOGRAFIA (INFORMACION ESCRITA) SOBRE EL PROGRAMA FAST TRACK EN CISTECTOMIA RADICAL, PARA SER ENTREGADO A LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JORGE SUBIRA RIOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MURILLO PEREZ CARLOS
RAMIREZ FABIAN MANUEL
HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO
GARCIA-MAGARIÑO ALONSO JESUS
MEDRANO LLORENTE PILAR
ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER
NAVARRO GIL JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la aprobación del Proyecto de Calidad, a mediados del año 2018, se han realizado varias reuniones entre los participantes del proyecto.
Se ha elaborado por consenso un guion del texto, con la información a transmitir a los pacientes, y de unas viñetas a realizar, como base fundamental del folleto informativo.
Las primeras viñetas las está realizando, a mano, un dibujante experto y urólogo en temas médicos, bajo la supervisión de miembros el equipo del Proyecto, por lo que su "acabado" está siendo más largo de los esperado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el momento actual se han elaborado un 75% de las viñetas previstas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hacer las cosas bien requieren su tiempo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/977 ===== ***

Nº de registro: 0977

Título
ELABORACION DE ICONOGRAFIA (INFORMACION ESCRITA) SOBRE EL PROGRAMA FAST TRACK EN CISTECTOMIA RADICAL PARA SER ENTREGADO A LOS PACIENTES QUE VAN SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE

Autores:
SUBIRA RIOS JORGE, MURILLO PEREZ CARLOS, RAMIREZ FABIAN MANUEL, HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO, GARCIA-MAGARIÑO ALONSO JESUS, MEDRANO LLORENTE PILAR, ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER, NAVARRO GIL JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El programa Fast track en cistectomía ha demostrado en nuestro centro una mejora significativa de los resultados en términos de estancia, complicaciones, reingreso, sin estancia en UCI y especialmente si se cumplen todos los ítems.
De los 20 ítems reconocidos con evidencia en cistectomía radical sólo nos falta por cumplir el primero:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0977

1. TÍTULO

ELABORACION DE ICONOGRAFIA (INFORMACION ESCRITA) SOBRE EL PROGRAMA FAST TRACK EN CISTECTOMIA RADICAL, PARA SER ENTREGADO A LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE

entregar información escrita al paciente antes de comenzar el procedimiento multidisciplinar.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar iconografía escrita para entregar a los pacientes que van a ser intervenidos de cistectomía radical explicando todo el proceso: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

MÉTODO

En primera instancia una reunión para poner en común ideas sobre el guion a elaborar, según la Guía Salud de cirugía mayor abdominal pero adaptándola a cistectomía radical y a nuestro medio.
posteriormente elaborar el documento en un formato sencillo y práctico para luego ser entregado a Calidad del Hospital y una vez validado poder ser utilizado en consulta específica de cistectomía radical: UROCIS

INDICADORES

elaboración de la iconografía escrita y entregarla a la comisión de calidad para su validación y uso hospitalario

DURACIÓN

septiembre 2018: reunión entre los componentes del proyecto para elaborar un guion de la información a entregar.
octubre 2018: elaboración de la información escrita.
noviembre 2018: entrega a Calidad HCU para su validación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0210

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA ESTENOSIS DE URETRA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE VICTORIA CAPAPE POVES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLE GERHOLD JORGE
UCAR TERREN ALBERTO
AMBROJ NAVARRO CARMEN
TIMON GARCIA ALEJANDRO
BLANCO CHAMORRO CARLOS
BLASCO BELTRAN BENJAMIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la puesta en marcha de este proyecto se ha creado una consulta específica de uretra donde remitir a cualquier paciente con sospecha de estenosis uretra tras una primera valoración urológica. En la consulta se dispone de ecógrafo, cistoscopio y sonda uretrales para llegar al proceso diagnóstico de la patología y a la indicación de la técnica quirúrgica correctora en la primera visita. El mismo equipo que inicia el proceso diagnóstico es el encargado de llevar a cabo la cirugía y el seguimiento posterior de estos pacientes, logrando una mayor calidad y personalización en la atención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde la puesta en marcha de la consulta se han realizado en nuestro Servicio de Urología 26 cirugías uretrales, 13 uretrotomías y 13 uretroplastias de ampliación con injerto oral.

En el último semestre de 2019 se han realizado 4 uretroplastias y 6 uretrotomías/dilataciones uretrales.

De todas estas cirugías el 75% de los pacientes intervenidos de uretroplastia (3 pacientes) habían sido evaluados en la Consulta especializada de Patología Uretral por los miembros del equipo quirúrgico que realizan dicha intervención. De las 6 uretrotomías, sólo 2 (33,3%) fueron en pacientes que habían pasado por la consulta específica. La mitad de los pacientes tenía urocultivo previo a la cirugía (un pacientes intervenidos de uretrotomía y 4 de uretroplastia).

La cirugía ha sido indicada en la primera visita.

Al alta son remitidos a la consulta específica de uretra donde se realizan los distintos esquemas de seguimiento y control.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La consulta específica de uretra está ya creada.

