

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

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

Número de memorias: 124 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN	VALDEZATE GONZALEZ MARIANO	2016_0311	F	31/01/2018	FUSION DE DUPLICADOS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA
Z1	AP	CS ACTUR NORTE ADMISION Y DOCUMENTACION	RODRIGO PABLO MARIA JESUS	2016_1342	F	15/02/2018	MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE
Z1	AP	CS ACTUR NORTE ADMISION Y DOCUMENTACION	ARANDA CORVINOS MARIA DOLORES	2016_1570	S1	12/02/2018	CAPTACION E INFORMACION AL USUARIO PARA EL MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS PARA LA AUTOGESTION DE CITA, DATOS PERSONALES Y CONSULTA DE DATOS CLINICOS
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA	2016_0523	F	13/02/2018	MEJORA EN LA DERIVACION A DERMATOLOGIA DE LOS PACIENTES CON LESIONES PIGMENTARIAS MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	LOPEZ CAMPOS MONICA	2016_0582	F	10/01/2018	REALIZACION DE HOJAS DE INFORMACION PARA LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LACTANTES Y PARA UNA CORRECTA NUTRICION A LO LARGO DE LA EDAD PEDIATRICA SEGUN RANGOS DE EDAD
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	PUIG GARCIA MARIA CARMEN	2016_0642	F	16/02/2018	DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN	2016_1252	F	23/01/2018	MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA AL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE A.P. DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	VALLES PINTO MARIA DOLORES	2016_1737	S1	28/01/2018	PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA Y MATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE
Z1	AP	CS ACTUR OESTE ADMISION Y DOCUMENTACION	SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL	2016_1296	F	09/02/2018	OPTIMIZACION DE LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL C.S. AMPARO POCH
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	CALERO FUERTES MARTA	2016_1240	F	04/02/2018	MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA EN EL PACIENTE DIABETICO IMPLEMENTANDO LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	MORALES GREGORIO MARIA JESUS	2016_1295	F	04/02/2018	NORMALIZAN Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN Y BOTIQUINES
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	SIERRA SERRANO LUIS ELIAS	2016_1298	F	12/02/2018	PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	TORNOS SIMON TERESA	2016_1339	S1	16/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA RECOMENDACION DE LA VACUNACION FRENTE AL NEUMOCOCCO EN PACIENTES DIABETICOS
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	PEREZ RAMIREZ ISABEL	2016_1341	F	16/02/2018	MANTENER EL SGC BASADO EN CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL EAP ACTUR OESTE
Z1	AP	CS ACTUR OESTE SALUD BUCODENTAL	NAVALES BELTRAN MARIA PILAR	2016_1338	F	02/02/2018	ESTIMACION DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PACIENTES CRONICOS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DEL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE
Z1	AP	CS ACTUR SUR	GONZALEZ UBEDA ROSA	2016_1337	S1	16/02/2018	TALLER: "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRAS VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA" (BASADO EN EL MODELO MBSR-MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION. CFM UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS)
Z1	AP	CS ACTUR SUR	GONZALEZ UBEDA ROSA	2016_1337	S2	26/02/2019	TALLER: "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRAS VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA" (BASADO EN EL MODELO MBSR (MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION) CFM UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS)
Z1	AP	CS ACTUR SUR	ALVAREZ ROCHE TERESA	2016_1541	F	15/02/2018	PROGRAMA DE EPS PARA PROMOVER LA SALUD EN LA MUJER MADURA
Z1	AP	CS ACTUR SUR	LAFUENTE GARCIA CARMEN	2016_1548	F	12/03/2018	DEPURACION DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS
Z1	AP	CS ACTUR SUR	LOPEZ MARTINEZ SARA MARIA	2016_1549	F	15/02/2018	GRUPO EPS APRENDIZAJE TECNICAS DE RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA
Z1	AP	CS ACTUR SUR	PITARQUE GARGALLO MARIA PILAR	2016_1555	S1	16/02/2018	ATENCION A PACIENTES CON EPOC
Z1	AP	CS ALFAJARIN	LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL	2016_1585	F	31/01/2018	PAUTAS DE ACTUACION EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DE SOPORTE VITAL BASICO
Z1	AP	CS ALFAJARIN PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	NAVARRO SERRANO EVA MARIA	2016_0834	S1	18/01/2018	ENSEÑAR HABITOS DE ALIMENTACION SALUDABLE A FAMILIAS Y CUIDADORES DE LOS NIÑOS DE EDUCACION PRIMARIA DE LA PUEBLA DE ALFINDEN

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

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

Número de memorias: 124 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	AP	CS ARRABAL	FRANCES PINILLA MARINA	2016_0290	S1	13/02/2018	TALLER DE REANIMACION.PULMONAR Y ATRAGANTAMIENTO PARA PADRES Y MADRES DE NIÑOS DE C.S. ARRABAL
Z1	AP	CS ARRABAL	CHECA DIEZ MARIA ANGELES	2016_0504	F	16/02/2018	ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE
Z1	AP	CS ARRABAL	TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA	2016_1309	S1	12/02/2018	ASESORIA EDUCATIVA
Z1	AP	CS ARRABAL	MAGALLON BOTAYA ROSA	2016_1398	F	15/02/2018	IMPACTO DEL GRUPO DE EMPODERAMIENTO DE MUJERES DEL CENTRO SALUD ARRABAL. ESTUDIO CUALITATIVO
Z1	AP	CS ARRABAL TRABAJO SOCIAL	JUAN GERMAN MARISA	2016_1520	S1	14/02/2018	TALLER DE EMOCIONES Y HABILIDADES PARA LA VIDA EN EL BARRIO DEL RABAL
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA) ADMISION Y DOCUMENTACION	FRANCISCO HERRERO CARMEN	2016_0705	F	14/02/2018	PERSONALIZACION DE LA ATENCION AL USUARIO DESDE EL EQUIPO ADMISION DE UN GRAN CENTRO DE SALUD URBANO
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA) ADMISION Y DOCUMENTACION	CASILLAS FERRANDIZ LUIS	2016_1537	F	14/02/2018	GESTION DEMANDA NO PRESENCIA EN CENTRO DE SALUD LA JOTA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	SORIANO MARTINEZ ALBA	2016_0048	F	30/01/2018	MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS II MEDIANTE UNA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACION Y COCINA SALUDABLE
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	GRACIA PELIGERO MARIA TERESA	2016_0049	F	15/01/2018	INTERVENCION EDUCATIVA GRUPAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	MURILLO AZNAREZ TERESA	2016_0180	F	18/01/2018	EDUCACION A LA MUJER EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES	2016_0549	F	14/02/2018	PROYECTO DE MEJORA DE REGISTRO EN OMI EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	DE LA PARRA CARQUE CELINA	2016_0888	S2	15/03/2019	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSIONARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	DE LA PARRA CARQUE CELINA	2016_0888	F	09/02/2018	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSIONARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	JERICO CLAVERIA LAURA	2016_1525	S1	14/02/2018	PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE ACTIVIDADES EN COLABORACION CON EL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA
Z1	AP	CS BUJARALUZ	GUTIERREZ TORIO ANA SARA	2016_1324	F	13/02/2018	PASEOS CARDIOSALUDABLES EN CANDASNOS (CS BUJARALUZ)
Z1	AP	CS BUJARALUZ	FERNANDEZ BERGES MARIA ANGELES	2016_1349	F	13/02/2018	IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA EN LOS CONSULTORIOS PERIFERICOS DE LA ZONA DE SALUD DE BUJARALUZ
Z1	AP	CS BUJARALUZ	ABAD ROYO MERCEDES	2016_1351	F	22/02/2018	DETECCION DEL CANCER COLORECTAL
Z1	AP	CS LUNA	DE PABLO GONZALEZ RAFAEL	2016_1274	F	08/02/2018	MEJORA DEL CLIMA EMOCIONAL EN UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS LUNA	ASENJO COBOS MONICA CLAUDIA	2016_1752	S1	12/02/2018	CONOCIMIENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE:-SALUD BUCODENTAL-PRIMEROS AUXILIOS
Z1	AP	CS LUNA	ASENJO COBOS MONICA CLAUDIA	2016_1752	F	27/05/2018	CONOCIMIENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN LOS COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE SALUD BUCODENTAL Y PRIMEROS AUXILIOS
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	MAZA SOLANAS PILAR	2016_0217	F	16/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DE LA ACTUACION ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE LOS SANITARIOS DE UN CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	ROYAN MORENO PILAR	2016_1308	F	28/05/2018	PROGRAMA ESVAP (PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL EN ATENCION PRIMARIA A POBLACION GENERAL)
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	VITALLER SANCHO CONCEPCION	2016_1366	F	04/02/2018	PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA LA POBLACION DIABETICA EN LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABETICO EN EL C.S. PARQUE GOYA SECTOR ZARAGOZA 1
Z1	AP	CS SANTA ISABEL	ANDRES ESCOLANO ANA CRISTINA	2016_1363	F	16/02/2018	BLOG: SANTA ISABEL TE CUIDA
Z1	AP	CS VILLAMAYOR ADMISION Y DOCUMENTACION	IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE	2016_0006	S1	19/01/2018	ACTUALIZACION EQUIPO EN VIDEOBLOG CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR
Z1	AP	CS VILLAMAYOR	ELVIRO BODOY TIRSO	2016_0051	S1	16/01/2018	MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS2016-2017
Z1	AP	CS VILLAMAYOR	FIGUERAS ARA CARMEN	2016_1447	S1	18/01/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN,BOTIQUIN,MATERIAL DE URGENCIAS,Y

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

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

Número de memorias: 124 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							DEPROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UA(MEJORA CONTINUA DE URGENCIAS)
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL) ADMISION Y DOCUMENTACION	MARCEN GIMENEZ CONCEPCION	2016_1614	F	12/02/2018	PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTION DE LOS AVISOS A DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD PICARRAL
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	BARANDA VILLARROYA PILAR	2016_0447	F	13/02/2018	PASEO SALUDABLE
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	GARCIA DOMINGUEZ SUSANA	2016_0472	F	12/02/2018	MEJORA DE LA DIFUSION DE LAS ACTIVIDADES DEL CONSEJO DE SALUD PICARRAL ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	GRACIA MOLINA MARIA JOSE	2016_0939	F	13/02/2018	MANEJO INTEGRAL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA(ERC). APLICACION DE LOS CRITERIOS DE DERIVACION A NEFROLOGIA POR ERC EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ZUERA	SOLER COCHI PILAR	2016_0494	F	12/02/2018	MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DIABETICOS QUE UTILIZAN MATERIAL PUNZANTE EN SU DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD ZUERA
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1 AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA	REY LISO ANA ISABEL	2016_1543	F	15/02/2018	REDUCCION DEL CONSUMO DE PAPEL EN EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE TRANSPORTE SANITARIO PORPARTE DE LOS USUARIO, REMITIDA DESDE LOS CENTROS DE SALUD
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	LABARTA MANCHO CARMEN	2016_1155	F	30/01/2018	URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA : AREAS PRIORITARIAS
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	CASCANTE MARTINEZ ALICIA	2016_1160	F	22/01/2018	PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA EN LAS PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO REHABILITADOR Y/O FISIOTERAPEUTICO
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	GALINDO CHICO MIGUEL	2016_1178	F	25/01/2018	PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA PARA EL MANEJO DEL HOMBRO DOLOROSO EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	MENDI METOLA CAROLINA	2016_1589	F	15/02/2018	PREVENCION DE RIESGOS EN IMPLANTACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. AMFE DE DISEÑO
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	LLAMAS AGUNDEZ ENRIQUE	2016_1597	F	16/02/2018	DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UNA INTRANET (COMO SERVICIO WEB) PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA
Z1	AT AMB	USM INFANTO JUVENIL ACTUR OESTE	MARCO ARNAU INMACULADA	2016_1749	S1	12/01/2018	ASESORIA EDUCATIVA. PARENTALIDAD POSITIVA
Z1	HOSP	CME GRANDE COVIAN ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	BANDRES NIVELA MARIA OROSIA	2016_0595	F	12/02/2018	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE ENFERMEDAD NODULAR TIROIDEA EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ADMISION Y DOCUMENTACION	BLASCO JIMENEZ ANTONIO	2016_0551	F	31/01/2018	FUSION DE DUPLICADOS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANALISIS CLINICOS	DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE	2016_0157	F	16/02/2018	APLICACION EXCEL PARA CONSULTAR LOS TUBOS A EXTRAER SEGUN LAS DETERMINACIONES Y PERFILES QUE SE SOLICITAN EN EL VOLANTE DE ANALISIS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANALISIS CLINICOS	COMET MARTINEZ BELEN	2016_0163	F	16/02/2018	SEROTECA DE PACIENTES Y APLICACION EXCEL PARA LOCALIZAR LOS SUEROS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANATOMIA PATOLOGICA	ALMAJANO MARTINEZ CARMEN	2016_0849	S1	16/02/2018	ACTUALIZACION DEL CRIBADO CERVICAL. MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA ACREDITACION ISO 15189
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA BLOQUE QUIRURGICO	CANO LATORRE ALEJANDRA	2016_0473	F	30/01/2018	IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA EN EL QUIROFANO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SESE SANZ PILAR	2016_0427	F	07/02/2018	ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ESTERILIZACION	VILLANUEVA CAMPAÑA ROSA MARIA	2016_0353	S1	09/02/2018	ELABORACION DE UNA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	CANOVAS PAREJA CARMEN	2016_0137	F	13/01/2018	FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO: CONSEJOS PRACTICOS SOBRE ASPECTOS NUTRICIONALES, PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y ATENCION A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES	2016_0225	S1	07/02/2018	INFORMACION Y DIFUSION DE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	DEZA PEREZ MARIA CARMEN	2016_0406	F	13/02/2018	VALORACION DE LAS CONSULTAS DE GERIATRIA POR MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA

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

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

Número de memorias: 124 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	BALLESTERO DELGADO SILVIA	2016_0467	F	07/02/2018	ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO DE BIENVENIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA Y CARTEL DE NORMAS DE LA PLANTA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GASPAR RUZ MARIA LUISA	2016_0575	S1	15/01/2018	ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (II). PREPARACION DEL ALTA HOSPITALARIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GAMBOA HUARTE BEATRIZ	2016_0855	F	12/02/2018	IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO: NUEVA ESTRATEGIA DE VISIBILIZACION. MEJORANDO LOS INFORMES DE ALTA Y LA ACCESIBILIDAD DE ATENCION PRIMARIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO	2016_1789	S1	09/02/2018	CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	FRANCO GARCIA MARIA ESTHER	2016_0878	F	16/02/2018	INTERACCIONES FARMACOLOGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL HOSPITALIZADOS. SITUACION A MEJORAR EN NUESTRO MEDIO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	JORGE GARCIA RUTH NOEMI	2016_0329	S1	16/01/2018	CAMINANDO HACIA EL "PROA". IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	LAFUENTE MATEO MIRIAM	2016_1082	F	26/01/2018	ACTUALIZACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL Y PROVINCIAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA SEGUN LAS GUIAS DE RCP 2015
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ORTOGERIATRIA	MARTINEZ PLANAS ISABEL	2016_0317	S1	16/02/2018	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TRASFUSION EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OTORRINOLARINGOLOGIA	CASTELLOTE ARMERO AMPARO	2016_1786	S1	21/02/2018	PREPARACION PROTOCOLIZADA PREQUIRURGICA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE POLIPOSIS NASOSINUSAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OTORRINOLARINGOLOGIA	DE FRANCISCO GARCES JOSE ENRIQUE	2016_1787	S1	16/02/2018	DOCUMENTO DE ACOGIDA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CIRUGIA NASAL: SEPTOPLASTIA/TURBINOPLASTIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OTORRINOLARINGOLOGIA	DE FRANCISCO GARCES JOSE ENRIQUE	2016_1787	S2	22/02/2018	DOCUMENTO DE ACOGIDA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CIRUGIA NASAL. SEPTOPLASTIA/TURBINOPLASTIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA	MOREO BERGADA PILAR	2016_0452	F	31/01/2018	ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PSICOLOGIA CLINICA	MUÑOZ CALVO MERCEDES	2016_0850	S1	21/02/2018	EVALUACION DE LA PERCEPCION SUBJETIVA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE DIA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL H. NTRA SRA DE GRACIA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PSIQUIATRIA	BERNAD POLO JUAN MANUEL	2016_0629	F	16/02/2018	PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE EQUIPO DE SALUD MENTAL Y ENDOCRINOLOGIA EN LA ATENCION A PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HNSG
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PSIQUIATRIA	RUBIO LARROSA VICENTE	2016_1784	S1	15/02/2018	CREACION DEL EQUIPO GESTOR DE CASOS DE TRANSTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017)
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	CAMPOS SANZ ASUNCION	2016_0631	F	15/02/2018	ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (I) FASE INICAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA UCI	PAMPLONA CALEJERO ELENA	2016_0289	F	12/01/2018	CONSOLIDACION DE LAS MEDIDAS DEL PROTOCOLO DE RESISTENCIA ZERO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA UCI	CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO	2016_0977	F	11/02/2018	ELABORACION PROCEDIMIENTO DE TRASFUSION DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HNSG. VALORACION DE REALIZACION DE PROTOCOLO TRANSFUSIONAL EN UCI
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA URGENCIAS	LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ GEMA	2016_0562	F	14/02/2018	INCIDENCIAS EN EL TRIAJE DE ALTAS POR LA CONSULTA DE ENFERMERIA. MEJORAS EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ADMISION Y DOCUMENTACION	LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION	2016_0558	F	31/01/2018	DIGITALIZACION DE LA DOCUMENTACION DE URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ANESTESIA Y REANIMACION	DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES	2016_0062	F	15/01/2018	DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES EN VIAS PERIFERICAS TRAS EXTREMADA ASEPSIA CUTANEA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ANESTESIA Y REANIMACION	BONO ARIÑO CARMEN	2016_1580	F	15/02/2018	EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LOS ESTUDIOS PREOPERATORIOS PARA CIRUGIA ELECTIVA (PROGRAMADA)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA BLOQUE QUIRURGICO	CANO LAZARO RAQUEL	2016_0755	F	11/11/2017	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE EQUIPOS Y MATERIALES EN UN QUIROFANO DE CIRUGIA GENERAL

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

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

Número de memorias: 124 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA BLOQUE QUIRURGICO	TOLON SORO ESPERANZA	2016_0794	F	23/01/2018	REVISION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE QUIRURGICO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CARDIOLOGIA	SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR	2016_0578	F	14/02/2018	GUIA FORMATIVA PARA EL CUIDADOR SOBRE LAS INTERVENCIONES MEDIO-AMBIENTALES EN EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HRV
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ESCARTIN VALDERRAMA JORGE	2016_0683	S1	05/02/2018	PREVENCION DE LA DESHIDRATACION EN EL PACIENTE PORTADOR DE ILEOSTOMIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MEJIA CASADO ANA	2016_0232	F	16/02/2018	PREVENCION DE LA SOBREUTILIZACION DE INFILTRACIONES ARTICULARES A TRAVES DE LA IMPLANTACION DE CARTILLAS EN PACIENTES DE COT
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GARCIA AGUILERA DAVID	2016_0786	S1	21/02/2018	CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA DERMATOLOGIA	GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER	2016_0623	F	16/02/2018	SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DERMATOLOGIA-REUMATOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES AFECTOS DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA DIGESTIVO	PARDILLOS TOME ANA	2016_0987	F	06/02/2018	ELABORACION DE RECOMENDACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA ANTES Y DESPUES DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN DIGESTIVO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE NUEVA CREACION
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTENSIVA	GONZALEZ CABALLERO ANA CRISTINA	2016_0417	S1	15/02/2018	INSERCIÓN ECOGUIADA DEL CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFERICA POR PERSONAL DE ENFERMERIA DE UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTENSIVA	TIRADO ANGLÉS GABRIEL	2016_1740	S1	13/02/2018	SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. GRUPO DE HUMANIZACION (CONTINUACION 2017)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	PASAMAR MILLAN BEATRIZ	2016_0632	F	14/02/2018	MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DURANTE EL INGRESO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	SEVIL PURAS MARIA	2016_0677	F	05/03/2018	INCORPORACION DEL "BRIEFING DE SEGURIDAD" EN LAS SESIONES DIARIAS DE LA UNIDAD DE HAD
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	MATIA SANZ MARTA TERESA	2016_0813	F	15/02/2018	ELABORACION DE UN PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA (A TRAVES DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO) Y ATENCION PRIMARIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	BERNAD USON MARIA ANTONIA	2016_0896	F	18/12/2017	IDENTIFICACION INEQUIVOCA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y REGISTRO DE ACTUACIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON PRESCRIPCION DE VACUNACION EN MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ASPIROZ SANCHO CARMEN	2016_1733	F	15/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA Y SECTOR 1
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	CABESTRE GARCIA ROBERTO	2016_0737	S1	16/02/2018	ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	PEREZ GIMENEZ LAURA	2016_1470	F	22/02/2018	PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL DE DIA (CONTINUACION AG 2016)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL	2016_1471	S1	19/02/2018	PUESTA EN MARCHA CONSULTA ASMA GRAVE EN COLABORACION CON ALR
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL	2016_1475	S1	08/03/2018	PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	PEREZ TRULLEN JOSE MARIA	2016_0344	S1	16/02/2018	ELABORACION DE UN PROTOCOLO CONSENSUADO CON GERIATRIA, NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA DEL SECTOR I PARA LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON DEMENCIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	RIOS GOMEZ CONSUELO	2016_0995	F	22/02/2018	MANEJO DE PACIENTES CON INSOMNIO CRONICO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA OTORRINOLARINGOLOGIA	NAYA GALVEZ MARIA JOSE	2016_1785	S3	22/02/2018	PROTOCOLO DE EVALUACION Y CONTROL DEL PACIENTE CON PRESBIACUSIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA PEDIATRIA	CASTAN LARRAZ BEATRIZ	2016_0521	S1	14/02/2018	ADECUACION DE LA FARMACOTERAPIA EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS. OPTIMIZACION Y SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCION
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	SERRANO LAZARO ROGELIO	2016_0526	F	22/02/2018	PUESTA EN MARCHA DE LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA DE

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

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

Número de memorias: 124 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		PSIQUIATRIA					ENFERMERIA ASOCIADA CON EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL H. ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA PSIQUIATRIA	MARTINEZ ROIG MIGUEL	2016_1012	S1	11/02/2018	CREACION DE UN GRUPO DE ANALISIS DE PROCEDIMIENTOS DE CONTENCION E INCIDENTES CRITICOS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA RADIODIAGNOSTICO	GIMENEZ CEPERO FERNANDO JAVIER	2016_0443	S1	16/02/2018	ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA URGENCIAS	ESCRICHE ROS ROCIO	2016_0070	S1	22/02/2018	AUDIT DE LA UNIDAD DE DOLOR TORACICO (UDT) EN URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA URGENCIAS	BAGUENA GARCIA ALICIA	2016_0078	S1	22/02/2018	OPTIMIZACION DE MANEJO Y RECURSOS TERAPEUTICOS EN ASMA AGUDIZADO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA UROLOGIA	RIHUETE CARO ELVIRA	2016_0544	F	15/02/2018	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA UROLOGICA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0311

1. TÍTULO

FUSION DE DUPLICADOS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE MARIANO VALDEZATE GONZALEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CME GRANDE COVIAN
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TENA TOMAS MARIA FELISA
PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA
CASTRO ROMERO CONCEPCION
MATA PANIVINO MARIA VICTORIA
OVEJERO GUILLEN MARIA ISABEL
TAIRA LACAMBRA MARIA REMEDIOS
CUBERO SANCHEZ MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La detección de historias clínicas (HC) duplicadas y la fusión de historias es una tarea que realiza el Servicio de Archivos de forma habitual. Recientemente, los Servicios Centrales del SALUD han localizado un total de 8000 registros de pacientes de HRV que son posibles duplicados ya que tienen asignado el mismo número de identificación (AR). Este hecho supone la posibilidad real de que la HC de algunos pacientes estén fragmentadas, con el riesgo de poner a disposición de los profesionales responsables de la asistencia información clínica incompleta. Aunque se han ido detectando duplicados de forma cotidiana, el proceso de fusión de los pacientes con dossier del HU Miguel Servet en el CME Grande Covián (en 2007) y la utilización de números provisionales en el Servicio de Urgencias y en determinadas pruebas, facilitó la generación de estos duplicados. Por lo anterior, el equipo de mejora del Servicio de Archivos de Grande Covián ha decidido depurar este listado. consensuado con la plantilla del Servicio.