En los pacientes candidatos a uretroplastia se logra una recepción adecuada, ya que el 75% de los mismos pasan por dicha consulta. En cambio la mayoría de aquellos en los que la cirugía indicada es una uretrotomía (66,7%) no pasan por la consulta específica.

Sólo el 50% de todas las cirugías uretrales, de las cuales el 84% eran uretrotomías, contaban con urocultivo previo a la cirugía.

Sí que se logra un adecuado resultado en cuanto al estudio previo de los pacientes ya que el 100% contaban con dos items y el 90% con al menos 3 items.

Como actividades pendientes queda por mejorar el manejo del paciente candidato a uretrotomía. Probablemente porque se trata de la estenosis uretra más simple y frecuente y porque el tratamiento quirúrgico es más generalizado no se derivan estos pacientes a la consulta de uretra. Pero para optimizar el manejo y la indicación de los mismos, ya que se trata de una patología recurrente sería conveniente que todos pasaran por el mismo proceso de diagnóstico e indicación de la técnica quirúrgica.

También deberíamos aumentar el número de pacientes con urocultivo previo a la intervención, de nuevo son los pacientes de uretrotomía en los que más falta este dato.

Hemos alcanzado buenos resultados en cuanto a la cumplimentación de ítems clínicos y diagnósticos que se recogen en la consulta previa a la cirugía (ecografía, historia clínica, exploración, cuestionario PROM...).

Deberíamos conseguir que todos los pacientes con patología uretral, candidata a uretrotomía interna, sean derivados a la consulta especializada desde donde se indicará el procedimiento más óptimo.

Aún hay que concienciar al resto de compañeros del Servicio para orientar a los pacientes con patología uretral hacia esta consulta especializada, por lo que los datos se expondrán en sesión clínica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0210

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA ESTENOSIS DE URETRA

Vistos los resultados la prórroga del programa en años sucesivos es muy necesaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/210 ===== ***

Nº de registro: 0210

Título
MANEJO DE ALTA RESOLUCION EN LA ESTENOSIS DE URETRA

Autores:
CAPAPE POVES VICTORIA, VALLE GERHOLD JORGE, UCAR TERREN ALBERTO, AMBROJ NAVARRO CARMEN, TIMON GARCIA ALEJANDRO, BLANCO CHAMORRO CARLOS, BLASCO BELTRAN BENJAMIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras la aprobación de este programa para 2018, en junio, se diseñó el modo de funcionamiento de la Consulta de Alta Resolución para Estenosis de Uretra (ubicada en la Unidad de Litotricia), para poder realizar ecografía, cistoscopia, calibración uretral, etc, ese mismo día.
Así mismo se recogían los datos de pacientes incluidos en LEQ en esa misma consulta, objetivo final de la misma, para la programación y evaluación.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: pacientes con patología obstructiva del tracto urinario inferior y sospecha de estenosis uretral. Se pretende optimizar el manejo del paciente con estenosis de uretra. Acelerando el proceso diagnóstico y el tratamiento, disminuyendo su ansiedad y los efectos adversos derivados de la mala calidad miccional. Además al ser una consulta específica se homogeneiza el protocolo de actuación de este paciente que puede pasar desapercibido debido a la clínica poco específica.

MÉTODO
El paciente que consulta por síntomas obstructivos de tracto urinario inferior y en el que se sospecha que exista una estenosis de uretra se remite a la consulta específica de uretra habiéndosele pedido previamente una cistouretrografía miccional seriada (CUMS). En la consulta específica se valora al paciente de acuerdo a su sintomatología (cuestionario PROM), exploración física y hallazgos de la CUMS. Si se diagnostica de estenosis uretral en la misma consulta se dispone de cistoscopio para valorar el estado de la mucosa uretral y la localización exacta de a estenosis. Además en la consulta hay a nuestra disposición un ecógrafo para evaluar el tracto urinario superior y valorar la existencia de residuo postmiccional. Con los hallazgos de todas las pruebas realizadas en una única consulta se incluye al paciente en lista de espera para la cirugía más adecuada a cada caso.
El seguimiento de los pacientes intervenidos de cirugía uretral es en la misma consulta específica con las pruebas descritas previamente.

INDICADORES
- Existe una consulta específica de patología uretral: (estándar = SI)
- Pacientes programados desde esta consulta: estándar >30% 1º año / >60% 2º año / >90% 3º año.
- Pacientes de consulta con cumplimentación de al menos 3 ítems o más historia, exploración, ecografía, cistoscopia o calibración, test miccional: estándar >30% 1º año / >60% 2º año / >90% 3º año.
- Pacientes con Urocultivo previo: estándar >30% 1º año / >60% 2º año / >90% 3º año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0210

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA ESTENOSIS DE URETRA

DURACIÓN

Fecha de inicio 1/1/19. Fecha de finalización: abierta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0261

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

Fecha de entrada: 02/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO XAVIER ELIZALDE BENITO

· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLANCO CHAMORRO CARLOS
MONZON ALEBESQUE FRANCISCO
AMBROJ NAVARRO CARMEN
CAPAPE POVES VICTORIA
MARTIN MONTAÑES MANUEL
PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO
VALLE GERHOLD JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha conseguido el diseño de una estandarización de seguimiento de los pacientes con HBP, con inclusión de los tres parámetros básicos, volumetría prostática, antígeno prostático específico (PSA) y tacto rectal (todos ellos valorados como máximo en 1 año previo a la cirugía), previos a la cirugía, con alto porcentaje de cumplimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pacientes con volumetría prostática ecográfica	84,21% (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)
Pacientes con Tacto Rectal	15,8% (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)
Pacientes con PSA	89,47% (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)
Pacientes con uno de los 3 parámetros básicos	100%(estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)

El objetivo es permitir una mejor elección de la técnica quirúrgica para el tratamiento de la HBP, con la optimización que supone en el tiempo quirúrgico y planificación del parte de quirófano. Revisión de la Ficha de inclusión en lista de espera quirúrgica, protocolo quirúrgico en File Maker e historias clínicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha objetivado que todos los pacientes con HBP incluidos en lista de espera quirúrgica presentan alguno de los parámetros básicos (volumetría prostática, PSA y tacto rectal) previos a la cirugía, con un alto grado de cumplimiento.

Hay un alto cumplimiento de los indicadores, con menor resultado cuantitativo del tacto rectal, por la dificultad de recopilación en las historias clínicas y ausencia del mismo en la ficha de inclusión quirúrgica, que es donde se ha realizado la búsqueda.

Es necesario continuar el programa debido a la implicación que presenta en la indicación quirúrgica y a la aplicación de nuevas técnicas quirúrgicas innovadoras. Se insistirá en la estandarización de la ficha de inclusión en lista de espera quirúrgica en la HBP donde sean cumplimentados estos parámetros y en el protocolo quirúrgico en File Maker, para mejorar los resultados y facilitar la búsqueda de los datos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/261 ===== ***

Nº de registro: 0261

Título
OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA

Autores:
ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER, BLANCO CHAMORRO CARLOS, MONZON ALEBESQUE FRANCISCO, AMBROJ NAVARRO CARMEN, CAPAPE POVES VICTORIA, MARTIN MONTAÑES MANUEL, PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO, VALLE GERHOLD JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0261

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) se trata de la enfermedad de la próstata más frecuente, siendo el primer motivo de consulta en los servicios de urología. Este programa se aprobó a mediados del año 2018, por lo que los resultados obtenidos fueron del segundo semestre del año, siendo mejor de lo esperado para el primer año. Observamos una gran dificultad para la búsqueda de los datos de los parámetros básicos (volumetría prostática ecográfica, PSA y tacto rectal), ya que están en la historia clínica "en papel". Además, detectamos pacientes sin uno o varios parámetros en el año previo a la intervención quirúrgica, sobre todo el tacto rectal. De hecho, el 11,62% de pacientes se operaron sin ninguno de los 3 parámetros básicos y otros en ausencia de alguno de ellos. Por ello se hace necesario continuar con el programa durante el año 2019 y probablemente sucesivos.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del estudio va a ser mejorar el tratamiento de los pacientes con HBP, estandarizando y facilitando el diagnóstico, y por consiguiente el adecuado tratamiento, con alto impacto en la calidad asistencial.

Como consecuencia de se espera:

- Acortar los circuitos de los pacientes.
- Optimizar el tiempo quirúrgico.
- Mejorar la información del proceso de cada paciente.
- Mejorar la atención integral al paciente con hiperplasia benigna de próstata.

MÉTODO

Seguiremos con la estandarización de seguimiento de los pacientes con HBP, con inclusión de los tres parámetros básicos (volumetría prostática, PSA y tacto rectal) previos a la cirugía.

Para mejorar los resultados vemos necesario modificar el modo de actuación y anotar en la ficha de inclusión en Lista Quirúrgica y protocolos operatorios los parámetros objeto de estudio mejorando su búsqueda.

INDICADORES

Pacientes con volumetría prostática ecográfica (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)

Pacientes con Tacto Rectal (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)

Pacientes con PSA (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)

Pacientes sin los 3 parámetros básicos (estándar =<75% 1º año; =<50% 2º año; =<25% 3º año; <20% en sucesivos)

Estos indicadores serán medidos preoperatoriamente sobre todos los pacientes sometidos a cirugía por HBP durante el periodo evaluado, obteniéndolos de las historias clínicas y revisión de inclusión en lista de espera quirúrgica y protocolos quirúrgicos en la base de datos File Maker del servicio de Urología.

Criterios de exclusión: No se contemplan.

DURACIÓN

Fecha de inicio: 1/01/2019 Fecha de finalización: abierta

Dado que el Programa es continuación del año anterior, pretendemos hacer 2 monitorizaciones, en junio y diciembre, de los indicadores antes comentados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

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

*** ===== **