- En primer lugar se analizó la situación de cada dossier: historias provisionales, definitivas, activas, pasivas...y se anotó en cada registro de paciente.
- Dependiendo de cada situación, se solicitaron las historias a la empresa que custodia pasivo, creamos sobres nuevos o fusionamos documentación entre los sobres.
- Hemos consultado BDU para corregir datos personales de los pacientes en HIS.
- Fusionamos las historias en HIS.
- Se trabajó con un listado por persona. Cuando se resolvieron todas las fusiones e incidencias detectadas se trasladaron al HRV y en el Archivo se arreglaron físicamente las historias.
- Finalizado el proceso, se escaneó el listado una vez resuelto en HRV.
- Volvimos a solicitar a final de 2017 a Servicios Centrales un nuevo listado con los mismos criterios que el anterior para comprobar el grado de coincidencia. En estos momentos estamos depurando el mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- o El objetivo era depurar de forma definitiva la base de datos HIS. En la actualidad, con la última versión de HIS se ha conseguido vincular los datos de BDU, ganando eficacia en la toma de datos, llegando a porcentajes mínimos de error.
- o Aportación de la Historia Clínica de papel completa del paciente cuando se solicita por los profesionales que atiendan al paciente..

Servicios Centrales nos comunica que nuestro Sector tiene los mejores valores de depuración de la base de datos de pacientes duplicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es muy positiva, el trabajo ha sido minucioso y cada caso se ha tratado con mucha atención.

En los casos en que no hemos tenido datos suficientes no hemos realizado la fusión de historias.

Periódicamente solicitaremos listados a Servicios Centrales para depurar los duplicados que vayan surgiendo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/311 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0311

1. TÍTULO

FUSION DE DUPLICADOS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

Nº de registro: 0311

Título
FUSION DE HISTORIAS DUPLICADAS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

Autores:
VALDEZATE GONZALEZ MARIANO, TENA TOMAS MARIA FELISA, PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA, CASTRO ROMERO CONCEPCION, MATA PANIVINO VICTORIA, OVEJERO GUILLEN ISABEL, TAIRA LACAMBRA MARIA REMEDIOS, CUBERO PEREZ MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME GRANDE COVIAN

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 detección de historias clínicas (HC) duplicadas y la fusión de historias es una tarea que realiza el Servicio de Archivos de forma habitual. Recientemente, los Servicios Centrales del SALUD han localizado un total de 8000 registros de pacientes de HRV que son posibles duplicados ya que tienen asignado el mismo número de identificación (AR). Este hecho supone la posibilidad real de que la HC de algunos pacientes estén fragmentadas, con el riesgo de poner a disposición de los profesionales responsables de la asistencia información clínica incompleta. Aunque se han ido detectando duplicados de forma cotidiana, el proceso de fusión de los pacientes con dossier del HU Miguel Servet en el CME Grande Covián (en 2007) y la utilización de números provisionales en el Servicio de Urgencias y en determinadas pruebas, facilitó la generación de estos duplicados. Por lo anterior, el equipo de mejora del Servicio de Archivos de Grande Covián ha decidido depurar este listado.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es depurar de forma definitiva la base de datos HIS. En la actualidad, con la última versión de HIS se ha conseguido vincular los datos de BDU, ganando eficacia en la toma de datos, llegando a porcentajes mínimos de error.

Aportación de la Historia Clínica de papel completa del paciente cuando sea solicitada por los profesionales que atiendan al paciente..

MÉTODO
Se ha elaborado un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) a seguir, consensado con la plantilla del Servicio.

En primer lugar se analiza la situación de cada dossier: historias provisionales, definitivas, activas, pasivas...y se anotará en cada registro de paciente.

Dependiendo de cada situación, se solicitarán las historias a la empresa que custodia pasivo, crearemos sobres nuevos o fusionando documentación entre los sobres.

Se utilizará lo registrado en BDU para corregir datos personales de los pacientes en HIS.

Fusionamos las historias en HIS.

Se trabaja con un listado por persona. Cuando ha resuelto todas las fusiones e incidencias detectadas se dejará en una carpeta para trasladarlos al HRV y en el Archivo se arreglen físicamente las historias.

Finalizado el proceso, se escanea el listado una vez resuelto en HRV.

Se solicitará a los SS CC un nuevo listado con los mismos criterios que el anterior para comprobar el grado de coincidencia.

INDICADORES
% HISTORIAS FUSIONADAS: Nº Historias fusionadas / año.

% HISTORIAS PARA FUSIONAR DESPUÉS DE FINALIZAR EL PROYECTO: Nº Historias a fusionar / Nº Historias Creadas.

DURACIÓN
Comienzo: 01/06/2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0311

1. TÍTULO

FUSION DE DUPLICADOS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

Valoración semestral del Indicador.

Finalización: 31/05/2018

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 - 2016/1342

1. TÍTULO

MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS RODRIGO PABLO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUIG GARCIA MARIA CARMEN
ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA
GALVE ROYO EUGENIO
IBAÑEZ CUBERO ELVIRA
SAURA CAMPOS ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras el informe de las auditorias de 2016, análisis de las no conformidades, estudio de las incidencias, valoración de las reclamaciones y encuestas de satisfacción de los usuarios (no realizada en 2016), y con el fin de mantener la certificación ISO 9001 en 2017 se establecieron los siguientes objetivos (a destacar) :

1) Mejorar en el registro de OMI-AP en general y especialmente en la primovacunación. (Responsable Pediatría)
2) Mejorar la formación de forma continuada en los temas priorizados por el propio equipo según el SCG y Acuerdos de Gestión (Responsable d SANCHEZ ZAPATER ASUNCION)
3) Mejorar en el nivel de satisfacción de los usuarios (tanto a nivel de trato, Asistencia, y competencia del profesional) (responsable la coordinadora Medica y de enfermería)

EL cronograma de evaluación se lleva a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma:

A) Revisión por la Dirección: 31/08/ 2017 del Sistema de Gestión de la Calidad del Equipo de Atención Primaria (EAP)
B) Auditoria Interna 29/09/17
C) Auditoria externa 06/10 /17

Y la reuniones de equipo celebradas para encontrar las posibles causas soluciones par a la mejora y seguimiento de los indicadores previstos en el acuerdo de gestión y las soluciones aportadas

09/04/2017 PACTO GESTION PRIMERAS IMPRESIONES
20/04/2017 Seguimiento y REPARTO INCENTIVOS
13/06/2017 ACUERDO DE GESTION, CIERRE 2016 Y PRODUCTIVIDAD
04/10/2017 SEGUIMIENTO DEL ACUERDO DE GESTION Y CONSULTA VIRTUAL

Los resultados han sido satisfactorios tanto para la auditoria interna y externa

ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS programados:

A) Durante el año 2017 tenemos un plan de sesiones y/o talleres clínicos que ha sido acreditados por la Comisión de Formación Continuada que incluyan temas acordados con los objetivos prioritarios del Acuerdo de gestión (ver registro informático) a destacar :

1) EPOC; 2) diabetes; 3) atención al niño; 4) riesgo cardiovascular; 5) crónico dependiente; 6) calidad de registros; 7) uso racional del medicamento y adherencia al tratamiento; 8) prevención de la infección: higiene de manos; 9) dolor; 10) urgencias; 11) proyectos de mejora del EAP y 12) atención a la mujer. (responsable Asunción Sanchez Zapater-pediatra)

Han sido un total en de 90, repartidas :85 para profesionales del equipo, 3 talleres de cuidadores y dos en los colegios, con un 73% de participación a las mismas .

B)- Hemos participado en Comisiones clínicas y grupos de consenso.

Tenemos a lo siguiente profesionales participando a nivel de :

a) Aragón : M^a Carmen Viñas (Proyecto Cribado DRE y MIEMBRO DEL CONSEJO DE SALUD DE ARAGON); Ana Hernandez y Emerenciana Rubira (EDO) .
b) Sector I : Elvira Ibañez (C. Farmacia), Eugenio Galve y M^a Carmen Viñas (C. Unidad docente), M^a Teresa Bel y Mariola Vallés (C AAOO), M^a Begoña Abadía y Monica López (Comisión de proyectos Clínicos de AP del sector I)
c) y en C.S. Actur Norte están funcionando específicamente: Asunción Sanchez (C. formación) : Eloisa Lozano, Elvira Ibañez, Asunción Sanchez y M^a Victoria Redondo (C. Urgencias), M^a Begoña Abadía, M^a Carmen Viñas, M^a Jesús Rodrigo, (C: Calidad), Eloisa Lozano (C. seguimiento y Control de Equipos de Trabajo), M^a Jose Hernandez y M^a Carmen Viñas (C. Vacunas), M^a Jesús Rodrigo y Dolores Aranda (C. aplicaciones móviles), Amparo Salas (C. Gestión de Archivos), Delfina Dominguez (C. Cargos a terceros) y Carlos Villuendas (C. Gestión de Residuos)

C)- Actividades realizadas en los Proyectos asistenciales.

Se han realizado para cada uno de los siguientes proyectos asistenciales : Sesiones clínicas, talleres, y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1342

1. TÍTULO

MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

reuniones de seguimiento de los grupos de trabajo :

- a) MEJORAR LA DERIVACION A DERMATOLOGIA DE LOS PACIENTES CON LESIONES PIGMENTARIAS MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL C.S
 - b) REALIZACION DE HOJAS DE INFORMACION PARA LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA LACTANTES Y PARA UNA CORRECTA NUTRICION A LO LARGO DE LA EDAD PEDIATRICA según BANCOS DE EDAD
 - c) DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE ATP MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES
 - d) MEJORAR LA ATENCION DE ENFERMERA AL PACIENTE
 - e) POLIMEDICADO DESDE LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
 - f) TALLERES INFORMATIVOS DIRIGIDOS A GRUPO DE CRIANZA
 - g) PROYECTO DE CALIDAD: MANTENIMIENTO MODELO ISO 9001
 - h) CAPTACION DE CITAS. ADMISION
- PROYECTOS ATENCION COMUNITARIA: PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA Y MATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO

D) otras Actividades de formación

Aparte de los grupos de trabajo del centro se participa en:

- la formación pregrado posgrado de medicina y de pediatría (acreditados);
- la formación pre y postgrado de enfermería;
- la formación postgrado de enfermería de pediatría (acreditados);
- la formación postgrado de enfermería comunitaria (acreditados);

E) Participación en investigación.:

- 1) Estudio Multicéntrico a nivel Nacional sobre "Efectividad de la intervención Multi-PAP en ancianos jóvenes con multimorbilidad y polimedicación para mejorar la prescripción en Atención Primaria": Ensayo clínico PI15/00276, PI15/00572, PI15/00996 (Eugenio Galve y M^a Begoña Abadía)
- 2) Estudio El uso de TIC en el proceso de atención al paciente obeso con riesgo cardiovascular en Atención Primaria" (Eloisa Lozano, Esther del Pozo, David Abad, M^a Carmen Viñas, M^a Begoña Abadía)
- F) Participación en la Comisión de Sector de Proyectos Asistenciales (responsable M^a Begoña Abadía Taira y Mónica Lopez reunión en diciembre e 2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La evaluación se ha llevado a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma con la :

- a) Realización de la Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de la Calidad (31/08/ 2017)
- b) la Auditoria Interna, (29/09/17)
- c) Certificación por auditoria externa (06/10 /17)

A destacar en la evaluación:

- a) 110% sesiones clínicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas
- b) 50% Reuniones EAP Actur Norte para encontrar LAS POSIBLE CAUSAS y soluciones para la mejora y, seguimiento de los indicadores previstos en el acuerdo de gestión y soluciones aportadas
- c) Disminución respecto al año anterior en el tipo de reclamaciones. Y se estudia las posibles causas de forma cuantitativa y cualitativa (responsable Carmen Puig y Carmen Viñas Viamonte). De un total de 18 reclamaciones, la causa más frecuente de ellas corresponde a : Asistencia, retrasos, suspensión o falta: (5) La mayor parte de ellas se han producido por retraso del paciente con respecto a la hora de cita y que exige ser atendido. Se analiza individualmente cada reclamación, Y se realizan de acciones de mejora en la gestión administrativa de las agendas (modificaciones de las mismas a través de la creación de colchones para paliar la demora...) (responsable Maria Jesus Rodrigo Pablo) Se plantea solicitar un corte de este Servicio a la Dirección en los meses de Junio y Septiembre para conocer con antelación el grado del cumplimiento para poder establecer correcciones oportunas
- Trato personal, percepción de los profesionales: (6), Se detecta que han aumentado este año. Se insiste en las reuniones de Equipo acerca de este punto aunque consideramos que en muchas ocasiones, no están justificadas.

D) respecto a los resultados en Objetivos

Destacamos:

- Uso racional del medicamento: Se analizan los resultados del acuerdo de gestión 2016 y se observa mejores resultados que el resto del sector en cuanto a la revisión de medicamento en el anciano, sin embargo siguen siendo resultados por debajo de los objetivos de contrato. Se propone un proyecto de mejora y/o sesiones con la Farmacéutica del Sector
- Objetivos clínicos
- Obtenemos valores bajos en la captación del paciente fumador (no en la intervención sobre ello), se realizó sesión en el Equipo con motivo de la semana sin humo para mejorar este objetivo en su registro en OMI-AP. En cuanto al paciente con EPOC, no se alcanzan resultados ni en registro ni en seguimiento. Se va a realizar una reunión de Equipo para concienciar al personal sanitario y repasar de nuevo los conceptos .
- Diabetes: a nivel de enfermería hay que insistir en cumplimentar los campos de pie de riesgo y valoración de conocimientos por parte del paciente

E) Plantillas y presupuesto. EL EQUIPO HA CUMPLIDO OBJETIVOS EN MATERIA DE PERSONAL (Capítulo 1) PERO FALTA PERSONAL PARA CONTRATAR CON LO CUAL SE ESTAN CUMPLIENDO AMPLIAMENTE

F) Acciones tomadas para abordar la seguridad del paciente.

- Registro eventos adversos: por el personal sanitario que atiende al paciente.
- Polimedicados: sesión clínica por la farmacéutica Carmen Labarta
- Higiene manos: colocación de cartelera por las dependencias del centro
- Información usuario: uso del móvil para recordatorio de citas de especialistas.
- Sterilium: dispensadores individuales para los maletines y en cada consulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1342

1. TÍTULO

MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

revisión semanal de existencia sterilium en consulta y semestral en maletines mediante mensajería OMI.

G) Evaluación de proveedores

FARMACIA: buena comunicación. Sin problemas destacables.

ESPECIALISTAS - LISTAS ESPERAS MUY LARGAS EN:OPTALMOLOGIA, ECOS, TRAUMA Se ha abierto la NC]_Z1(P)E-AN-16-02 pendiente de cerrar

ALMACEN GENERAL: problemas de desabastecimiento por reducción de las cantidades solicitadas. Incidencias ya abiertas en 2015 y continua el problema.NC]_Z1(P)E-AN-16-04

H)Valoración del Acuerdo de Gestión clínica 2017

El Mayo de 2017 se realizo la Junta Tecnico Asistencial tras ella el equipo directivo del Centro convoco una reunion en Junio

Señalamos la fecha de presentación (mayo 2017) de los criterios por los que se nos evalua el año en curso (2017) Hace imposible en muchas ocasiones poder introducir observaciones o mejoras que se vean en el año en curso evaluado.

Hemos podido cerrar todas las incidencias y no conformidades formuladas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El funcionamiento e implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), supone una mejora continua, en nuestro Equipo de Atención Primaria(EAP) se han establecido objetivos e indicadores que permiten medir los procesos de forma permanente y estandarizada mediante un proceso de mejora continua en la detección de errores, riesgos reales y /ó potenciales que nos permite ir avanzando en la mejora de la calidad en la actuacion de los profesionales y en la seguridad del Paciente

7. OBSERVACIONES.

Queremos destacar el cambio de orientación en la valoración en los equipos de 2017 respecto a 2016. Esta transición va a producir cambios importantes en la dinámica del equipo . Por todo ello será necesario intensificar las reuniones de equipo tanto en numero como en contenido para poder adecuar nuestro trabajo al Acuerdo de Gestión Clínica actual.

Sería necesario la presentación del acuerdo de gestión Clínica en el último trimestre del año anterior a su inclusión en la valoración de EAP para facilitar unos mejores resultados .

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1342 ===== ***

Nº de registro: 1342

Título
MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Autores:
ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA, PUIG GARCIA MARIA CARMEN, VIÑAS VIAMONTE CARMEN, RODRIGO PABLO MARIA JESUS, SANCHEZ ZAPATER ASUNCION, GALVE ROYO EUGENIO, IBAÑEZ CUBERO ELVIRA, SAURA CAMPOS ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS LAS PATOLOGIAS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El funcionamiento e implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), supone una mejora continua, por tanto el objetivo y compromiso de nuestro Equipo es mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 en un SCG normalizado donde los procesos estan perfectamente documentados y actualizados. Para ello en nuestro Equipo de Atención Primaria(EAP) se han establecido objetivos e indicadores que permiten medir los procesos de forma permanente y estandarizada mediante un proceso de mejora continua en la detección de errores y riesgos reales y /ó potenciales.

El EAP Actur Norte del sector Zaragoza I se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2011

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1342

1. TÍTULO

MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Por lo que nuestro plantenamiento es Mantener el Sistema de Gestion de Calidad en el Centro de Salud Actur Norte basado en certificación ISO 9001-2008.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantener la certificación ISO 9001-2008 en 2017

Mantener la certificación ISO 9001-2008 en 2017/18

Tras el informe de las auditorias de 2016, análisis de las no conformidades, estudio de las incidencias, valoración de la reclamaciones y encuestas de satisfacción de los usuarios, y con el fin de mantener la certificación ISO 9001 se han establecido los siguientes objetivos(a destacar) :

- 1) Mejorar en el registro de OMI-AP en general y especialmente en la primovacunacion.
- 2) Mejorar la formación de forma continuada en los temas priorizados por el propio equipo según el SCG y Acuerdos de Gestión
- 3) Mejorar en el nivel de satisfacción de los usuarios (tanto a nivel de trato, Asistencia, y competencia del profesional)

MÉTODO

Mantener y mejorar la Utilización de la información del SGC (informe de auditoría, seguimiento de objetivos, d e indicadores ACG, análisis de incidencias, estudio de no conformidades, reclamaciones y encuesta de satisfacción, para la mejora continua

- 1) Establecimiento del plan de sesiones y/o talleres clínicos que incluyan temas acordes con los objetivos prioritarios del Acuerdo de gestión a destacar : 1)EPOC; 2)diabetes; 3)atención al niño; 4)riesgo cardiovascular; 5)crónico dependiente; 6)calidad de registros; 7)uso racional del medicamento y adherencia al tratamiento; 8)prevención de la infección: higiene de manos; 9)dolor; 10)urgencias; 11)proyectos de mejora del EAP y 12)atención a la mujer. (responsable Asunción Sanchez Zapater-pediatra)

- 2) Análisis cualitativo y cuantitativo de las Incidencias y no conformidades propuestas en la ISO 9001-2008 en el EAP Actur Norte 2017 y resolución de las mismas (responsable M^a Begoña Abadía Taira)

- 3) Estudio de las reclamaciones interpuestas por los paciente y análisis de la encuesta de satisfacción de los usuarios de forma cuantitativa y cualitativa (responsable Carmen Puig y Carmen Viñas Viamonte)

- 4) Realización de acciones de mejora en la gestión administrativa de las agendas (modificaciones de las mismas a través de la creación de colchones para paliar la demora...) (responsable María Jesus Rodrigo Pablo)

- 5) Participación en la Comisión de Sector de Proyectos Asistenciales (responsable M^a Begoña Abadía Taira)

INDICADORES

La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma:

Realización de Auditoria Interna,
Realización de revisión por la dirección y
Certificación por auditoria externa

A destacar en la evaluación:

- a) 100%-90% sesiones clínicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas
- b) 50% Reuniones EAP Actur Norte para encontrar LAS POSIBLE CAUSAS y soluciones para la mejora y, seguimiento de los indicadores previstos en el acuerdo de gestión y soluciones aportadas
- c) Disminución respecto al año anterior en el tipo de reclamaciones, estudio de sus posibles causas

DURACIÓN

Revisión por la Dirección, SGC2016: 23 mayo 2017

Auditoria interna:2017

Auditoria Externa: junio 2017

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Mayo- Diciembre 2017.

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Junio - Diciembre 2017.

-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Programa de Formación Continuada del EAP Actur Norte 2016/17.

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Septiembre y diciembre de 2017

-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Certificación ISO 9001

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1342

1. TÍTULO

MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1570

1. TÍTULO

CAPTACION E INFORMACION AL USUARIO PARA EL MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS PARA LA AUTOGESTION DE CITA, DATOS PERSONALES Y CONSULTA DE DATOS CLINICOS

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES ARANDA CORVINOS
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DOMINGUEZ GIMENEZ MARIA DELFINA
RODRIGO PABLO MARIA JESUS
RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA
SALAS SIMON AMPARO
VILLUENDAS SOLSONA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CRONOGRAMA:

El Proyecto fue enviado en septiembre.

Durante los meses de Septiembre y Octubre se realizaron diversas reuniones para planificar la manera de llevar a cabo el proyecto.

Para captar usuarios, se acordó, la colocación de CARTELES informativos del proyecto para los que se realizaron varios modelos revisados y seleccionados por el equipo. También se impartió una sesión para dar a conocer al personal del Centro la realización del mismo y solicitar su colaboración.

De Octubre a Diciembre se realizó la captación de usuarios.

En Enero se realiza encuesta de satisfacción al personal de admisión.

Posteriormente se procede al análisis de resultados obtenidos en el primer trimestre del proyecto.

En el transcurso del proyecto se implementó la captación de usuarios mediante mensaje en OMI al personal sanitario para la remisión de usuarios a admisión y así informar de los servicios ofrecidos a través de las nuevas herramientas informáticas.

Por supuesto los administrativos también hemos realizado captación directa ofertando a los usuarios estas herramientas e incluso ayudando a instalarlas en su móvil.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido captar 877 pacientes a lo largo de 3 meses de proyecto, lo que se adapta a los objetivos iniciales representando el 4,55 % de la población diana.

Previo a esta evaluación se ha realizado encuesta de satisfacción al personal de admisión que ha valorado muy útil la realización del proyecto, aunque reconocen que la realización del mismo ha conllevado un esfuerzo adicional.

El personal de admisión percibe, a través de los usuarios, que el proyecto les es de gran utilidad para no olvidar la cita del especialista ya que la pueden consultar en Internet y en el móvil y ademaras reciben un SMS recordando dicha cita.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7- LECCIONES APRENDIDAS: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se ha detectado que a través del facultativo, poniendo una nota en OMI para que remitan a los usuarios a admisión, se puede captar más usuarios para informar del proyecto. Siendo esta medida mas efectiva que los carteles colocados por el centro.

Para la continuidad del proyecto en el próximo año, se ha valorado la realización de una encuesta de satisfacción a los usuarios y una descripción anónima del tipo de usuario que accede a este programa.

Quizás fuimos muy ambiciosos con la población a captar para el proyecto durante 3 años, aunque actualmente se ha llegado al objetivo marcado, ya que hemos encontrado mucha reticencia para la inclusión de datos personales en un sistema informático automatizado.

También durante la realización del proyecto hemos notado que una gran parte de la población no acude al Centro de Salud. Solicitaremos nos faciliten estos datos para conocer este porcentaje de usuarios y así re-calcular el porcentaje de población e incorporarlo en el proyecto si fuera necesario.

Sería interesante conocer si durante esos meses ha disminuido el absentismo en las consultas de especializada, para lo que hemos iniciado contactos con los responsable de cara a incluir estos datos en nuevas evaluaciones.

Desde enero el SALUD esta ampliando los servicios ofrecidos por este programa y serán valorados en sucesivas revisiones del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1570 ===== ***

Nº de registro: 1570

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1570

1. TÍTULO

CAPTACION E INFORMACION AL USUARIO PARA EL MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS PARA LA AUTOGESTION DE CITA, DATOS PERSONALES Y CONSULTA DE DATOS CLINICOS

Título
CAPTACION E INFORMACION AL USUARIO PARA EL MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS PARA LA AUTOGESTION DE CITA, DATOS PERSONALES Y CONSULTA DATOS CLINICOS

Autores:
ARANDA CORVINOS MARIA DOLORES, DOMINGUEZ GIMENEZ MARIA DELFINA, RODRIGO PABLO MARIA JESUS, RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA, SALAS SIMON AMPARO, VILLUENDAS SOLSONA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El SALUD proporciona a los usuarios unas herramientas informáticas para:
Gestión de citas en AP y en AE, recibir recordatorio de las citas de especialista, VVAA, gestión datos en BDY y en un futuro acceder datos clínicos, receta electrónica, etc.
Nos hemos dado cuenta de que los usuarios demanda este servicio por desconocimiento.
Sin embargo existe una demanda social para el acceso a la información clínica (médica) y autogestión de citas y datos personales.

La importancia de este proyecto radica en facilitar la información y el acceso a las nuevas aplicaciones disponibles para todos usuarios. Para ello nos adaptaremos a las distintas necesidades existentes por motivos de edad, nivel social...

El conocimiento de estas herramientas mejoraría los siguientes aspectos

- calidad del servicio a los pacientes, con información mas asequible
- disminuir la preocupación para obtener cita fuera de horario del CS
- tener la información de forma accesible, tanto de datos clínicos como de citas realizadas
- optimizan del trabajo del personal de admisión
- la organización del servicio
- evitar la demora en las consultas de especialistas ocasionadas por el absentismo de los usuarios a la cita dada
- apoyar el trabajo realizado por parte del SALUD para mejorar la asistencia sanitaria

Todo ello supondrá un ahorro de recursos sanitarios y humanos facilitando el conocimiento y acceso de los usuarios a las herramientas facilitadas por el SALUD.

RESULTADOS ESPERADOS

La población a la que va dirigido este proyecto son todos usuario del CS que tenga ciertas habilidades en el manejo de Internet o de teléfono móvil.

Se pretende lograr de un modo directo que los usuarios manejen los recursos informáticos proporcionados por el SALUD e indirectamente reducir la no asistencia a consultas de especialistas.

El objetivo principal del proyecto es la captación del 15 % de la población de la ZS en el primer año y otro 15 % en el segundo año y otro 15 % al tercer año. Intentando que la tasa de usuarios informados sea mucho mayor, pero teniendo en cuenta que hay parte de la población que por su edad no esta adaptada al uso de las nuevas tecnologías, otro porcentaje que simplemente no quiere hacer uso de ellas y otro porcentaje de la población que no va a acudir al C.S en los próximos 3 años

POBLACION TOTAL 19.251

MAYORES 65 - 2.896 que es el 15%

Ademas conseguir los siguientes objetivos:

- 1- dar a conocer los recursos disponibles
- 2- facilitar el acceso a las herramientas de citación en el C.S
- 3- posibilitar el conocimiento de las citas en Atención Especializada
- 4- ayudar a la formación en los nuevos recursos informáticos disponibles
- 5- facilitar la modificación de datos del usuario sin desplazarse al Centro de Salud.
- 6- facilitar el acceso personal a datos clínicos (una vez que se active esta opción)
- 7- integrar positivamente al usuario en su atención sanitaria
- 8- resolver las múltiples dudas que surgen al implantar esta nueva herramienta
- 9- dar solución a la demanda social de un mejor acceso a la información
- 10- optimizar el trabajo del personal de admisión.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1570

1. TÍTULO

CAPTACION E INFORMACION AL USUARIO PARA EL MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS PARA LA AUTOGESTION DE CITA, DATOS PERSONALES Y CONSULTA DE DATOS CLINICOS

MÉTODO

Acciones para la captación de usuarios:

- A través de un flash administrativo para que determinados usuarios sean derivados por el personal sanitario a admisión
- Colocando carteles informativos en todas las consultas
- Informando a los usuarios cuando pasan por Admisión

Inicialmente la carga asistencial de los administrativos aumenta, ya que hay que informar a los usuarios de las distintas herramientas disponibles y como hacer uso de ellas, así como realizar los pasos administrativos para habilitar al usuario.

Aquellos usuarios con necesidad especiales se les ayuda de forma individual bien enseñando el manejo o ayudando a descargar la aplicación.

Sesión clínica en el Centro de Salud para informar a todo el centro de las nuevas herramienta disponibles.

INDICADORES

Evaluación del Proyecto:

Se realizara anualmente y seguimientos/3 meses.

Por un lado de los usuarios que han sido informados en admisión (Sin despreciar el posible nº de usuarios que han leído los carteles informativos y deciden no solicitar su clave, número difícil de medir en estos indicadores)

Por otro lado mediante realización de listados de personas que dan su consentimiento para recepción de mensaje al móvil recordando cita de especialista.

También se solicitara al Centro de Atención al Usuario el incremento de personas que hacen uso de estas herramientas.

Se medirá al año de la implantación del proyecto la satisfacción por parte del equipo de Admisión mediante encuesta anónima sobre realización del proyecto y resultados.

Posibles comunicaciones a congresos o publicaciones analizando los resultados obtenidos.

DURACIÓN

DURACIÓN DEL PROYETO 3 años

INICIO: Septiembre 2017

1ª resvisión: Diciembre 2017.

Estudio de las posibles deficiencias y puesta en marcha de las mejoras necesarias: Enero 2018/ Septiembre 2018

Siguientes reevaluaciones: Abril 2018, Septiembre 2018, Diciembre 2018.

Calendario paralelo al de 2018 durante 2019 y 2020.

Revisión final en Octubre de 2020 con conclusiones finales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0523

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DERIVACION A DERMATOLOGIA DE LOS PACIENTES CON LESIONES PIGMENTARIAS MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BEL CEBRIAN TERESA DE JESUS
CEBOLLADA APARICIO JOSE MANUEL
HERNANDEZ MORENO ANA CONSUELO
GALVE ROYO EUGENIO
FERNANDEZ PARCES MARIA JESUS
SAURA CAMPOS ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PRIMERA FASE: Noviembre 2016/ diciembre 2107
Cuatro Talleres de Formación :
a)13/12 2016 " Diagnóstico clínico de lesiones cutáneas pigmentadas" incluido en el plan de formación del EAP (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA)
b) 17/01/2017 "Diagnóstico diferencial de lesiones pigmentadas en piel" en el marco de la nueva edición de Sesiones Clínicas conjuntas entre Atención Primaria y el Hospital Royo Villanova en el Sector Zaragoza I. EAP (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA)
c)27/06/2017 "Manejo I del dermatoscopio a traves de las imagenes de libre acceso App.(you dermoscopy)" (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA)
d)22/12/2017 "Manejo II del dermatoscopio a traves de las imagenes de libre acceso App.(you dermoscopy)" (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA)
Ocho Reuniones mensuales
Reuniones mensuales en . Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Octubre y Noviembre de forma espontánea de casos clínicos surgidos en el Centro en relación con la patología pigmentaria dermatológica.
Previo a la realización de los talleres se ha entregado el material de las sesiones clínicas para poder tener un mejor aprovechamiento de las mismas y al finalizar recogida de un cuestionario sobre dudas y sugerencias.
SEGUNDA FASE: A PARTIR DE enero 2018:
Recogida de datos en OMI/AP para evaluar los siguiente inidcadores:
% de pacientes con lesiones malignas derivadas a especializada en 2017.
% de pacientes con lesiones malignas derivadas a especializada con diagnostico coincidente
%de derivaciones a dermatologia una vez puesto en marcha el proyecto con respecto al año anterior
TERCERA FASE marzo de 2018: Evaluación de resultados
(Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Entre nuestros objetivos
1-Mejorar el conocimiento y manejo de las lesiones pigmentadas cutáneas en el ámbito del EAP. Incrementando la destreza del profesional en la diferenciación de las queratosis seborreicas y nevus melanociticos de los melanomas y carcinomas basocelulares pigmentados.
2- Mejorar la capacidad organizativa para derivar las lesiones sospechosas de malignidad
3.-Mejorar la seguridad del paciente en el diagnóstico de las lesiones malignas pigmentarias
Hemos detectado a lo largo de este año noviembre 2016 / diciembre 2017) la existencia de posibles lagunas que han sido identificadas gracias al aprovechamiento de los talleres y casos clínicos trabajados .
Nos queda aún por determinar si esto se ha trasladado en una derivación más eficiente a Dermatología (tanto por ser más adecuado nuestro diagnostico como por disminución de las derivaciones innecesarias)
Queda pendiente:
Recogida de datos en OMI/AP para evaluar los siguiente inidcadores:
% de pacientes con lesiones malignas derivadas a especializada en 2017.
% de pacientes con lesiones malignas derivadas a especializada con diagnostico coincidente
%de derivaciones a dermatologia una vez puesto en marcha el proyecto con respecto al año anterior
TERCERA FASE marzo de 2018: Evaluación de resultados
(Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.)
A pesar de no ser un indicador establecido en el proyecto inicial podemos destacar la alta participacion del profesional Médico tanto en los talleres como en las sesiones clinicas alcanzando en l a mayoría de los mismos el 100%, lo que ha repercutido en una mayor comunicación en el equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto es útil tanto en relación con los beneficios aportados para el paciente principalmente en materia de Seguridad (derivaciones inadecuadas, y diagnostico precoz). Y por otro lado para los profesionales, hemos mejorado en la calidad de nuestra practica clínica, la comunicación y participación en el EAP.
Por otra parte no nos ha resultado dificultosa su puesta en marcha por lo que nos hemos planteado su extensión en el tiempo y la posibilidad de ser fácilmente replicar en cualquier otro centro de de Salud dado que el principal recurso necesario es el capital Humano presente ya en todos loscentros
A pesar de no contar con los datos de OMI-Ap la satisfacción personal en una mejora continua de nuestra

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0523

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DERIVACION A DERMATOLOGIA DE LOS PACIENTES CON LESIONES PIGMENTARIAS MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

formación en un ámbito de la Medicina de Primaria que abarca mucho tiempo de nuestra consulta ha resultado satisfactoria para el Personal Médico. Pensamos que nos queda mucho terreno aún por explorar y mejorar en el manejo de las lesiones dermatológicas y más concretamente en el USO del dermatoscopio desde Primaria. Instrumento útil en lesiones pigmentarias y bastante desconocido en nuestro ámbito. Por lo que intentaremos profundizar y mejorar en el mismo. Destacando la necesidad de llegar a tener uno por profesional (ya que solo contamos uno en el equipo)

7. OBSERVACIONES.

A pesar de no contar con los datos de OMI-Ap la satisfacción personal en una mejora continua de nuestra formación en un ámbito de la Medicina de Primaria que abarca mucho tiempo de nuestra consulta ha resultado satisfactoria para el Personal Médico. Pensamos que nos queda mucho terreno aún por explorar y mejorar en el manejo de las lesiones dermatológicas y más concretamente en el USO del dermatoscopio desde Primaria. Instrumento útil en lesiones pigmentarias y bastante desconocido en nuestro ámbito. Por lo que intentaremos profundizar y mejorar en el mismo. Destacando la necesidad de llegar a tener uno por profesional (ya que solo contamos uno en el equipo)
Pendiente de recoger resultados del OMI-AP

*** ===== Resumen del proyecto 2016/523 ===== ***

Nº de registro: 0523

Título
MEJORA EN LA DERIVACION A DERMATOLOGIA DE LOS PACIENTES CON LESIONES PIGMENTARIAS MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

Autores:
ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA, BEL CEBRIAN TERESA DE JESUS, CEBOLLADA APARICIO JOSE MANUEL, HERNANDEZ MORENO ANA CONSUELO, GALVE ROYO EUGENIO, FERNANDEZ PARCES MARIA JESUS, SAURA CAMPOS ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES DE LA PIEL
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....: SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROBLEMA
En nuestro centro de Salud se estan realizando diversos proyectos de mejora en relacion con la patologia dermatologica (formacion en autoexploracion y telemedicina en pediatria). Detectando una demora importante en su valoracion. La patologia dermatologica y mas concretamente las lesiones pigmentadas cutáneas son frecuentes en la practica clínica de nuestro Centro de Salud. En el diagnóstico diferencial se incluye al carcinoma basocelular pigmentario y el MELANOMA MALIGNO(MM) El MM es el tumor de mayor mortalidad en dermatologia y su incidencia en las últimas décadas va en aumento . SU DIAGNÓSTICO PRECOZ ES EL ÚNICO TRATAMIENTO CURATIVO ACTUALMENTE. Es fundamental conocer sus formas de presentacion clínicas y las lesiones cutáneas que pueden simularlo. La capacidad del méico para sospecharlo es primordial para mejorar el pronóstico del paciente. Por lo tanto es importante mejorar y ampliar la formación del profesional de Atención Primaria en el diagnóstico y su pronta y ADECUADA derivación a ESPECIALIZADA que conlleve un aumento en la seguridad del paciente (sin sobrecargar las consultas de dermatologia).

RESULTADOS ESPERADOS
objetivos

1-Mejorar el conocimiento y manejo de las lesiones pigmentadas cutáneas en el ámbito del Centro de Salud. Incrementando la destreza del profesional en la diferenciación de las queratosis seborreicas y nevus melanociticos de los melanomas y carcinomas basocelulares pigmentados.

2- Mejorar la capacidad organizativa para derivar las lesiones sospechosas de malignidad
3.-Mejorar la seguridad del paciente en el diagnostico de las lesiones malignas pigmentarias

MÉTODO
Formación multidisciplinar a traves de talleres periodicos incluidos en la Formación del Centro de Salud a lo largo del año 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0523

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DERIVACION A DERMATOLOGIA DE LOS PACIENTES CON LESIONES PIGMENTARIAS MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

Colaboracion con Atención Especializada y exposición de casos clínicos concretos
Entrenamiento con las imágenes dermatoscópicas a través de la utilización del recurso disponible de libre acceso en App.(you dermoscopy)
Manejo diario del dermatoscopio del Centro de Salud.

INDICADORES

% de pacientes con lesiones malignas derivadas a especializada en 2017 (Explotacion dedatos/ codificación en OMI/AP.)
% de pacientes con lesiones malignas derivadas a especializada con diagnostico coincidente (Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.)
% de derivaciones a dermatologia una vez puesto en marcha el proyecto con respecto al año anterior (Explotacion de datos/ codificaciónen OMI/AP.)

DURACIÓN

Noviembre de2016 -junio de2017: Talleres de Formación sobre el diagnostico y manejo de lesiones pigmentarias.
Enero-septiembre 2017 Entrenamiento con el dermatoscopio a traves de las imagenes de libre acceso App
Septiembre.Noviembre 2017:recogida de datos en OMI/AP
Diciembre de 2017: Evaluación de 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 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 - 2016/0582

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE INFORMACION PARA LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LACTANTES Y PARA UNA CORRECTA NUTRICION A LO LARGO DE LA EDAD PEDIATRICA SEGUN RANGOS DE EDAD

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE MONICA LOPEZ CAMPOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO SELLES TERESA
REDONDO CUERPO MARIA VICTORIA
ROMEO LAZARO ELVIRA
SANCHEZ ZAPATER ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PLAN DE COMUNICACIÓN:

- Se realizó una sesión informativa para todo el personal del centro sobre los proyectos comunitarios que se iban a realizar en el mismo, en ella se explicó este proyecto.
- Durante las revisiones de salud en los distintos grupos de edad se iniciaba un dialogo con los padres y con el paciente (Cuando la edad lo permitía) sobre alimentación, posteriormente se entregaba la hoja y la encuesta de satisfacción.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Se han recogido 139 hojas de recomendaciones y encuestas de satisfacción. Repartidas en las distintas revisiones realizadas, 24 encuestas de 1 año, 19 encuestas con 2 años, 12 encuestas de 3 años, 11 encuestas de 4 años, 10 encuestas de 6 años, 11 encuestas de 8 años, 11 encuestas de 10 años, 13 encuestas de 12 años y 14 encuestas de 14 años. Por otro lado se han analizado 14 encuestas en pacientes de 6 meses. Con los resultados se está elaborando un resumen para enviar al próximo Congreso Nacional de Pediatría 2018. Las hojas han sido entregadas por las 3 pediatras y las 2 enfermeras de pediatría de forma uniforme, consiguiendo unificar los consejos y aumentando la confianza de los padres y del paciente en el equipo médico.

CRONOGRAMA.

En este proyecto se han cumplido con alguna modificación según el cronograma inicial, inicialmente se realizó una puesta en común y diseños de las distintas hojas de recomendación. Se realizó la encuesta de calidad y se imprimieron. Por distintos factores se retrasó la entrega de hojas a Marzo de 2017. Comenzando en el ultimo trimestre del año con el análisis de las encuestas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El entregar las hojas de alimentación en las distintas revisiones ha permitido facilitar el acceso a la información obtenida en consulta en la visita pediátrica sobre alimentación complementaria. Abriendo un marco de dialogo sobre la importancia de la alimentación que previamente en ocasiones no ocurría y que permite informar a los padres sobre los consejos nutricionales y hábitos alimentarios en las distintas fases pediátricas. Por otro lado, se facilitaba un modelo de dieta, para la preparación del menú familiar y resolvían las dudas que los padres presentan en su domicilio, evitando su acceso a recursos no siempre fiables y que de forma subjetiva no eran tan frecuentes cuando no se llevaba a cabo el proyecto. Los profesionales aprovechaban para corregir los múltiples errores nutricionales que surgían en el dialogo establecido.

Por parte de los profesionales el proyecto ha permitido conocer por una parte los errores más habituales sobre nutrición en las distintas etapas de la vida pediátrica, por otro lado ha permitido establecer diálogos que previamente en muchas ocasiones no ocurrían. Ha notado mayor comodidad y confianza por parte de los pacientes para realizar cuestiones de esta temática. También los resultados permiten valorar aspectos desconocidos como el alto porcentaje de despreocupación ante un tema de tal importancia en familias con malos hábitos. Exponemos algunos de los resultados de la encuesta de satisfacción:

A la pregunta de si le preocupa habitualmente la alimentación de su hijo el 61,6% de las madres se muestran totalmente de acuerdo y el 15,2% en desacuerdo. Si atendemos al rango de edad, no se corresponden directamente la preocupación con los pacientes de menor edad sino que está repartido proporcionalmente en los distintos rangos de edad.

En el caso de los pacientes de 6 meses, el 21,4% reconoce no tener ningún tipo de preocupación por la alimentación de sus hijos, aunque sigue siendo una mayoría las que si que tienen dicha inquietud.

Respecto a si en alguna ocasión tiene dudas sobre la alimentación de sus hijos sólo el 44,8% reconoce tenerlas en alguna ocasión, lo que deja ver el amplio desconocimiento unido a la poca preocupación sobre un tema tan vital como la alimentación en la edad pediátrica. Tampoco en este apartado hay diferencias entre los padres de hijos de mayor o menor edad. Los resultados para pacientes de 6 meses son similares, con preocupación en el 50% de las madres, llama la atención que no se tengan dudas en un periodo tan sensible como el inicio de la alimentación en lactantes.

Al preguntar si ven de utilidad recibir información escrita el 95,2% de los pacientes responde positivamente. Al preguntar si han aprendido aspectos desconocidos sobre la alimentación en el niño el 54,4% reconoce ser así, el 30,4% se mantienen en un punto intermedio y el 15,2% refiere no haber aprendido nada. En pacientes de 6 meses el 72% de los padres refieren haber aprendido.

Se les preguntaba sobre la resolución de las dudas que tuvieran y el 80% refiere que han podido hacerlo y el 15% se mantienen neutros. En menores de 6 meses el porcentaje de satisfacción aumenta al 92,8%.

Un 96% de los padres valora positivamente información adaptada a la edad de sus hijos. Y un 95,2% están

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0582

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE INFORMACION PARA LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LACTANTES Y PARA UNA CORRECTA NUTRICION A LO LARGO DE LA EDAD PEDIATRICA SEGUN RANGOS DE EDAD

satisfechos con la información proporcionada de forma oral y escrita, siendo del 100% en menores de 6 meses de forma oral y el 92.8% con la formación escrita.
Al 95,2% de los padres les parece fácil y asumible llevar a cabo las recomendaciones (El 100% de los menores de 6 meses).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Establecer una rutina para informar y dar la información por escrito en todas las revisiones de salud es más difícil de lo inicialmente planificado.

Las madres agradecen la información, aunque la mayoría expresa no tener dudas sobre la alimentación de sus hijos en su vida diaria, a pesar de que en un alto porcentaje durante la comunicación se reflejan hábitos inadecuados.

CAPACIDAD DE EXTENSION:

El proyecto puede seguir en el centro de Salud, facilitando la hoja de información en las revisiones de salud para seguir trabajando sobre el tema nutricional en las familias, ya que es el principal detonante de las patologías más frecuentes en la edad pediátrica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/582 ===== ***

Nº de registro: 0582

Título
REALIZACION DE HOJAS DE INFORMACION PARA LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LACTANTES Y PARA UNA CORRECTA NUTRICION A LO LARGO DE LA EDAD PEDIATRICA SEGUN RANGOS DE EDAD

Autores:
LOPEZ CAMPOS MONICA, BLASCO SELLES TERESA, PUIG GARCIA MARIA CARMEN, REDONDO CUERPO MARIA VICTORIA, ROMEO LAZARO ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

A la hora de introducir la alimentación complementaria en un niño surgen múltiples dudas en sus padres. Suelen recurrir al pediatra pero en muchos casos también a múltiples fuentes de información en internet. Son muchos los consejos que los padres reciben en pocas consultas, presentando dudas posteriores, como ellos mismos expresan. Por ello creemos necesario la realización de una hoja de recomendaciones de introducción de alimentación complementaria tras la consulta. De esta manera los padres pueden recurrir a ellas las veces que sea necesario.

Por otro lado entre el 25 y 40 % de los padres de lactantes o pre-escolares se quejan de que los niños tienen problemas para alimentarse.

Si bien la mayoría de estos problemas son transitorios, hasta un 10% persiste, especialmente el que no quieren comer. Además de esto, estamos frente a un serio incremento de niños con sobrepeso y obesidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial. Las cifras asustan. Más de mil millones de personas adultas tienen sobrepeso y, de ellas, al menos 300 millones son obesas. Asimismo, el crecimiento de la obesidad infantil en los países desarrollados es espectacular y preocupante.

Al mismo tiempo que estamos comenzando a ver casos de niños de hasta 5 años con trastornos graves de alimentación y alteración de la imagen corporal. Estos hechos se pueden comprobar a diario en las consultas de atención primaria en pediatría, por lo que nos planteamos la necesidad de informar tanto a padres como pacientes de la importancia de una nutrición adecuada y unos hábitos correctos desde el principio. Para individualizar los consejos el máximo posible, planteamos como proyecto de calidad la realización de 4 hojas de recomendaciones en diferentes etapas de la vida pediátrica, incluyendo hábitos, consejos y ejemplo de una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0582

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE INFORMACION PARA LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LACTANTES Y PARA UNA CORRECTA NUTRICION A LO LARGO DE LA EDAD PEDIATRICA SEGUN RANGOS DE EDAD

dieta adecuada.

Todo esto supondrá un ahorro de recursos humanos, facilitar el conocimiento de las familias y resolución de dudas y mejorar la accesibilidad a la información en el domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Facilitar el acceso a la información obtenida en consulta en la visita pediátrica sobre alimentación complementaria.
2. Informar a los padres sobre los consejos nutricionales y hábitos alimentarios en las distintas fases pediátricas.
3. Integrar positivamente la alimentación en la vida familiar.
4. Informar al paciente cuando su edad lo permita sobre la importancia de una nutrición correcta.
5. Facilitar un modelo de dieta, para la preparación del menú familiar.
6. Resolver las múltiples dudas que los padres presentan en su domicilio, evitando su acceso a recursos no siempre fiables.
7. Unificar los consejos del equipo médico del centro de salud.
8. Aumentar la confianza de los padres y del paciente en el equipo médico.
9. Comprobar el efecto surgido en la familia tras la entrega de las hojas de información con una encuesta de satisfacción.
10. Publicar y presentar en diferentes medios/congresos los resultados obtenidos.

MÉTODO

Realizar cuatro hojas de información al paciente divididas en:

- Introducción de alimentación complementaria: Entregada en la revisión de los 4-6 meses.
- Hoja de recomendaciones de alimentación de 1 a 3 años. Con normas nutricionales, hábitos correctos y ejemplo de una dieta adecuada.
- Hoja de recomendaciones de alimentación de 4 a 9 años. Con normas nutricionales, hábitos correctos y ejemplo de una dieta adecuada.
- Hoja de recomendaciones de alimentación de 9 a 14 años. Con normas nutricionales, hábitos correctos y ejemplo de una dieta adecuada.

Aportar una entrevista de satisfacción a los pacientes para que rellenen y entreguen de forma voluntaria tras la lectura de las hojas de recomendación.

Las hojas de recomendación así como la encuesta de satisfacción se realizarán con consenso de los pediatras del centro de salud y el equipo de enfermería pediátrica. Posteriormente serán entregadas a los pacientes y sus familias por el equipo al completo según las necesidades.

INDICADORES

- Indicador 1: Número de hojas de recomendaciones y encuestas de satisfacción entregadas.
- Indicador 2: Mejora información médico-paciente (Encuesta a los profesionales del servicio)
- Indicador 3: Comprobar la satisfacción de las familias a las que se han entregado las hojas de recomendación.
- Indicador 4: Posibles comunicaciones a congresos o publicaciones analizando los resultados obtenidos.

DURACIÓN

Octubre-Noviembre- Diciembre 2016:

- Puesta en común y diseños de las distintas hojas de recomendación.
- Realización de la encuesta de calidad que recoja todos los aspectos deseados.
- Impresión de las distintas hojas de recomendaciones realizadas.

Enero 2017:

- Inicio de la entrega de las hojas de información y las encuestas de satisfacción.

Abril-Mayo 2017:

- Inicio de la evaluación de resultados e introducción de posibles mejoras.
- Encuesta a los pacientes para valorar las mejoras tras puesta en marcha del proyecto.

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 - 2016/0642

1. TÍTULO

DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN PUIG GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER
SANCHEZ ZAPATER ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los profesionales del Centro de Salud participantes en el proyecto han ampliado su formación a los largo de los 5 años que ha permanecido en vigor, mejorando con ello su capacidad resolutive.
Los resultados obtenidos se han publicado en la Revista de Atención Primaria de 2017, siendo presentados a todo el EAP en Sesión Clínica conjunta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Consideramos conseguido el objetivo fundamental del proyecto que pretendía reducir la tasa de derivación a Dermatología, ya que se ha pasado de 21 pacientes remitidos a A.E. en 2013 a 9 pacientes en 2017.
En cuanto a la concordancia de diagnósticos, de estos 9 pacientes enviados en 2017, 5 han sido remitidos por tele dermatología para confirmar diagnóstico o reafirmar tratamiento. Esto reafirma la labor formativa de los pediatras del centro favoreciendo la adecuada derivación a Dermatología.
Por último destacar los datos obtenidos de las encuestas de satisfacción de los usuarios: se alcanzan valores de 4-5 sobre una puntuación máxima de 5 en todos los apartados preguntados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Proyecto se ha realizado durante 5 años con gran satisfacción de los profesionales del centro de salud y por supuesto de los pacientes/familiares atendidos con este procedimiento.
La relación entre Atención Primaria-Atención Especializada ha sido fluida en todo momento.

7. OBSERVACIONES.

Consideramos que es el momento de cerrar el proyecto pero se va a continuar con la colaboración directa con Dermatología a través del envío de imágenes digitales dado que este sistema es beneficioso para el paciente y eficaz para los profesionales.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/642 ===== ***

Nº de registro: 0642

Título
DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES

Autores:
PUIG GARCIA MARIA CARMEN, GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER, SANCHEZ ZAPATER ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
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

En las consultas de Atención Primaria, el uso de nuevas tecnologías permite la comunicación entre el especialista y el médico de atención primaria, mejorando la práctica clínica a nivel de las consultas en el centro de salud: Siendo la telemedicina una disciplina en expansión, lo es mas en el campo de la dermatología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0642

1. TÍTULO

DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES

dada la importancia que tiene en esta especialidad la imagen.

La colaboración entre el pediatra y el dermatólogo facilita la resolución y favorecen la colaboración entre Atención Primaria y Especializada

RESULTADOS ESPERADOS

Continuar con el envío de imágenes digitales de aquellos pacientes pediátricos susceptibles y valorar evolución de las mismas. Disminuir los tiempos de respuesta en la atención al paciente. Aumentar la capacidad resolutoria de los pediatras en el área de la dermatología

MÉTODO

Centralizar en un solo responsable del Servicio de Dermatología, la remisión de las imágenes para su valoración e informe posterior, resolviendo las dudas tanto de diagnóstico como terapéuticas que puedan surgir
Disponemos de cámara digital, dermatoscopio y la tecnología para la remisión de imágenes

INDICADORES

Tasa de derivación de pacientes : numero de pacientes derivados desde el año 2013/ pacientes derivados 2016

Mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida mediante encuesta de satisfacción

Análisis de la concordancia de los diagnósticos establecido por el pediatra y el dermatólogo

DURACIÓN

Continuar durante el año 2016 con este proyecto y evaluación anual del mismo

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 - 2016/1252

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA AL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE A.P. DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN VIÑAS VIAMONTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOZANO ENGUITA ELOISA
FORCEN BELTRAN MARIA JOSE
NUÑEZ OBON MARIA JESUS
MARTINEZ GALLEGU TEODOSIA
HERNANDEZ ARNAL MARIA JOSE
DEL POZO PARA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones periódicas del equipo de Enfermería de Actur Norte para revisar los datos obtenidos a través del Cuadro de Mandos del Pte. Crónico.
8 febrero 2017: Revisión de los datos obtenidos por el Equipo de Enfermería de Actur Norte correspondientes al año 2016.
o Valoración satisfactoria de los resultados. Se plantea seguir con el proyecto para intentar mejorar las coberturas.
o Repaso del manual abreviado de criterios de inclusión y cumplimentación en OMI-AP.
26 abril 2017: Reunión de los miembros participantes en el Proyecto.
o Revisión de datos del primer trimestre.
27 julio 2017: Reunión de participantes en el Proyecto Pte. Polimedocado en Enfermería.
o Revisión de datos del segundo trimestre. Según datos extraídos del Cuadro de Mandos, no se alcanza la cobertura.
o A la vuelta de vacaciones de verano se hará una reunión de todo el Equipo de Enfermería para estimular cumplimiento.
19 octubre 2017: Reunión de todo el Equipo de Enfermería. Repaso detallado de los ítems de cumplimentación y forma de abordar a los pacientes y/o cuidadores, tanto en consulta como en domicilio.
o Revisión de datos del Cuadro de Mandos a fecha 30/09/17. Sólo se ha alcanzado una cobertura general del 22,53%.
o Trabajo individualizado en aquellos cupos en los que la revisión aparece próxima a 0%.
Diciembre 2017: estudio de evolución de coberturas.
o Se empieza a trabajar con el nuevo Programa del Paciente Crónico Complejo.
o Recordatorio sobre la necesidad de trabajar la Estructura de la Medicación en este grupo de pacientes (valoración de la concordancia y la adherencia al tratamiento por enfermería).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

o A finales de 2016 se pretendía conseguir una cobertura >41% sobre la población diana. Según datos proporcionados por Farmacia A. P. Zaragoza I, se alcanzó el 43.42% en el desarrollo de las actividades de valoración de la concordancia y la adherencia al tratamiento por enfermería.
o Para 2017 nuestra intención era llegar al 45% de la población diana. Sin embargo, debemos reconocer que el trabajo realizado no ha sido suficiente y los datos obtenidos a través del Cuadro de Mandos del Paciente Crónico así lo muestran. A 31/12/17 se había alcanzado una cobertura general de 31,11%, considerablemente inferior a 2016.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que llevamos más de 2 años trabajando en este proyecto, y con una programación periódica para conseguir la efectividad del mismo, nos hemos dado cuenta que requiere un gran esfuerzo de control y de seguimiento a nivel individualizado y esto es una tarea de interiorización de cada uno de los profesionales de enfermería. Creemos que se deberían implementar medidas a nivel individual (agendas, formación continuada, facilitar el manejo de OMI-AP,...) para mejorar la adhesión al programa por parte del personal.

7. OBSERVACIONES.

Damos por finalizado este proyecto considerando que se ha dado la formación e información suficiente a todo el personal de Enfermería del C. S. Actur Norte.
A pesar de ello, seguiremos intentando que los profesionales sanitarios sigan realizando y perfeccionando una labor tan importante como es la Estructura de la Medicación en la consulta de Enfermería.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1252

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA AL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE A.P. DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1252 ===== ***

Nº de registro: 1252

Título
MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA AL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE A.P. DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO

Autores:
VIÑAS VIAMONTE CARMEN, LOZANO ENGUITA ELOISA, FORCEN BELTRAN MARIA JOSE, NUÑEZ OBON MARIA JESUS, MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA, HERNANDEZ ARNAL MARIA JOSE, DEL POZO PARA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatología
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
ANALISIS DE LA SITUACION EN DICIEMBRE DE 2015:

- Mediante revisión de datos de coberturas a través de OMI-AP, en el año 2014 se constató que el Indicador de Cartera de Servicios "Atención al Paciente Polimedicado", se había quedado muy por debajo de lo esperado.

POBLACIÓN DIANA:

Pacientes > 75 años y consumo de 5 fármacos o más (como tratamiento crónico).

En general, los ancianos son pacientes con pluripatología y por tanto requieren el uso de varios fármacos simultáneamente. Esto puede tener como consecuencias un aumento considerable de las reacciones adversas y por supuesto de errores en la administración de los mismos.

- En el año 2015 se elaboró un proyecto de Mejora por un grupo de enfermeras con el fin de mejorar este indicador. Incluía sesiones informativas para el resto del equipo de enfermería, entrega y uso del manual abreviado de criterios de inclusión y cumplimentación en OMI-AP.

Se alcanzó el objetivo propuesto por el grupo respecto a un aumento de más del 2% en la mayoría de los profesionales.

A finales de 2015 en Actur Norte se alcanzó una cobertura >37% de la población diana.

- En el Contrato Programa 2016 se establece, dentro del "Plan Personal de revisión Estructurada de la Medicación", la revisión de adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería en Pacientes Ancianos Polimeditados > 75 años.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Control de Pacientes Ancianos Polimeditados > 75 años
- 2.-Revisión de los criterios de inclusión y cumplimentación correcta del programa
- 3.-Adecuación de la medicación según las prescripciones indicadas en eReceta
- 4.-Mejorar la adherencia al tratamiento

A finales de 2016 en Actur Norte se pretende conseguir una cobertura >41% de la población diana (un 2% de aumento por cada trimestre de trabajo pendiente de este año respecto 2015).

MÉTODO

Este año 2016, todos los profesionales de Enfermería de adultos se proponen reforzar el trabajo iniciado y seguir mejorando. Para ello se plantea:

- o Repaso detallado de los ítems de cumplimentación y forma de abordar a los pacientes y/o cuidadores, tanto en consulta como en domicilio. Estudio de la población anciana y su pluripatología.

- o Mantener el control trimestral de seguimiento a través de los listados proporcionados. Actualización del manual abreviado de criterios de inclusión y cumplimentación en OMI-AP que se elaboró en el centro para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1252

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA AL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE A.P. DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO

facilitar y unificar la forma de trabajo.

- o Trabajo individualizado en aquellos cupos en los que la revisión aparece próxima a 0%.
- o A finales de 2016 en Actur Norte se pretende conseguir una cobertura >41% de la población diana (un 2% de aumento por cada trimestre de trabajo pendiente de este año).

INDICADORES

PARA todos los objetivos señalados -----> Alcanzar una cobertura del 41% en la intervención enfermera en todos los cupos de Medicina Adultos.

La evaluación se realiza trimestralmente mediante revisión de los listados de control enviados por Farmacia del Sector I.

DURACIÓN

- Fecha de inicio:
Junio 2016.

- Fecha de finalización:
Diciembre 2016.

Cronograma de Actividades

- Sesión: Recordatorio de cumplimentación de ítems y registro de la actividad en OMI-AP. Junio 2016
- Sesión Estudio comparativo de datos de cobertura respecto finales 2015. Septiembre 2016.
- Sesión: Control de datos de cobertura alcanzados en 2016. Diciembre 2016-enero 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 - 2016/1737

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA Y MATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Fecha de entrada: 28/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES VALLES PINTO
· Profesión MATRONA
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CAMPOS MONICA
REDONDO CUERPO MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se planificó una sesión de trabajo junto a madres y padres en la última etapa del embarazo, en contexto de las clases parto realizadas por la matrona, repitiendo la sesión cada 8 semanas, con ayuda de una presentación power point. Se entregó una encuesta de satisfacción al final de la sesión.

El cronograma se realizó conforme a lo establecido, aunque se iniciaron las sesiones antes de lo establecido para llegar a todas las familias, inicialmente se realizó una puesta en común y diseños preliminares de las presentaciones, orientando el contenido.

En Octubre de 2016 se inició la primera sesión, realizando 1 sesión cada 8 semanas aproximadamente, en total 9 sesiones, exceptuando las vacaciones de verano.

La sesión se ha ido actualizando con el feed-back recibido en las múltiples sesiones, y con la formación recibida sobre atención comunitaria.

La encuesta de satisfacción también fue actualizada en Marzo de 2017 para hacerla más visual y añadir preguntas más concretas. De esta manera se hace más evaluable los resultados, que ofrecemos en parte en esta memoria.

PLAN DE COMUNICACIÓN:

- Se realizó una sesión informativa para todo el personal del centro sobre los proyectos comunitarios que se iban a realizar en el mismo, en ella se explicó este proyecto.
- Durante los cursos parto la matrona informaba a la familia sobre la charla con el pediatra.
- Tras cada sesión realizábamos una reunión para comentar el desarrollo de la misma y establecer cambios en el caso de que fueran necesarios. Total de sesiones y reuniones: 9

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A lo largo de la charla se informaba sobre las situaciones más comunes y especialmente se resolvían las dudas de los futuros padres en relación a los primeros días/semanas de vida del recién nacido. Tras recibir formación sobre proyectos para la comunidad comenzamos a realizar técnicas de presentación/comunicación comunitaria que invitaban todavía más a la relación con las familias y que queremos implementar en el nuevo curso. También se observó la necesidad de aumentar la confianza de los padres a la hora de enfrentarse al nuevo recién nacido, lo que se ha ido aumentando y trabajando a lo largo de las distintas sesiones.

En las encuestas de calidad recopiladas:

- 16 encuestas completas ambas partes (matrona/pediatría).
- 8 encuestas completadas de forma incompleta.
- El 100% de las madres refiere que el curso le ha servido de ayuda, han aprendido conocimientos desconocidos previamente, les ha ayudado a sentirse más preparadas.
- Cuando preguntamos cuantos conocimientos consideran haber obtenido el 75% refiere muchos y el 25% refiere que alguno.
- En la puntuación al pediatra del 0 al 10:
 - o 13 madres le dan un 10 (81.3%)
 - o 2 madres le dan un 9 (12.5%)
 - o 1 madre le da un 8 (6.3%)
- El 100% de las madres refieren máxima confianza a la hora de exponer sus dudas durante la sesión.
- Ninguna madre refiere echar de menos algo durante la sesión.
- Varias madres resaltan aspectos cómo: La lactancia o la confianza aportada.
- El 100% de las madres afirman creer necesario tener información sobre vacunas previo al parto. De hecho, era uno de los temas preguntados y analizados de forma constante en las sesiones.
- El 62.5% de las mujeres son primerizas, el resto de las mujeres es su segundo hijo.
- La edad media de las madres fue de 33.13% (Desviación típica 4.5)

IMPACTO DEL PROYECTO:

Con las charlas a los padres previo al nacimiento de sus hijos hemos conseguido más beneficios de los inicialmente planteados. Son múltiples las dudas que los futuros padres tienen sobre el nacimiento y los primeros días de sus futuros hijos, que una vez tienen al recién nacido en casa se viven con gran ansiedad, especialmente los primeros días de vida.

En nuestro centro de salud hasta la realización de este proyecto no se realizaban actividades conjuntas en relación a la preparación del parto con la matrona por parte del equipo médico de pediatría.

Las familias, especialmente las madres han mostrado en multitud de ocasiones (encuesta) la satisfacción con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1737

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA Y MATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

la información recibida, aumentando su confianza en los profesionales del centro. Disminuyendo la ansiedad preparto y al recibir a sus hijos. Las familias adquieren habilidades para el cuidado del recién nacido. Desde un punto de vista organizativo además se optimiza el trabajo de los facultativos y enfermeras ya que múltiples dudas quedan resueltas desde el inicio, aliviando la demanda de consulta los primeros meses de vida por estos motivos. En las revisiones médicas, los pacientes reconocían saber ciertas informaciones aportadas gracias a la charla recibida. Subjetivamente los profesionales también hemos notado qué familias acudían a la charla y cuales no. Por otro lado, se ha creado un equipo multidisciplinar estable que permite mejorar la relación y el manejo de la familia y recién nacido, no sólo antes del parto sino posteriormente, especialmente con la lactancia.

El éxito de las charlas ha hecho que madres de otro centro de salud (Amparo Poch) hayan acudido a las mismas, y madres de otros sistemas sanitarios lo hayan solicitado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- En la encuesta de satisfacción se pregunta por número de embarazos y de partos, hemos notado que al no especificar más hay mucha confusión en los resultados, no entendiendo con claridad si debían incluir el embarazo actual etc. Para el próximo año se aclarará la pregunta.
- A la hora de la organización administrativa durante este año no se citó en la agenda de la pediatra nada durante estas horas, se deberían citar las asistentes al curso y crear una agenda (SALA en programa informático OMI) para que conste y del que poder extraer los datos necesarios en posteriores evaluaciones.
- Disponemos un número limitado de encuestas para los resultados ya que inicialmente eran encuestas muy poco concretas, posteriormente se concretaron, pero al entregarlas a las madres muchas de ellas se las llevaban a casa y no las entregaban. Para el próximo año vamos a pedir que las rellenen en el mismo momento dejándoles un espacio y tiempo de confianza adecuado para ello.

Pretendemos extender el proyecto durante un año más para implementar los distintos aspectos mencionados (Técnicas de salud comunitaria, confianza paterno-filial, vacunaciones...). El análisis de viabilidad es factible, especialmente una vez analizadas las encuestas de satisfacción que confirman una sensación subjetiva de los profesionales que formamos este proyecto durante todo el año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1737 ===== ***

Nº de registro: 1737

Título
PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA Y MATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Autores:
VALLES PINTO MARIA DOLORES, LOPEZ CAMPOS MONICA, REDONDO CUERPO MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

1. Son múltiples las dudas que las futuros padres tienen sobre el nacimiento y los primeros días de sus futuros hijos, que como ellas exponen en muchos casos, tienen dificultad a la hora de resolver los primeros días tras el parto.
2. En nuestro centro de salud no se realizan actividades conjuntas en relación a la preparación del parto con la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1737

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA Y MATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

matrona por parte del equipo médico de pediatría.

3. Existe una demanda social de formación médica en este grupo de población.

-La importancia de este proyecto radica en incluir en las clases preparto una sesión impartida por parte del equipo de pediatría del centro para informar sobre las situaciones más comunes y resolver las dudas de los futuros padres

en relación a los primeros días de vida del recién nacido, especialmente los primeros 7 días hasta la primera visita médica.

Mejoraría los siguientes aspectos:

- la calidad del servicio a los pacientes (con una información más detallada)
- la optimización del trabajo de los facultativos y enfermeras, resolviendo de antemano muchas dudas que posteriormente causan múltiples demandas en consulta
- la organización del servicio
- disminución de la ansiedad familiar al enfrentarse a determinadas situaciones desconocidas los primeros días tras

el nacimiento de un bebé

·apoyar el trabajo realizado por la matrona del centro en este grupo de pacientes

Todo esto supondrá un ahorro de recursos humanos, facilitar el conocimiento de las familias y resolución de dudas

y mejorar la accesibilidad de los padres al equipo médico del centro.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Participar con una sesión pediátrica en el contexto de las 8 sesiones impartidas en el Centro de Salud por parte de la matrona en las clases de preparación al parto.
2. Informar a los padres sobre las situaciones más comunes los primeros días de vida de un recién nacido.
3. Integrar positivamente el nuevo rol de maternidad y paternidad.
4. Conocer las principales necesidades del recién nacido.
5. Adquirir habilidades para el cuidado del recién nacido.
6. Resolver las múltiples dudas que los padres presentan cuando se acerca el parto de un hijo y que son causas de múltiples demandas las primeras semanas del recién nacido.
7. Dar solución a la demanda existente de contacto con un pediatra en este momento.
8. Crear un equipo multidisciplinar estable que permita mejorar la relación y el manejo de la familia y recién nacido.
9. Garantizar la continuidad del proyecto con nuevas mejoras en años sucesivos.

MÉTODO

La pediatra del Centro de Salud acudirá a la sala donde se realiza la preparación al parto para realizar una sesión que inicialmente constará de información verbal y visual de los siguientes temas y posteriormente una puesta en común con resolución de dudas.

Temas a tratar durante la sesión:

1. La relación afectiva
 - El vínculo afectivo.
 - La comunicación con el recién nacido.
 - El rol materno y paterno.
2. Las principales características y necesidades del recién nacido
3. Las habilidades para el cuidado del recién nacido
 - La atención hacia el recién nacido y los recursos necesarios.
 - Las estrategias para dar respuesta a las necesidades del recién nacido (actitudes y habilidades).
4. Recomendaciones respecto al sueño y al reposo
5. Recomendaciones para la prevención de la muerte súbita del recién nacido
6. Indicadores de normalidad del recién nacido
Lanugo, Vértigo, estornudos, hipo, exantema, ictericia fisiológica, regurgitación...
7. Atención del recién nacido en el hospital
 - Colirio antibiótico
 - Vitamina K
 - Temperatura
 - Programa de detección precoz neonatal (prueba del talón)
 - Detección precoz neonatal de la hipoacusia
8. Atención al recién nacido
 - Pérdida de peso durante los primeros 5 días de vida
 - Deposiciones meconiales al principio y deposiciones semilíquidas en recién nacidos alimentados con leche materna.
 - Orina oscura.
 - Ingurgitación o ligera inflamación en los pezones.
 - Secreciones en genitales femeninos.
 - La higiene (El baño, cura del cordón umbilical, deposiciones...)
 - El dolor abdominal
 - El estrés
9. Control post-alta del recién nacido (Visitas con el Pediatra, Matrona y Enfermería).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1737

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA Y MATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

INDICADORES

- Indicador 1. Número de familias que acuden preparación nacimiento
- Indicador 2. Mejora información profesionales centro de salud- futuros padres (encuesta a los profesionales del servicio).
- Indicador 3. Comprobar la satisfacción de los asistentes a las sesiones (encuesta de satisfacción).
- Indicador 4. Posibles comunicaciones a congresos o publicaciones analizando los resultados obtenidos.

DURACIÓN

- Octubre-Noviembre 2016:
 - Puesta en común y diseños preliminares de las presentaciones, orientación del contenido.
- Diciembre 2016:
 - Inicio de la promoción de la nueva sesión en las clases parto.
- Enero 2017:
 - Inicio de las sesiones.
- Abril 2017:
 - Inicio de la evaluación de resultados e introducción de posibles mejoras.
 - Encuesta a los pacientes para valorar las mejoras tras puesta en marcha de la sesión.

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 - 2016/1296

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL C.S. AMPARO POCH

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL SILVESTRE ORTE
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES PIÑOL DOLORES
GARCIA BAQUEDANO MONTSERRAT
HERNANDEZ PASCUA MARIA JESUS
REYERO BLANCO ELVIRA
LAMANA SUAREZ MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Creación de huecos específicos para demandas no presenciales en las agendas de los profesionales.
-Colocación de carteles informativos en las puertas de las consultas
-Creación de circuito de recogida y entrega
-Información telefónica a los pacientes que solicitan cita para la consulta.
-Reunión organizativa-informativa con el servicio de admisión (18 enero) y al equipo (28 junio)
-Información a las Farmacias de la zona de la puesta en marcha del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Optimización del tiempo en las consultas del centro
-Mejor disponibilidad en las agendas para atención de pacientes
-Mejora en la accesibilidad y tiempo a los usuarios
-Satisfacción manifiesta de los usuarios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se han contabilizado más de 1.100 pacientes citados en las consultas de Demanda No presencial, lo que significa pacientes que se les ha atendido sin tener que acudir a la consulta de su médico. La satisfacción de los usuarios nos la manifiestan de forma oral cuando vienen al centro, aunque nos gustaría que lo hubieran reflejado por escrito.
-Se han dado un % muy bajo de pacientes que les informan mal del protocolo y solicitan consultas que tienen que acudir con su médico

7. OBSERVACIONES.
Creemos oportuno que se hicieran campañas informativas a los usuarios, farmacias y asociaciones de la zona para que conozcan bien el protocolo y no accedan al programa por cuestiones que tienen que ser resueltas en la consulta.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1296 ===== ***

Nº de registro: 1296

Título
OPTIMIZACION DE LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL C.S. AMPARO POCH

Autores:
SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL, REYERO BLANCO ELVIRA, HERNANDEZ PASCUA MARIA JESUS, ANDRES PIÑOL MARIA DOLORES, GARCIA BAQUEDANO MONTSERRAT, LAMANA SUAREZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

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:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A raíz de la puesta en marcha por parte de la D.A.P. De nuestro Sector del Proyecto de Demanda No presencial

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1296

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL C.S. AMPARO POCH

para los Equipos de A.P, nuestro Centro de Salud crea un circuito interno de funcionamiento y racionalización de dicha consulta (dentro de los parámetros del proyecto principal)

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar el tiempo en consultas para la Demanda asistencial

Mejorar la asistencia de los usuarios y evitarles el tener que acudir a consulta para realizar estos trámites

MÉTODO

-Creación de huecos específicos en las agendas de los profesionales de Demanda No Presencial

-Creación de un circuito de recogida de las recetas e informes médicos

-Se colocan en las puertas de las consultas Carteles informativos sobre la puesta en marcha y funcionamiento de dichas consultas

-Información a los pacientes que solicitan cita para consulta de la puesta en marcha del circuito

*Responsables son todos los componentes del servicio de admisión

INDICADORES

-Revisión de las agendas de las consultas para contabilizar el número de pacientes que se han citado

-Optimizar las agendas de cada consulta según la demanda de sus pacientes

-Revisión de las sugerencias del centro relativas al proyecto

-Estudio y detección de problemas mediante el contacto diario con los pacientes

DURACIÓN

Fecha de inicio:

Día 23 de enero 2017

Fecha de finalización:

Cronograma de Actividades

Pendientes de realizar una sesión informativa al 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 - 2016/1240

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA EN EL PACIENTE DIABETICO IMPLEMENTANDO LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA CALERO FUERTES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES GREGORIO MARIA JESUS
ALBERO VILLA CONCEPCION
OLIETE HERRERO CONCEPCION
RUIZ CERVEL AVELINDA
SORIA SANCHEZ CONCEPCION
MENES BLANCO TERESA
LARRIPA ROMEO SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2017 se han ido realizando las siguientes actividades:

Recordatorio a través del correo de OMI, con una frecuencia bimensual, sobre la pertinencia de la realización de la exploración del pie diabético, como objetivo final de la realización de nuestro proyecto asistencial. Esta actividad se ha realizado a lo largo de todo el año 2017

Extracción de datos cada tres meses a partir del cuadro de mandos de diabetes e información de los mismos a todas las enfermeras, por buzoneo de los mismos en los cajetines de cada enfermera sitios en el área de admisión del centro de salud. En el último trimestre se realizó con periodicidad mensual.

En septiembre/17 reparto e información al servicio de enfermería de: "revisión del pie diabético en tres minutos" (formato papel buzoneado en los cajetines citados anteriormente).

El 2 de octubre se realiza reunión de enfermería, donde se presentan los datos del corte de cartera, analizando y comparando la actividad de revisión del pie diabético.

El 26/10 tiene lugar sesión de enfermería que imparte M^a Jesús Morales sobre "EXPLORACION DE PIE DIABETICO y registro en OMI ".Tras la misma seguimiento mensual de los datos para valorar impacto de la misma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo que fijamos en nuestro proyecto era alcanzar una cobertura del 45% en la intervención enfermera, exploración pie diabético.

A continuación se presentan datos de cobertura del equipo de enfermería según los diferentes cortes realizados a lo largo del año. Todos los datos se han obtenido a través del cuadro de mandos de diabetes.

DICIEMBRE 2016 40.39%
MARZO 2017 40.60
JUNIO 2017 42,77
SEPTIEMBRE 2017 38.30
OCTUBRE 2017 40.53
NOVIEMBRE 2017 43.41
DICIEMBRE 2017 47.28

El estándar inicial marcado era de 45% tras la implementación del proyecto el objetivo final ha sido de un 47.28. Nuestro proyecto ha durado dos años comenzando con un objetivo de 19.20% en diciembre de 2015 (dato del acuerdo gestión 2015).

Los pacientes están satisfechos con la realización de la actividad favoreciendo la educación sanitaria y la provisión de autocuidados. Esta apreciación es subjetiva por parte del equipo de enfermería y tiene como base las apreciaciones y comentarios realizados por los pacientes a lo largo de la realización del proyecto.

Tanto de la sesión formativa de enfermería como de la reunión organizativa hay registro en formato electrónico. En formato papel están los datos de cobertura según los diferentes cortes tanto de manera global como de manera individual por CIAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la realización de este proyecto asistencial durante 2016 y 2017 hemos conseguido la implementación de la exploración del pie diabético como una actividad más dentro de las que realizan las enfermeras del centro de salud Amparo Poch. Además la mayoría de nuestros pacientes diabéticos han normalizado la exploración del pie diabético como algo rutinario a realizar por la enfermera mínimo con una periodicidad anual

Todas las enfermeras han conseguido la formación y el adiestramiento necesario para la realización de la actividad y su registro en la historia del paciente.

Los resultados tal vez podrían haber sido mejores ya que durante el año 2017 ha habido cambios en la plantilla de enfermería.

El beneficio final del proyecto ha sido para los pacientes diabéticos de nuestra zona en los que, tal vez, hayamos disminuido el número de complicaciones en relación con la aparición del pie diabético.

Los datos de realización de esta actividad son bajos en nuestra comunidad luego se deberían emprender acciones a nivel institucional para mejorarlos. Estas acciones pasan por la formación y motivación de los profesionales implicados.

Como apunte por parte del equipo de mejora faltaría el poder derivar por parte de enfermería a estos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1240

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA EN EL PACIENTE DIABETICO IMPLEMENTANDO LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA

pacientes a la unidad específica de pie diabético, localizada en Hospital Nuestra Señora de Gracia .Se inicio la andadura de esta unidad hace unos años empezó el pilotaje en algún centro de salud y se nos hizo la promesa de que el resto lo haríamos de manera escalonada, pero aun seguimos esperando.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1240 ===== ***

Nº de registro: 1240

Título
MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA EN EL PACIENTE DIABETICO, IMPLEMENTANDO LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA

Autores:
MORALES GREGORIO MARIA JESUS, ALBERO VILLA CONCEPCION, CALERO FUERTES MARTA, OLIETE HERRERO CONCEPCION, RUIZ CERVEL AVELINDA, SORIA SANCHEZ CONCEPCION, MENES BLANCO TERESA, LARRIPA ROMEO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

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

Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica de elevada prevalencia que conlleva gran coste personal, social y económico. Es la primera causa de ceguera, tratamiento sustitutivo renal y amputación no traumática en los países occidentales.

En el año 2012 hay 2,24 amputaciones por mil pacientes diabéticos (1,36 en mujeres y 2,99 en hombres). Las amputaciones de pie diabético en el periodo comprendido entre el año 2008a 2010 se mantienen estables, en el año 2012 aumentan.

En el análisis DAFO realizado en Aragón para profundizar en el estado de la situación del proceso asistencial de pacientes con diabetes se identifica como problema en relación con el control de las complicaciones la escasa evaluación del pie diabético.

En el Contrato Programa 2016 se establece el compromiso de implantar actuaciones que se deriven de las Estrategias de Salud priorizadas por el departamento. Una de ellas es la Estrategia de Diabetes con especial atención al manejo del pie diabético.

En el año 2015 se crea un grupo de trabajo en el Sector Zaragoza 1 "Protocolo asistencial Patología Pié Diabético", se forma a un grupo de enfermeras del Sector para que a su vez implanten la formación dentro de su EAP, con el objetivo de introducir en la consulta programada de diabetes una especial atención a la exploración del pie diabético. Así mismo se introdujo dentro de los planes personales de OMI, en el servicio de Diabetes un protocolo relacionado con la actividad.
La encuesta Nacional de Salud 2011/2012 establece una prevalencia de diabéticos en España de 6,96% de la población.

El análisis de los datos obtenidos de la historia clínica de Atención Primaria muestra 80.368 pacientes con diagnóstico de diabetes en Aragón en el año 2012, es decir el 7,2% de la población mayor de 15 años.(fuente: Programa de Atención Integral a la DM de la CAA)
Población > de 14 años C de S Amparo Poch: 13.086.
Personas > 14 años con diagnóstico de diabetes del C de S Amparo Poch: 912 (OMI) se establece una prevalencia de 6,9 %.

Resultado obtenido en la evaluación de Cartera de Servicios del indicador 1.9 " Personas con diabetes y exploración del pie en el año" del Acuerdo de Gestión del año 2016: 40,57 %.

Objetivo que se desea alcanzar en el año 2017 en dicho indicador es de un 45 %.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1240

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA EN EL PACIENTE DIABETICO IMPLEMENTANDO LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados

Alcanzar una cobertura del 45 % en la intervención enfermera: Atención al paciente Diabético: Exploración pie diabético

Pacientes > de 14 años con Diagnóstico de Diabetes y exploración de pie diabético en el último año 2016: 370 .

Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas

Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos

Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado

MÉTODO

Revisión y solicitud(si es necesario) del material necesario para realizar la exploración: Filamentos-Doppler.....

Sesión Formativa: Exploración Pie Diabético y registro de la actividad en OMI: Pendiente de fijar fecha. Será impartida por las profesionales que asistan al Curso de Diabetes ofertado por el Sector.

La actividad se llevará a cabo en Consulta Programada de Enfermería, por todas las enfermeras que atienden población adulta del Centro de Salud

Sesió Formativa: Realización de la Técnica: Indice Tobillo/Brazo.

INDICADORES

Datos obtenidos: Cuadro de mandos Diabetes.

Se harán 3 cortes a lo largo del año 2017. En Marzo. En Junio y Septiembre.
En Enero 2018 se realizará la evaluación final.

Información Periodica de resultados obtenidos por cada enfermera, utilizando el recurso de Cuadro de Mandos de Diabetes.

Indicador: Pacientes> de 14 años con Diagnóstico de Diabetes y exploración pie diabético en el último año/ Pacientes> de 14 años con Diagnóstico de diabetes

DURACIÓN

Fecha de inicio:

Enero 2017

Fecha de finalización:

Enero 2018

Cronograma de Actividades

Pendiente de fijar y confirmar sesión clínica

Documentos Revisados: Cuadro de mandos de Diabetes

Manual de Calidad: Equipos de Atención Primaria. UNE en ISO 9001- Intranet Salud

Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus CAA. Enero 2015

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1295

1. TÍTULO

NORMALIZAN Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN Y BOTIQUINES

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS MORALES GREGORIO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA BAQUEDANO MONTSERRAT
HERNANDEZ LOPEZ ANA
SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza reunión con todos los componentes del equipo para explicar el propósito del proyecto, definir los objetivos, aclarar las actividades y establecer responsabilidades de cada miembro del equipo. La reunión se realiza el 10/5/2017 y se levanta acta de la misma.
Se realizan los pedidos de manera mensual tanto de farmacia como de fungibles, teniendo en cuenta los stocks mínimos de todos los productos.
En septiembre 2017 se etiqueta de manera visible todos los productos de farmacia fijando stocks mínimos, recientemente se van a incorporar nuevos fármacos y se van a retirar otros, según indicación de la farmacéutica de sector, por lo que queda pendiente la actualización de estos últimos. Se ha decidido reorganizar los fármacos teniendo otro criterio que no sea solo el principio activo. En octubre 2017 se reordenan teniendo en cuenta su presentación como fármacos vía oral, fármacos vía parenteral, sueroterapia y cremas/pomadas, lo cual hace más ágil la localización. A lo largo del 2018 habrá que reimprimir y actualizar nuevas etiquetas debido a la reciente reordenación.
En el apartado de fungibles se ha iniciado el mismo proceso, para lo cual se tuvo que conseguir listado de consumos medios de todos los productos. Se fija como stock mínimo la mitad de un consumo medio mensual.
En junio de 2017 se crean hojas de rotura de stock tanto para farmacia como material fungible. Se avisa de su existencia, a través del correo de OMI, a todos los profesionales del equipo. Se revisan con periodicidad diaria por parte de la auxiliar y se gestionan con más o menos prioridad en función del material o fármaco en cuestión. A lo largo del año 2017 han habido 27 roturas de stock con sus consiguientes soluciones.
Con periodicidad mensual se revisa la caducidad de todos los materiales, se cumplimenta la hoja de caducidades de fármacos especificando fecha, nombre de fármaco y unidades que se retiran. Esta hoja se remite a final de año a la farmacéutica del sector.
Las hojas de incidencias y no conformidades se han dejado de utilizar al iniciarse a final de año el pedido por pactos y establecer la figura de una interlocutora a la que remitirse cuando tenemos un problema logístico. Solo se han registrado dos incidencias en relación a almacén durante el 2017.
Algunas de las actividades propuestas en el proyecto están en curso y podrán ser finalizadas a lo largo del año 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han llevado a cabo todas las actividades reseñadas en el proyecto inicial, algunas sin poder terminarlas ya que se han tenido que ir adaptando a cambios externos (inicio del pedido por pactos y retirada e inclusión de nuevos fármacos en los botiquines a propuesta de la comisión de uso racional del medicamento del Sector).
A la hora de medir la consecución de resultados estarían el acta de la reunión, las hojas de incidencias /no conformidades, las hojas de rotura de stock, albaranes revisados y firmados de todas las entradas a almacén, y hoja mensual de caducidades. Toda esta documentación esta parte en formato papel (albaranes y hojas rotura de stock) y resto en formato electrónico.
La aplicación del proyecto ha tenido como consecuencia directa una eficiente gestión de los recursos ya que no se ha desechado ningún material fungible por caducidad. Los que se han retirado de farmacia han constituido una cantidad pequeña (nunca por encima del stock mínimo) y debido al no uso de los mismos. La implementación del proyecto también ha afectado a los usuarios de nuestra zona básica al asegurarles la existencia en todo momento de cualquier material o fármaco que pudiesen precisar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora valora positivamente la implementación del proyecto y la consecución de actividades, pero nos quedan pendientes el inventariar todos los fungibles y la nueva etiquetación de los fármacos.
El resto de actividades solo precisaran de continuidad a lo largo del 2018.
Una vez iniciada una dinámica de trabajo el control y seguimiento entran a formar parte de la rutina y solo precisan del trabajo y la motivación de los profesionales implicados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1295 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1295

1. TÍTULO

NORMALIZAN Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN Y BOTIQUINES

Nº de registro: 1295

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN Y BOTIQUINES

Autores:
MORALES GREGORIO MARIA JESUS, GARCIA BAQUEDANO MONTSERRAT, HERNANDO LOPEZ ANA, SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

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
El C.S. Amparo Poch se incorporó a la Norma ISO 9001 en Junio de 2015, en Septiembre de ese mismo año nos sometimos a una Auditoria externa y el 15 de Junio de 2016 a la última auditoria Interna, en base a esta última auditoria se nos informó que:

- En lo referente al Pedido de materiales y su verificación se había hecho correctamente.
 - En lo referente al almacenamiento y distribución se realizan correctamente
 - En la referente a los Stock mínimos había una pequeña desviación en Almacén y Unid. Apoyo
 - En lo referente al control de caducidades de botiquín tiene la misma desviación que los Stock
 - El control de existencias se realiza de forma correcta
 - El control de devoluciones se realiza de forma correcta
- Después de la auditoria quedó pendiente la gestión de los fungibles:
- Fijar stock mínimos
 - Etiquetar todos los materiales
 - Implementar la hoja de rotura de stocks
 - Dinamizar el uso de la hoja de incidencias para la comunicación de cualquier "fallo-error" en el circuito.

RESULTADOS ESPERADOS

En relacion a:
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados :
Se realizarán los pedidos de manera mensual teniendo en cuenta los stocks mínimos previamente fijados
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas:
Control de caducidades de manera mensual, comunicación de rotura de stock y actuaciones posteriores
Garantizar los derechos aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos:
Que siempre se disponga de materiales suficientes para la atención de los usuarios de nuestra zona
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado:
Optimizar los recursos asignados al centro, adecuación de la financiación a las necesidades reales del centro, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con perdidas de material por falta de uso

MÉTODO
-Revisión y control mensual de los pedidos, distribución, caducidades y stock mínimos.
-Hoja de seguimiento y registro de las Caducidades de los medicamentos
-Hoja de seguimiento y registro de rotura de stock mínimos
- Fijar stock mínimos en materiales fungibles teniendo en cuenta el consumo medio de los mismos
-Utilizar las hojas de Incidencias y No conformidades para notificar fallos en la realización del proceso

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a través de los registros internos de cada procedimiento.
Como indicadores comunes:
-número de incidencias/mes
-% de incidencias no solucionadas o demoradas
Datos obtenidos:
A partir de la Auditoría Interna de Junio 2016

DURACIÓN
Fecha de inicio:
Elaboración e implementación de la hoja de rotura de stock.....Junio 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1295

1. TÍTULO

NORMALIZAN Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN Y BOTIQUINES

Fijar stock mínimos de material fungible.....Septiembre 2017
Reunión miembros del proyecto.....Una vez al año
Seguimiento de actividades.....Trimestralmente
Puesta en marcha del procedimiento.....Junio 2017
Fecha de finalización:
Enero 2018
Documentos Revisados:Manual de Calidad: Equipos de Atención Primaria. UNE en ISO 9001- Intranet 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 - 2016/1298

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE LUIS ELIAS SIERRA SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRERA NOGUERO ANA MARIA
CORTEZ CARBONEL INES
MARTIN CATALAN NURIA
GARUZ BELLIDO ROBERTO
ARIÑO PELLICER SARA
MELUS PALAZON ELENA
CABALLERO ALEMANY CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A través de de una lista de pacientes de nuestro centro de salud, con diagnóstico de fibrilación auricular, se revisaron las historias clínicas para evaluar la adecuación del tratamiento en base a escalas CHA2DS2VASc (riesgo de ICTUS) y HASBLED (Riesgo de hemorragias). Se le actualizaron los criterios y se avisó a cada facultativo tratante el resultado de las escalas y las sugerencias de tratamiento en base a los resultados de las escalas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendiente resultados de tabulación obtenida para finales de Marzo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados serán explicados en una reunión de facultativos implicados para conocimiento de resultados del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

Se adelantan las fechas de realización del proyecto por obtención de resultados en fechas previas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1298 ===== ***

Nº de registro: 1298

Título
PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
SIERRA SERRANO LUIS ELIAS, ARIÑO PELLICER SARA, GARUZ BELLIDO ROBERTO, MELUS PALAZON ELENA, RODRIGUEZ PEREZ JUDIT, CARRERA NOGUERO ANA MARIA, MARTIN CATALAN NURIA, NAVARRO CASTILLO VICTOR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

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

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente. Un estudio reciente ha reflejado una prevalencia de un 4,4% en población adulta española > 40 años, llegando a 17,7% en mayores de 80 años. Además debemos tener en cuenta que una gran cantidad de FA son asintomáticas y muchas veces no diagnosticadas. La trascendencia de esta arritmia se debe a sus implicaciones pronósticas (su presencia duplica la mortalidad independientemente de la presencia de otros predictores y multiplica por cinco el riesgo de ictus), la morbimortalidad que genera (es responsable de 25% de los ictus isquémicos) y el elevado gasto sanitario que conlleva el manejo de la propia arritmia y sus complicaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1298

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Por su elevada prevalencia, carácter crónico, presentación clínica diversa, comorbilidad, enfoque terapéutico y necesidad de un seguimiento clínico estrecho, la FA es una entidad que implica a la AP en toda la historia natural de la enfermedad.

La prevención del ictus constituye un objetivo terapéutico prioritario en la FA. La anticoagulación (ACO) es un tratamiento muy eficaz para prevenir el embolismo sistémico y por ello debemos conocer sus indicaciones y contraindicaciones.

El médico de familia tiene una responsabilidad en todo el proceso asistencial: prevención y detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento a largo plazo de la arritmia y prevención de sus complicaciones (anticoagulación oral).

Debemos tener presente que el riesgo embólico no es constante y varía en función de distintos factores, por tanto la decisión de anticoagular o no habrá de realizarse de forma individualizada y mediante una reevaluación constante. Por ello se diseña este estudio para conocer la evaluación del riesgo de ictus en cada paciente mediante la escala de CHA2DS2VASc y la evaluación de riesgo de hemorragia mediante la escala de HASBLED.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL: Mejorar la indicación de tratamiento anticoagulante en los pacientes de nuestro centro de salud.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

1. Analizar posibles contraindicaciones del tratamiento anticoagulante
2. Conocer el porcentaje de buen control de cada paciente
3. Evaluar riesgo/beneficio de tratamiento anticoagulante
4. Evaluar la indicación o no de los nuevos anticoagulantes orales frente a Acenocumarol

MÉTODO

A través de una lista completa de los pacientes de nuestro centro de salud diagnosticados de arritmia completa por fibrilación auricular, se revisará su historia clínica clasificando la arritmia (1ª episodio, paroxística, persistente o permanente) y se obtendrán los valores de las escalas de CHA2DS2VASc (evaluación de riesgo de ictus) y HASBLED (evaluación de riesgo de hemorragias). Se revisará si está en tratamiento con anticoagulantes orales, el tipo, tiempo de duración y si sigue un buen control.

Se realizará un informe individualizado de cada paciente, analizando el riesgo/beneficio del tratamiento anticoagulante y si existe alguna contraindicación de dicho tratamiento.

Se comunicará al médico responsable del paciente el resultado mediante informe.

INDICADORES

Factores de riesgo de ictus:

Insuficiencia cardiaca o disfunción sistólica ventricular izquierda

Hipertensión

Edad

Diabetes Mellitus

ACV, AIT o tromboembolia

Enfermedad vascular (Infarto de miocardio previo, enfermedad arterial periférica, placa aórtica)

Sexo

Factores de riesgo de sangrado:

Hipertensión

Función renal y/o hepática alteradas

ACV previo

Sangrado previo

INR lábil

Edad

Toma de fármacos o alcohol

Posibles contraindicaciones

Porcentaje de buen control (INR): Se considerará el periodo de valoración INR fuera de rango es de al menos los últimos 6 meses, excluyendo los INR del primer mes o periodos de cambio debidos a intervenciones quirúrgicas.

Riesgo de tratamiento anticoagulante

Beneficio de tratamientos anticoagulante

Indicación de los nuevos anticoagulantes orales

Indicación de Acenocumarol

Tipo de anticoagulante oral: acenocumarol, aldocumar, dabigatrán, rivaroxabán, apixaban.

INR lábil: Se considerará el periodo de valoración INR fuera de rango es de al menos los últimos 6 meses, excluyendo los INR del primer mes o periodos de cambio debidos a intervenciones quirúrgicas.

Aparición de evento cardioembólico

Aparición de evento hemorrágico

DURACIÓN

Fecha de inicio:

Mayo 2017: exposición del proyecto de gestión para la mejora de calidad asistencial del paciente con fibrilación auricular a los profesionales del centro de salud.

Junio 2017: Solicitar permisos a Comité de Ética y Gerencia/D.A.P correspondiente. Solicitar el listado del pacientes de nuestro centro de salud diagnosticado de fibrilación auricular.

Julio-Abril 2018: revisión de historias clínicas con recogida de datos mediante cuestionario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1298

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Mayo 2018: Evaluación de los resultados

Junio 2018: Exposición de resultados a los profesionales del centro. Propuestas de Mejora y valorar publicación de resultados del proyecto.

Fecha de finalización:

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1339

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA RECOMENDACION DE LA VACUNACION FRENTE AL NEUMOCOCO EN PACIENTES DIABETICOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE TERESA TORNOS SIMON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL
SORIA SANCHEZ CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Encuesta inicial a los profesionales sanitarios del centro de salud, médicos de familia, pediatras y enfermeras, sobre opinión y manejo de la vacuna frente al neumococo.
2. Obtención de los siguientes valores extraídos del registro de OMI-AP
Población total atendida en el CS Actur Oeste
Población en edad pediátrica atendida en el CS Actur Oeste
Número de pacientes en los que consta el código T-90 (diabetes mellitus) en población menor de 15 años
Número de pacientes en los que consta el código T-90 (diabetes mellitus) mayor de 15 años
Número de registros de administración de vacuna 23-1 NEUMOCOCO ADULTOS POLISACÁRICO durante el año 2017
Número de registros de administración de vacuna 13-1 NEUMOCOCO ADULTOS CONJUGADA durante el año 2017
Valoración individualizada del registro de vacuna neumocócica en población menor de 15 años con código T-90

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

COMPLETAR LOS DATOS SIGUIENDO EL LISTADO ANTERIOR

El número de registros de vacuna NE23-1 NEUMOCOCO ADULTOS POLISACÁRICO en el año 2017, ha sido de 6 casos, con edades comprendidas entre 37 y 82 años, no correspondiendo en ningún caso a código T-90, diabetes mellitus.

El número de registros de vacuna NE13-1 NEUMOCOCO ADULTOS CONJUGADA en el año 2017 ha sido de 7 casos, con edades comprendidas entre 25 y 84 años, no correspondiendo en ningún caso a código T-90, diabetes mellitus.

En el caso de población infantil menor de 15 años, constan 3 pacientes con código T-90, diabetes mellitus, siendo su vacunación frente a neumococo completa, comprobándose en todos los casos, registro vacuna 23 valente neumocócica polisacárida y vacuna 13 valente conjugada, de acuerdo con las recomendaciones vacunales en grupos de riesgo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La enfermedad invasiva (ENI) causada por *Sreptococcus pneumoniae* constituye un importante problema de Salud Pública debido a su morbilidad y mortalidad siendo la población más susceptible lactantes, niños pequeños y adultos mayores de 65 años. Determinadas condiciones y enfermedades concomitantes aumentan el riesgo de padecerla, entre ellas la diabetes mellitus, siendo la medida más costo-efectiva para prevenirla la que se obtiene mediante la vacuna antineumocócica, existiendo 2 vacunas frente a neumococo, la polisacárica 23 serotipos y la vacuna conjugada de 13 serotipos.

La vacunación en adultos está justificada, según el consenso de 16 Sociedades científicas sobre vacunación antineumocócica en el adulto (1). Se deduce por tanto, la importancia de recomendar la vacunación a los adultos afectados de las patologías anteriormente expuestas, así como fomentar la vacunación en población infantil. Sin embargo, las coberturas alcanzadas de vacunación antineumocócica en esta población, está cercana al 0%, exceptuando la población infantil en la que se alcanza coberturas del 100%, pudiendo influir en esta llamativa diferencia, la baja concienciación de los profesionales sanitarios de la importancia de la recomendación, la falta de información sobre la evidencia científica y también el hecho de que haya grupos de riesgo, en los que aunque esté recomendada, no está financiada por el sistema público.

Dada la alta prevalencia de diabetes mellitus en la población y su frecuente asociación con otros factores de riesgo, se ha planteado como objetivo el desarrollar mejoras en la asistencia de este colectivo y prevenir comorbilidades en la medida de lo posible, entre ellas la infección neumocócica.

Una vez detectado el punto de mejora, nuestro proyecto pretende concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de ofertar la vacuna antineumocócica, tanto la 23 valente como la 13 valente, para lo que se realizaron sesiones clínicas y de debate, dirigidas a médicos y enfermeras.

Se evaluará posteriormente a las sesiones formativas, las coberturas vacunales en el grupo de diabetes mellitus frente a vacuna neumocócica.

Bibliografía: (1) Consenso sobre la vacunación antineumocócica en el adulto con patología de base, Rev Esp Quimioter 2013; 26(3):232-252

7. OBSERVACIONES.

Los datos de los resultados de la encuesta se encuentran en un documento de papel. Dado su gran volumen no se han podido adjuntar

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1339 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1339

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA RECOMENDACION DE LA VACUNACION FRENTE AL NEUMOCOCO EN PACIENTES DIABETICOS

Nº de registro: 1339

Título
MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA RECOMENDACION DE LA VACUNACION FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES DIABETICOS

Autores:
TORNOS SIMON TERESA, CUCHI OTERINO BEATRIZ, SORIA SANCHEZ CONCEPCION, SIERRA SERRANO LUIS ELIAS, LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

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 enfermedad invasiva (ENI) causada por *Sreptococcus pneumoniae* constituye un importante problema de Salud Pública debido a su morbilidad y mortalidad siendo la población más susceptible lactantes, niños pequeños y adultos mayores de 65 años. Determinadas condiciones y enfermedades concomitantes aumentan el riesgo de padecerla. La medida más costo-efectiva para prevenirla es la que se obtiene mediante la vacuna antineumocócica, existiendo 2 vacunas frente a neumococo, la polisacárica 23 serotipos que no genera memoria inmunitaria y la vacuna conjugada de 13 serotipos que sí la genera y tiene respuesta más potente. La vacunación en adultos está justificada en caso de inmunodeficiencia, pero también en inmunocompetentes con otras patologías de base como EPOC, asma grave, patología intersticial difusa pulmonar, enfermedad hepática crónica, cardiopatía, insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes mellitus, tabaquismo y enolismo, según el consenso de 16 Sociedades científicas sobre vacunación antineumocócica en el adulto (1). Se deduce por tanto, la importancia de recomendar la vacunación a los adultos afectados de las patologías anteriormente expuestas, así como fomentar la vacunación en población infantil. Sin embargo, las coberturas alcanzadas de vacunación antineumocócica son mucho más bajas de lo deseable, pudiendo influir la baja concienciación de los profesionales sanitarios de la importancia de la recomendación y también el hecho de que haya grupos de riesgo, en los que aunque esté recomendada, no está financiada por el sistema público.
Dada la alta prevalencia de diabetes mellitus en la población y su frecuente asociación con otros factores de riesgo, se ha planteado como objetivo el desarrollar mejoras en la asistencia de este colectivo y prevenir comorbilidades en la medida de lo posible, entre ellas la infección neumocócica.
Nuestro proyecto pretende concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de ofertar la vacuna antineumocócica, tanto la 23 valente como la 13 valente, ya que a pesar de las medidas terapéuticas actuales, la incidencia y mortalidad de la enfermedad neumocócica en estos pacientes se mantienen elevadas.
Bibliografía: (1) Consenso sobre la vacunación antineumocócica en el adulto con patología de base, Rev Esp Quimioter 2013; 26(3):232-252

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la prevención de la enfermedad neumocócica
2. Mejorar la cobertura vacunal en el niño y adulto con diabetes.

MÉTODO
1. Encuesta inicial a los profesionales sanitarios del centro de salud sobre opinión y manejo de la vacuna frente al neumococo.
2. La responsables del proyecto realizará sesiones clínicas formativas al resto de profesionales del centro de salud (Médicos de Familia, Pediatras, Enfermería) sobre prevención de la enfermedad neumocócica en el adulto y en el niño, que incluirá la detección del paciente de riesgo y exposición del consenso sobre la vacunación antineumocócica.
3. Presentación al Equipo de los resultados, al finalizar el proyecto y grado de satisfacción.

INDICADORES
1. Cobertura vacunal en población diabética (CIAP- T90) que esté en tratamiento con antidiabéticos orales o insulino dependientes, tanto infantil como adulta, con vacuna 23valente y con vacuna 13valente.
2. Esta cobertura se evaluará al inicio del proyecto y a los 6 meses de instaurado.
3. Comparación de resultados y porcentaje de mejora.

DURACIÓN
1. Noviembre -Diciembre del 2016 se valorará la cobertura vacunal frente a enfermedad neumocócica en la población diabética Código CIAP-T90 del CS Actur Oeste.
2. Enero-Febrero 2017 se dará una sesión formativa dirigida a los profesionales sanitarios de nuestro centro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1339

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA RECOMENDACION DE LA VACUNACION FRENTE AL NEUMOCOCO EN PACIENTES DIABETICOS

de salud (Médicos de Familia, Pediatras y Enfermeras) y se pasará una encuesta individual para conocer la opinión y el manejo de estos profesionales en lo referente a la administración de la vacuna antineumocócica.

3. Mayo-Junio 2017 nueva valoración de la cobertura vacunal.

4. Junio 2017, sesión informativa donde se expondrán los resultados del análisis a los profesionales sanitarios, así como una encuesta de satisfacción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1341

1. TÍTULO

MANTENER EL SGC BASADO EN CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL EAP ACTUR OESTE

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL PEREZ RAMIREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDO LOPEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Revisión por la Dirección: 29-08-2017
- Auditoria interna: Pendiente de realización, prevista para este mes (no se pudo llevar a cabo por problemas organizativos)
-Auditoria Externa: 6-10- 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna y externa: Comentado en Resultados Alcanzados.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio incluidas en el programa de Formación Continuada:
-Reunión de Enfermería 18-4-2017 :Presentación de borrador acuerdo gestión clínica 2017 y repaso de objetivos.
-Reunión médicos 26-4-17
-Reunión paciente crónico complejo 22-6-17
-Reunión de Equipo 26-8-2017:Cierre Acuerdo de Gestión 2016 y presentación de Acuerdo de Gestión 2017
- Sesión " Seguridad del paciente higiene de manos, los cuatro momentos, mascarillas y usos de PBA" Carlos Clerencia, Técnico de Salud Sector I,Paz, Riesgos Laborales del Royo Vil. (14/6/16)
-Sesiones formación polimedificados: 31-5-17
-Reunión grupo ISO-Almacén: 10-5-17
-Sesión repaso cartera y registro en OMI: 3-10-17
-Actividades realizadas en los Proyectos asistenciales:
Proyecto "Optimización de la consulta demanda no presencial":- Difusión de la puesta en marcha del proyecto mediante cartelería interna-Reunión organizativa-informativa con el servicio de admisión (18 enero) y al equipo (28 junio)
Proyecto "Normalización y homologación de procesos de gestión, control almacenes y botiquines:-Creación grupo trabajo y objetivos en reunión del 10/5/17-Colocación carteles y etiquetas de medicamentos en almacén del centro
Proyecto " Estimación diferentes enfermedades bucodentales en pacientes crónicos"-Sesión clínica al Equipo a cargo de la Dentista y la higienista del centro (18 enero 2017)
Proyecto "Mantener el SGC de certificación ISO en el EAP":-Taller Auditorias Internas
Proyecto de mejora de la atención de enfermería en el paciente diabético implementando la exploración del pie diabético: Sesión de enfermería 26/10/17
Proyecto de mejora de la calidad asistencial y seguridad mediante la recomendación de la vacunación frente a Neumococo en pacientes diabéticos
Proyecto para mejorar la calidad asistencial del paciente con fibrilación Auricular en Atención Primaria
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Comentado en Resultados Alcanzados.
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: No se ha llevado a cabo todavía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Valoración de resultados del Acuerdo de Gestión clínica:
-Resultados en Objetivos clínicos y URM. Sobre un total de 100 puntos nuestro centro ha alcanzado, 82,25 situándonos como el tercer centro que más puntuación ha conseguido, las diferencias las marcan 5 puntos en el apartado de la Sostenibilidad y el resto de puntos en el apartado de los objetivos clínicos, en lo demás hemos alcanzado la puntuación máxima.
-Actividades de formación e investigación. Según Calendario Sesiones 2016 .Se acreditaron a nuestro centro un total de siete
-Resultados en Atención a tiempo.Los resultados de las tasa de derivaciones de especializada estan ajustadas a las realizadas por nuestro centro a lo acordado en el Acuerdo de Gestión 2016.
- Valoración de las actividades de mejora continua:
Resultados encuestas, reclamaciones y sugerencias.
-Opinión usuarios, encuestas: Resultados de la encuesta de opinión referente a nuestro centro de salud (2015), hacemos hincapié en algunos resultados que nos han llamado la atención por salir un poco desviados con respecto a los del Sector y su posible mejora, como son:
1-Posibilidad de escoger día de consulta:Incorporar la apertura de más huecos de Demanda.
2-Tiempo de espera hasta ser atendidos en consulta:Introducir mejoras en forma de colchones horarios en las agendas y de puesta en marcha de protocolos como la entregas de los partes de IT, y las recetas electrónicas desde el servicio de admisión .
3-Interés del personal de admisión:Aumento en el número de reclamaciones en 2016, lo que hace que el servicio se plantee el seguir mejorando día a día la forma de actuación de cara a los pacientes.
-Reclamaciones: Se han recogido 33 reclamaciones (se adjunta listado) de las cuales 12 son de A.Continuada y Unidades de Apoyo (remitidas a Clientes de nuestro Sector) del resto la mitad de ellas son por el trato recibido o percibido por el usuario, no centrándose en ningún profesional y otras sobre atención recibida

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1341

1. TÍTULO

MANTENER EL SGC BASADO EN CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL EAP ACTUR OESTE

por parte del servicio de admisión (situación expuesta en el apartado anterior)

-Sugerencias: Tras la apertura del buzón de sugerencias, se encontraron 2 (enviadas a clientes de nuestro sector), una en referencia a la Atención Continuada de los sábados y otra sobre admisión del centro.

-Auditorías Internas y Externas

Se realizó Auditoría Interna, Acta día 15 de Junio 2016

Se encontraron las siguientes desviaciones:

1-Procedimiento de actuación ante accidente biológico:Se incorpora al manual protocolo de "Protección trabajadores ante Accidente Biológico (instrucciones)

2-Dentro de las "No conformidades evaluadas":Ergonomía del puesto de trabajo en la sala de extracciones de sangre. Sigue sin resolverse y corregirse

3- Actividades comunitarias:Creación y puesta en marcha del Consejo de Salud del centro en Diciembre de 2016

4- Curriculum Vitae de profesionales del centro:Pendientes de crear comisión para su puesta en marcha

5-Rotulación de fecha de apertura de envases multidosis:Desde entonces se realiza la rotulación en los envases

6-Botellas de oxígeno no tienen humidificadores estériles:Desde hace unos meses se ha corregido esta situación

-No conformidades detectadas: Acciones correctivas.

-No conformidad : sobre recortes en los pedidos mensuales de almacén:Se mantuvo reunión con los responsables de almacén para que no se produzcan más recortes y que algunos de los materiales de los pedidos se hagan fijos mensualmente de forma sistemática

-No conformidad: sobre ergonomía del puesto de trabajo en la sala de extracciones de sangre:

Sigue sin resolverse y corregirse

-Incidencias detectadas :Se realizaron 19 Incidencias,

-La mayor parte de ellas (siete) sobre los recortes y pedidos de almacén lo que llevó a realizar la No conformidad -Del resto (3 fueron sobre reparto de incentivación) :, se celebró reunión con la DAP del Sector y el Gerente del Sector y se arregló la situación

-Las otras se desglosan entre problemas informáticos puntuales y organización interna consultas

- Acciones tomadas para abordar la seguridad del paciente.

-Sesión " Seguridad del paciente higiene de manos, los cuatro momentos, mascarillas y usos de PBA" Carlos Clerencia, Técnico de Salud Sector I,Paz, Riesgos Laborales del Royo Vil. (14/6/16)

--Consecución de Sterilium: dispensadores individuales para los maletines y en cada consulta

-Sesiones de formación sobre "Protocolo de pacientes polimedcados", Enfermería hace una revisión trimestral junto con la farmacéutica del sector sobre este tema

-Registro eventos adversos: por el personal sanitario que atiende al paciente.

-Otros procesos de mejora continua-

-Implementación de la consulta no presencial en las agendas de Enfermería y Medicina

-Implantación del cribado de cáncer de colon

-Pendientes puesta en marcha de la Consulta Virtual en algunas especialidades

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mantener y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad: informes de auditoría, seguimiento de objetivos, de indicadores de ACG, análisis de incidencias, estudio de no conformidades, análisis de reclamaciones y encuesta de satisfacción de usuarios, nos resulta útil para intentar la mejora continua .Respecto a los objetivos de enfermería comentar que no estamos de acuerdo con su formulación. Existe poco margen de mejora por los plazos de tiempo en que se recibe la información para el seguimiento de los indicadores clínicos. Con la implantación de los actos de Demanda No Presencial en las distintas agendas de los profesionales del centro, se ha constatado que los usuarios lo han acogido de forma satisfactoria y disminuye la carga asistencial. Con respecto a los servicios hospitalarios, comentar la gran demora de citación para algunas especialidades (trauma, oftalmología, cardiología, etc), así como algunas pruebas radiodiagnósticas como Ecografías, este asunto de las Demoras es uno de los que más preocupa a los profesionales del centro. Pendiente de realizar la Auditoría interna 2017 en fecha próxima.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1341 ===== ***

Nº de registro: 1341

Título
MANTENER EL SGC BASADO EN CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL EAP ACTUR OESTE

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1341

1. TÍTULO

MANTENER EL SGC BASADO EN CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL EAP ACTUR OESTE

PEREZ RAMIREZ ISABEL AUREA, SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL, MORALES GREGORIO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

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: Actualizacion Norma ISO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales. El EAP Actur Oeste del sector Zaragoza I se encuentra certificado/desea conseguir la certificación (indicar lo que proceda) según norma ISO 9001 desde el año 2017.

Nuestro plantenamiento es: (completar según el título escogido)

RESULTADOS ESPERADOS

Mantener la certificación ISO 9001-2008.

MÉTODO

- Mantener y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad: informes de auditoría, seguimiento de objetivos, de indicadores de ACG, análisis de incidencias, estudio de no conformidades, análisis de reclamaciones y encuesta de satisfacción de usuarios, para la mejora continua
- Participación en la Comisión de Sector de Proyectos Asistenciales
- Resolución de NC encontradas en las auditorías y en la mejora de los datos de los indicadores de objetivos.

INDICADORES

La evaluación se llevarán a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma:
- Realización Auditoría interna,
- Realización de Revisión por la dirección y
- Certificación por auditoría externa.

Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Revisión por la Dirección, SGC2016: mayo 2017
Auditoría interna:en 2017
Auditoría Externa: junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorías interna: Mayo - Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorías externa: Junio - Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Incluir en Programa de Formación Continua. Poner fecha.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Septiembre y diciembre de 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA.

EDAD. Todas las edades

SEXO. Ambos sexos

TIPO DE PATOLOGÍA: otros

OTRO TIPO DE PATOLOGÍA: Todas patologías

Valore el proyecto en relación a los siguientes apartados

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (>satisfacción). 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1341

1. TÍTULO

MANTENER EL SGC BASADO EN CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL EAP ACTUR OESTE

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1338

1. TÍTULO

ESTIMACION DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PACIENTES CRONICOS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DEL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR NAVALES BELTRAN
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SIMON SIMON ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE PREPARÓ UNA HOJA EXCEL Y DURANTE 6 MESES (JUNIO A DICIEMBRE) SE REALIZÓ EXPLORACIÓN BUCODENTAL A TODOS LOS PACIENTES CRÓNICOS QUE ACUDIERON A LA CONSULTA. SE REGISTRARON TODOS LOS DATOS EN LA HOJA DE EXCEL. EN ENERO SE REALIZÓ EL ESTUDIO DE LOS DATOS OBTENIDOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
DE LOS 177 PACIENTES CRÓNICOS, 100 FUERON VARONES Y 77 MUJERES. EN CUANTO A SUS ENFERMEDADES CRÓNICAS: 62 PACIENTES SON DIABÉTICOS, 113 SON HIPERTENSOS, 24 TIENEN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, 50 TIENEN ENFERMEDADES CARDÍACAS Y 6 TIENEN ENFERMEDADES HEPÁTICAS. HAY 66 PACIENTES QUE TIENEN VARIAS ENFERMEDADES CRÓNICAS. EN CUANTO A LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES QUE PRESENTABAN, SE OBSERVA: EL 15% TIENEN ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS (GINGIVITIS, ENF. PERIODONTAL), EL 24% TENÍAN AUSENCIA DE PIEZAS DENTALES AL LLEGAR A LA CONSULTA, EL 31% PRESENTABAN CARIES Y AL 30% SE LES REALIZÓ ALGUNA O VARIAS EXODONCIAS DE PIEZAS CAREADAS O CON MOVILIDAD. CON RESPECTO A LAS LESIONES BUCALES: 0 PACIENTES ATENDIDOS PRESENTARON CÁNDIDA Y 7 PACIENTES PRESENTARON LESIONES DE DIFERENTE TIPOLOGÍA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
UNA VEZ OBSERVADOS LOS RESULTADOS SE PUEDE DEDUCIR:
1.- QUE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO PRESENTAN CÁNDIDA Y QUE LAS LESIONES DE SUS BOCAS NO ES UN DATO RELEVANTE.
2.- EL ESTUDIO HA SERVIDO PARA MOSTRAR EL MAL ESTADO GENERAL DE LA BOCA EN LOS PACIENTES INCLUIDOS, CON GRAN CANTIDAD DE CARIES, AUSENCIA DE PIEZAS DENTALES Y POCO INTERÉS POR CONSERVAR SUS DIENTES NATURALES. ESTE DATO NO ES RELEVANTE DE FORMA DIFERENCIAL AL RESTO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DEL C.S. ACTUR OESTE YA QUE PRESENTAN UNA SALUD BUCODENTAL SIMILAR.
3.- UN MAL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL EN LA POBLACIÓN QUE SE ATIENDE EN ESTE CENTRO DE SALUD.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1338 ===== ***

Nº de registro: 1338

Título
ESTIMACION DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PACIENTES CRONICOS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DEL C.S. ACTUR OESTE

Autores:
NAVALES BELTRAN MARIA PILAR, SIMON SIMON ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES CRÓNICOS
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: VALORACIÓN DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PACIENTES CRÓNICOS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de higiene bucodental pretende estimar el porcentaje de enfermedades bucodentales que presentan los pacientes crónicos atendidos en dicha Unidad en el período de Junio a Diciembre de 2017 para actuar en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1338

1. TÍTULO

ESTIMACION DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PACIENTES CRONICOS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DEL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE

promoción de la salud de estos pacientes de forma específica sobre los hábitos y patologías relacionados.. Este proyecto es la fase inicial de un proyecto que tendrá continuidad con un 2º proyecto de Educación para la Salud Bucodental en dichos pacientes crónicos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Conocer el nº de pacientes crónicos atendidos en la Unidad SBD del Centro de Salud Actur Oeste.
2. Determinar la frecuencia de presentación de las diferentes enfermedades bucodentales en los pacientes crónicos.
3. Diferenciación de las enfermedades bucodentales en los pacientes crónicos.

MÉTODO

Para conseguir los objetivos se proponen las siguientes acciones:

1. Registro de todos los pacientes crónicos que acuden a nuestra consulta identificando el tipo de enfermedad crónica.
2. Registro de la Enf. Bucodental que presentan: caries, enf. Periodontal, ausencia piezas dentarias, otras.
3. Análisis de los resultados y selección de oportunidades de mejora.

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes con enfermedad crónica atendidos en la USBD de Actur Oeste de Junio a Diciembre de 2017.
2. Porcentaje de presentación de enfermedad Bucodental según patología crónica.

DURACIÓN

La duración prevista de la actividad será 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 - 2016/1337

1. TÍTULO

TALLER: "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRAS VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA"(BASADO EN EL MODELO MBSR-MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION. CFM UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS)

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA GONZALEZ UBEDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYAN MORENO PILAR
ARAKISTAIN MARKINA MIRIAM
LAHUERTA JARQUE AMPARO
LITE MARTINEZ AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2017 se ha realizado el primer taller programado, en las fechas previstas 22 marzo -17 mayo, en horario de 16-18:30. El segundo taller programado en septiembre-noviembre se suspendió. La razón fundamental ha sido la dificultad para integrarlo dentro de la organización asistencial del centro.
Se han realizado las dos sesiones previstas para los profesionales (8 y 23 de febrero). Sesión informativa al EAP: Contenidos y estructura del taller y sistema de derivación de los pacientes (8 febrero) Sesión formativa: "La atención plena -mindfulness en el entorno de la atención primaria, recurso para los pacientes y los profesionales" (23 Febrero). Se ha seguido el circuito establecido para la captación e inclusión de los pacientes en el taller. Ha participado los profesionales previstos: La enfermera responsable de la actividad. las dos fisioterapeutas del centro que han participado como asesoras en la adaptación de los ejercicios corporales a las situaciones físicas de los participantes. Se ha contado con el soporte previsto de 1 administrativo. En cada sesión, los participantes han recibido material de soporte (escrito y CD) para la práctica en casa. El material escrito, es de elaboración propia, elaborado a lo largo de los años en los que se viene realizando esta actividad. Los CD, con prácticas de mindfulness guiadas, se ha utilizado con permiso de la autora: Carola García, profesora certificada de MBSR por el Center for Mindfulness de la Universidad de Massachusetts. Se ha utilizado la sala multiusos del centro con su equipamiento necesario para el taller (sillas, colchonetas y pizarra). Se han utilizado encuestas de evaluación por los participantes: Antes de comenzar, en la mitad del taller y encuesta de valoración final. Se ha utilizado el registro específico de la actividad en cada sesión: control de asistencias y observaciones durante la sesión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Iniciaron el taller 10 personas y lo terminaron 9. La persona que se retiró, tras la primera sesión, fue debido a una confusión en la derivación. Se han realizado y recibido el 100% encuestas de valoración pre, mitad y al finalizar el taller.

Los resultados de la encuesta de valoración final han sido los siguientes:

Grado de comodidad de la sala (alto-moderado)
Tiempo dedicado al aprendizaje: (suficiente (7) Moderado (2)
Horario de las sesiones (adecuado(6)-Inadecuado (3)
Material entregado: Muy suficiente (5) Suficiente (3) Moderado(1)
Valoración habilidad de los profesionales: Alta (5) Muy Alta (4)
Consecución de expectativas: Mucho (5) Muchísimo (2) Normal (2)
Grado de utilidad de lo aprendido: Alto (4) Muy Alto (3) Moderado (2)
Entre las sugerencias expresadas destacan: alargar la duración y opción de volver a hacerlo. Propuestas de horarios: por la mañana, y por la tarde 17-19h.

RESULTADOS INDICADORES

ESTRUCTURA:

Nº de profesionales que participan en la actividad (3) 100%
Nº de profesionales previstos (3)

PROCESO:

Nº de talleres realizados (1) 50%
Nº de talleres previstos (2)

RESULTADOS:

Nº de participantes que inician la actividad (10) 90%
Nº de participantes que la terminan (9)*

*La persona que se retiró, tras la primera sesión, fue debido a una confusión en la derivación

Nº de participantes que valoran de forma positiva la utilidad de las prácticas aprendidas (9) 100%
Nº de participantes (9)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de la actividad por los participantes ha sido positiva. En la misma línea que los talleres realizados en años anteriores. Supone un acicate para continuar ofreciendo esta actividad de educación para la salud grupal. Para el 2018 se han programado, durante el primer semestre, 3 talleres con una duración

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1337

1. TÍTULO

TALLER: "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRAS VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA"(BASADO EN EL MODELO MBSR-MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION. CFM UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS)

menor: 4 sesiones de 1,h de duración cada una. En horario de tarde (Febrero (17-18:30)y Mayo (16-17:30) y en horario de mañana (08:30-10).Se ha incorporado una enfermera, en calidad de colaboradora, que asistió. en el taller del 2017 como participante.

Los puntos críticos que es necesario valorar para asegurar la continuidad son:

1- Necesidad de integrar la actividad dentro de la dinámica asistencial del centro, con el apoyo directo y/o indirecto del EAP. De tal modo que las actividades de educación para la salud puedan ofrecerse con una mayor frecuencia y sin la sobrecarga que requieren actualmente para los profesionales que las realizan.

Por ello, se va a plantear al EAP estudiar estrategias que permitan la integración en la actividad habitual del centro, de la Agenda comunitaria, que incluye todas las actividades de educación para la salud grupal que pueden ser ofrecidas por el EAP actualmente.

2- Promover la participación de profesionales sanitarios pre y postgrado en los talleres para dar a conocer la atención plena-mindfulness como recurso de educación para la salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1337 ===== ***

Nº de registro: 1337

Título
TALLER "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRA VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA". BASADO EN EL MODELO MBSR (MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION) CFM UNIVERSIDAD MASSACHUSETTS

Autores:
GONZALEZ UBEDA ROSA, ARAKISTAIN MARKINA MIRIAM, LAHUERTA JARQUE AMPARO, LITE MARTINEZ AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR SUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Influencia del estrés en la salud. Promoción de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La población atendida por el CS Actur Sur es de 15.468 hab. El grupo etario más numeroso es el 40-59 años. Atendiendo a las características de la población y la situación de incertidumbre originada por la crisis económica, que ha generado y genera un alto nivel de estrés, afectando a la salud física y psíquica. A iniciativa de los profesionales del EAP, desde el año 2011 se vienen desarrollando talleres para el aprendizaje en la reducción del estrés basados en mindfulness - atención plena. La eficacia de esta práctica ha sido contrastada por numerosos estudios científicos. Hay evidencia sobre sus efectos en generar resiliencia. Promueve el empoderamiento de la persona en el cuidado de su salud y el cuidado participativo. También se ha observado su eficacia para prevenir el síndrome "burn out" en las profesiones de ayuda.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Que los participantes en el taller puedan conocer, desarrollar y fortalecer habilidades para la gestión del estrés a través de prácticas formales y en la vida cotidiana, de atención plena- mindfulness como base para cultivar la resiliencia emocional y actitudes positivas hacia su salud y poder aplicarlas eficazmente a lo largo de toda la vida adulta. 2. Dar a conocer la práctica de mindfulness-atención plena a los profesionales sanitarios y no sanitarios del EAP por medio de sesiones formativas.

MÉTODO

El taller es una actividad de educación para la salud en grupo que enfatiza el aprendizaje experiencial en el contexto de dinámica grupal. Se presentan prácticas formales de atención plena cuerpo-mente (Exploración corporal) Meditación y Ejercicios corporales conscientes (estiramientos) y diversas prácticas de atención en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1337

1. TÍTULO

TALLER: "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRAS VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA"(BASADO EN EL MODELO MBSR-MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION. CFM UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS)

la vida cotidiana. Se desarrolla en 8 sesiones semanales de 2h 30min de duración cada una. Los participantes reciben materiales e indicaciones para la práctica en casa, tanto formal como informal, con una dedicación individual de 1 hora diaria entre las sesiones semanales grupales. Recursos humanos: La enfermera responsable de la actividad, con formación en MBSR, Meditación y Psicología Contemplativa. 2 fisioterapeutas que participan en calidad de asesoras en los ejercicios corporales si la situación física de los participantes lo requiere. 1 administrativa y 1 profesional sanitario colaborador, previa solicitud.

INDICADORES

Se utilizan Encuestas de Valoración pre, en la mitad y post-taller y Registro específico de la actividad en cada sesión.
ESTRUCTURA : N° de profesionales que participan en la actividad / N° de profesionales previstos. PROCESO: N° de talleres realizados / N° de talleres previstos. RESULTADOS: 1. N° de participantes que inician la actividad/ N° de participantes que la terminan. 2. N° de participantes que valoran de forma positiva la utilidad de las prácticas de mindfulness aprendidas en el taller/ N° de participantes.

DURACIÓN

Calendario 2017: Taller: 8 sesiones semanales. Miércoles 16-18:30. 1er grupo: 22 Marzo-17 Mayo. 2do grupo: 20 Septiembre-28 noviem. Sesiones formativas dirigidas al EAP: 8 Febrero: Sesión Informativa sobre contenidos, estructura del taller y sistema de derivación. 23 Febrero: Sesión formativa al EAP: " La atención plena- mindfulness en el entorno de la atención primaria, recurso para pacientes y profesionales"

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1337

1. TÍTULO

TALLER: "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRAS VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA"(BASADO EN EL MODELO MBSR (MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION) CFM UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS)

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ROSA GONZALEZ UBEDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYAN MORENO PILAR
LITE MARTINEZ AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Cronograma de implantación

En el año 2018, se han realizado dos de los tres talleres programados. La duración de los talleres ha sido la establecida para este año: 4 sesiones de 1,5h de duración cada una, en horario de tarde. El taller programado en horario de mañana se suspendió. Fechas: 1er taller: 7-28 Febrero 2018. 17-18:30h. 2do Taller 6-27 de junio. 16-17:30h

Se ha seguido el circuito establecido para la captación e inclusión de los pacientes en el taller.

Responsables

Ha participado los profesionales previstos: La enfermera responsable de la actividad y la enfermera colaboradora. No ha sido necesario el asesoramiento de las dos fisioterapeutas del centro. Se ha contado con el soporte previsto de una administrativa.

Recursos

En cada sesión, los participantes han recibido material de soporte (escrito y CD) para la práctica en casa. El material escrito, es de elaboración propia, elaborado a lo largo de los años en los que se viene realizando esta actividad.

Los CD, con prácticas de mindfulness guiadas, se ha utilizado con permiso de la autora: Carola García, profesora certificada de MBSR por el Center for Mindfulness de la Universidad de Massachusetts

Se ha utilizado la sala multiusos del centro con su equipamiento necesario para el taller (sillas, colchonetas y pizarra)

Actividades de evaluación.

Se han utilizado encuestas de evaluación por los participantes: Antes de comenzar y encuesta de valoración final. Se ha utilizado el registro específico de la actividad en cada sesión: control de asistencias y observaciones durante la sesión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Primer Taller: Iniciaron el taller 9 personas y lo terminaron 6. 2 personas se retiraron tras la primera sesión y la otra en la segunda.

El 56% fue derivado desde la consulta médica y el 44% de la consulta enfermería

Se han realizado y recibido el 100% encuestas de valoración de las 6 personas que terminaron el taller.

Los resultados de la encuesta de valoración final han sido los siguientes:

Grado de comodidad de la sala: moderado (4) alto (2)

Tiempo dedicado al aprendizaje: escaso (4) moderado (1) y suficiente 1)

Horario de las sesiones : adecuado(6)

Material entregado: muy suficiente (2) suficiente (3) escaso(1)

Valoración habilidad de los profesionales: muy alta (5) moderada (1)

Consecución de expectativas: mucho (2) muchísimo (1) normal (3)

Grado de utilidad de lo aprendido: alto (1) muy alto (2) moderado (2)poco (1)

Entre las sugerencias expresadas destacan: alargar la duración y opción de volver a hacerlo.

Segundo Taller: Iniciaron y terminaron el taller 8 personas.

El 62,5% fue derivado desde la consulta médica y el 37,5% de la consulta enfermería

Se han recibido 7 encuestas de valoración final (87,5%)

Los resultados de la encuesta de valoración final han sido los siguientes:

Grado de comodidad de la sala (moderado (1) alto (6)

Tiempo dedicado al aprendizaje: escaso (2) moderado (3) y suficiente 2)

Horario de las sesiones: adecuado(6)

Material entregado: suficiente (7)

Valoración habilidad de los profesionales: muy alta (5) alta (2)

Consecución de expectativas: mucho (4) normal (3)

Grado de utilidad de lo aprendido: alto (5) moderado (2)

Entre las sugerencias expresadas destacan: ampliar la duración

RESULTADOS INDICADORES ESTABLECIDOS EN EL PROYECTO:

ESTRUCTURA:

Nº de profesionales que participan en la actividad (3) 100%

Nº de profesionales previstos (3)

PROCESO:

Nº de talleres realizados (2) 67%

Nº de talleres previstos (3)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1337

1. TÍTULO

TALLER: "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRAS VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA"(BASADO EN EL MODELO MBSR (MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION) CFM UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS)

RESULTADOS:

Nº de participantes que inician la actividad (17) 82.35%
Nº de participantes que la terminan 14)
Nº de participantes que valoran de forma positiva la utilidad de las prácticas aprendidas (14) 82,35%
Nº de participantes (17)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de la actividad por los participantes ha sido positiva. En la misma línea que los talleres realizados en años anteriores. La reducción del número y duración de las sesiones ha podido influir en la sugerencia de los participantes de aumentar la duración. Actualmente existe una lista de espera para próximos talleres. La intención es seguir ofertando esta actividad. Para ello, se han elaborado materiales de información a los usuarios (poster y dípticos) incluidos en el " Proyecto de mejora en la captación, derivación y citación de pacientes para las actividades de educación para la salud grupal en el CS Actur Sur de Zaragoza"
Si bien, para el año 2019 no ha sido posible, hasta el momento, realizar una programación. Antes resulta imprescindible decidir las estrategias que ayuden al desarrollo de las actividades de educación para la salud grupal como un servicio más a ofrecer desde el centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1337 ===== ***

Nº de registro: 1337

Título
TALLER "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRA VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA". BASADO EN EL MODELO MBSR (MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION) CFM UNIVERSIDAD MASSACHUSETTS

Autores:
GONZALEZ UBEDA ROSA, ARAKISTAIN MARKINA MIRIAM, LAHUERTA JARQUE AMPARO, LITE MARTINEZ AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR SUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Influencia del estrés en la salud. Promoción de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La población atendida por el CS Actur Sur es de 15.468 hab. El grupo etario más numeroso es el 40-59 años. Atendiendo a las características de la población y la situación de incertidumbre originada por la crisis económica, que ha generado y genera un alto nivel de estrés, afectando a la salud física y psíquica. A iniciativa de los profesionales del EAP, desde el año 2011 se vienen desarrollando talleres para el aprendizaje en la reducción del estrés basados en mindfulness - atención plena. La eficacia de esta práctica ha sido contrastada por numerosos estudios científicos. Hay evidencia sobre sus efectos en generar resiliencia. Promueve el empoderamiento de la persona en el cuidado de su salud y el cuidado participativo. También se ha observado su eficacia para prevenir el síndrome "burn out" en las profesiones de ayuda.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Que los participantes en el taller puedan conocer, desarrollar y fortalecer habilidades para la gestión del estrés a través de prácticas formales y en la vida cotidiana, de atención plena- mindfulness como base para cultivar la resiliencia emocional y actitudes positivas hacia su salud y poder aplicarlas eficazmente a lo largo de toda la vida adulta. 2. Dar a conocer la práctica de mindfulness-atención plena a los profesionales sanitarios y no sanitarios del EAP por medio de sesiones formativas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1337

1. TÍTULO

TALLER: "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRAS VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA"(BASADO EN EL MODELO MBSR (MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION) CFM UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS)

MÉTODO

El taller es una actividad de educación para la salud en grupo que enfatiza el aprendizaje experiencial en el contexto de dinámica grupal. Se presentan prácticas formales de atención plena cuerpo-mente(Exploración corporal)Meditación y Ejercicios corporales conscientes (estiramientos) y diversas prácticas de atención en la vida cotidiana. Se desarrolla en 8 sesiones semanales de 2h 30min de duración cada una. Los participantes reciben materiales e indicaciones para la práctica en casa, tanto formal como informal, con una dedicación individual de 1 hora diaria entre las sesiones semanales grupales. Recursos humanos:La enfermera responsable de la actividad, con formación en MBSR, Meditación y Psicología Contemplativa. 2 fisioterapeutas que participan en calidad de asesoras en los ejercicios corporales si la situación física de los participantes lo requiere.1 administrativa y 1 profesional sanitario colaborador, previa solicitud.

INDICADORES

Se utilizan Encuestas de Valoración pre, en la mitad y post-taller y Registro específico de la actividad en cada sesión.
ESTRUCTURA : N° de profesionales que participan en la actividad / N° de profesionales previstos.
PROCESO: N° de talleres realizados / N° de talleres previstos.
RESULTADOS:1. N° de participantes que inician la actividad/ N° de participantes que la terminan.2. N° de participantes que valoran de forma positiva la utilidad de las prácticas de mindfulness aprendidas en el taller/ N° de participantes.

DURACIÓN

Calendario 2017: Taller: 8 sesiones semanales. Miércoles 16-18:30. 1er.grupo: 22 Marzo-17 Mayo. 2do.grupo: 20 Septiembre-28 noviem. Sesiones formativas dirigidas al EAP: 8 Febrero: Sesión Informativa sobre contenidos, estructura del taller y sistema de derivación.23 Febrero: Sesión formativa al EAP: " La atención plena- mindfulness en el entorno de la atención primaria, recurso para pacientes y profesionales"

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1541

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EPS PARA PROMOVER LA SALUD EN LA MUJER MADURA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE TERESA ALVAREZ ROCHE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ MARTINEZ SARA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El grupo de EPS para la PROMOCION DE LA SALUD EN LA MUJER MADURA se inició en el año 2003 por iniciativa de Enfermería, con la participación de dos Enfermeras, un Médico de Familia, una Matrona y un Administrativo. Se han realizado 3 grupos anuales de 7 sesiones cada uno, encajando el calendario con otro grupo de EPS realizado por enfermería .

Desde 2016 se han realizado dos grupos: Feb/16 ; Oct-Nov/16 .

En 2017 no se han realizado por no estar cubierto el cupo de pacientes, siendo clara la tendencia en los últimos años a disminuir la demanda para la actividad.

Cada grupo se ha constituido con un máx de 12 pacientes, dos enfermeras, un MIR /MF un administrativo de apoyo y estudiantes de enfermería.

Se ha requerido sala multiusos con colchonetas, proyector ordenador portátil, CD película y reproductor CD música .Se han utilizado encuestas previas y posteriores para valorar la opinión de los pacientes con indicadores de estructura, proceso y resultado. Se ha proporcionado información escrita sobre prevención, ejercicios de kegel, alimentación y recursos comunitarios.

En su inicio se presentó al EAP, aclarando dudas sobre captación y derivación así como criterios de exclusión.

Posteriormente se han hecho recordatorios a través del correo interno, reuniones y de palabra en cada binomio asistencial. La captación de los pacientes ha sido realizada en consultas, posteriormente el administrativo les ha llamado para confirmar asistencia, informando sobre fecha, horario y ropa adecuada para realizar la actividad. En los últimos años ha habido una disminución en la captación, siendo los integrantes del grupo los que la han realizado básicamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado en participación ha sido bueno, habiendo abandonos puntuales al alargarse en 7 sesiones, el interés de las mujeres ha sido alto.. En general se ha considerado alto el grado de comodidad, conocimientos adquiridos en el grupo, utilidad del aprendizaje y expectativas, suficiente el tiempo dedicado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este tipo de actividades nos producen un alto grado de satisfacción profesional, la EPS grupal debería ser una actuación cotidiana en A.Primaria . Sin embargo hasta el momento es una actividad excepcional, que no encaja en nuestras agendas, requiere entusiasmo y un esfuerzo "extra", cerrar agendas para saturarlas en días consecutivos, preparar materiales, exposiciones teóricas, en casa...

Las personas que damos soporte al grupo hemos decidido cesar la actividad, entendemos que han evolucionado los tiempos (15 años), la mujer está mejor informada y gestiona mejor su auto cuidado también se ha racionalizado el uso de fármacos en esta etapa de la vida. Por nuestra parte ha sido un esfuerzo continuado en el tiempo, que aún siendo una gratísima experiencia, ha requerido voluntad y perseverancia en tiempos en que la actividad no era muy reconocida, la cerramos con satisfacción. Es posible que otros profesionales del EAP puedan reformular otros objetivos de EPS para este grupo de población y así lo propondremos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1541 ===== ***

Nº de registro: 1541

Título
PROGRAMA DE EPS PARA PROMOVER LA SALUD EN LA MUJER MADURA

Autores:
ALVAREZ ROCHE TERESA, LOPEZ MARTINEZ SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR SUR

TEMAS
Sexo: Mujeres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1541

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EPS PARA PROMOVER LA SALUD EN LA MUJER MADURA

Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: menopausia
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Población femenina en edad madura (perimenopausia,menopausia y postmenopausia) que demanda información en el proceso de cambio

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar los conocimientos de la mujer para mejorar su nivel de salud. Intentar conseguir cambios de actitudes para mejorar la calidad de vida. Elevar la autoestima y seguridad

MÉTODO
grupos 10 -12 mujeres y dos profesionales sanitarios una vez/semana un total de 7 sesiones. Recursos materiales :sala, pizarra,material didactico,ordenador,video, televisión,cañón,colchonetas, película video.i

INDICADORES
Evaluación cuantitativa :indicadores de proceso, de estructura,de resultados. Evaluación cualitativa.

DURACIÓN
no fecha fija un grupo/año una sesión semanal 6 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 - 2016/1548

1. TÍTULO

DEPURACION DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS

Fecha de entrada: 12/03/2018

2. RESPONSABLE CARMEN LAFUENTE GARCIA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ACTUR SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AÑON ALMAZAN MARIA JESUS
GIMENEZ EROLES INMACULADA
LITE MARTINEZ AMPARO
ROJAS MEDIAVILLA LOURDES
BERZOSA MARIN MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mensualmente se han extraído de la BDU, los listados con los usuarios fallecidos por CIAS. De la misma manera se han ido comprobando en dicha base de datos junto con el SNS, historia por historia para ver su situación. Preferentemente las historias de usuarios con mayor edad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido, tras extraer las historias de exitus, tener un archivo con suficiente espacio para nuevas historias.
Se han ubicado las exitus en otra zona exclusiva y apartada del resto.
Se ha conseguido que los facultativos sean conocedores de los exitus de sus cupos que hayan fallecido en otros sectores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente el traslado de las historias a almacenes externos del centro de salud. Todo depende de la posibilidad económica para su guarda y custodia según legislación vigente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1548 ===== ***

Nº de registro: 1548

Título
GESTION DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICA DEL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR. LIMPIEZA, DEPURACION Y ACTUALIZACION DEL ARCHIVO

Autores:
LAFUENTE GARCIA CARMEN, LITE MARTINEZ AMPARO, GIMENEZ EROLES INMACULADA, ROJAS MEDIAVILLA MARIA LOURDES, AÑON ALMAZAN MARIA JESUS, PUERTOLAS FELICES JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: gestión de usuarios
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: atención al usuario

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad el archivo de papel tiene una capacidad de unas 20.000 historias, y no se ha depurado desde el año 2008, año en el que se dividió la zona básica de salud. Este archivo ocupa un espacio muy relevante en el centro de salud y requiere actualizarlo y enviar al almacén del SALUD: DEJAR ESPACIO PARA NUEVAS HISTORIAS.

RESULTADOS ESPERADOS
TENER UN ARCHIVO ACTUALIZADO de acuerdo a los criterios de la legislación de la documentación clínica.
RETIRAR HISTORIAS QUE NO CUMPLEN LAS CONDICIONES DE CUSTODIA DOCUMENTAL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1548

1. TÍTULO

DEPURACION DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS

MÉTODO

LOS RECURSOS UTILIZADOS SON LOS QUE PROPORCIONA LA BDU, A TRAVÉS DE LA EXPLOTACIÓN DE DATOS.
Revisiones periódicas de la evolución del estado del archivo.

INDICADORES

Se prevee depurar un volumen de más menos 3000 historias
Se revisarán todos los años, preferentemente las historias de los usuarios de más edad.

Características de historias: EXITUS

DURACIÓN

Inicio 1 de julio y finalización el 15 de diciembre 2017

OBSERVACIONES

LEY 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
No aclara qué hacer con las historias de fallecidos.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1549

1. TÍTULO

GRUPO EPS APRENDIZAJE TECNICAS DE RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE SARA MARIA LOPEZ MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARZO GARCIA MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El grupo de EPS para el APRENDIZAJE DE TECNICAS DE RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA se inició en el año 2009 por iniciativa de Enfermería. Se han programado 2-3 grupos anuales, encajando el calendario con otro grupo de EPS realizado por enfermería en su mayor parte.

Desde 2016 se han realizado tres grupos:

Abril/16 ; Sept-Oct/16 ; Sep-Oct/17

Cada grupo se ha constituido con un máx de 10 pacientes, dos enfermeras, un administrativo de apoyo y hasta tres estudiantes de enfermería.

Se ha requerido sala multiusos con colchonetas, proyector y se ha obtenido del servicio de reprografía del salud copias del CD con relajación guiada para entregar a los pacientes para la práctica en casa (CD proporcionado por Helena Gonzalez Asenjo, enfermera de S.Mental, grabado con su propia voz)

En su inicio se presentó al EAP, aclarando dudas sobre captación y derivación así como criterios de exclusión.

Posteriormente se han hecho recordatorios a través del correo interno, reuniones y de palabra en cada binomio asistencial. La captación de los pacientes ha sido realizada en consultas, posteriormente el administrativo les ha llamado para confirmar asistencia, informando sobre fecha, horario y ropa adecuada para realizar la actividad. En los últimos años ha habido una disminución en la captación, siendo los integrantes del grupo los que la han realizado básicamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado en participación ha aceptable, 1-2 abandonos max. después de 1º-2º sesión..Se han utilizado encuestas previas y posteriores para valorar la opinión de los pacientes con indicadores de estructura, proceso y resultado. En general se ha considerado alto el grado de comodidad, relajación alcanzada en el grupo, utilidad del aprendizaje y expectativas, suficiente el tiempo dedicado. La práctica cotidiana en casa ha sido moderada, aunque algún paciente posteriormente en consulta haya verbalizado la utilización de la técnica sobre todo en situaciones especiales, insomnio, estrés familiar o personal...no hemos hecho seguimiento posterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este grupo, supone para los pacientes un primer contacto con la técnica que está muy bien, pero debería ser posible hacer un seguimiento y ofertales alguna sesión posterior en grupo, como recordatorio y motivación. Incluso hacer sesiones sistemáticas semanales... (actualmente imposible)
Este tipo de actividades nos producen un alto grado de satisfacción profesional, la EPS grupal debería ser una actuación cotidiana en A.Primaria . Sin embargo hasta el momento es una actividad excepcional, que no encaja en nuestras agendas, requiere entusiasmo y un esfuerzo "extra", cerrar agendas para saturarlas en días consecutivos, preparar materiales, exposiciones teóricas, en casa...

7. OBSERVACIONES.

Las personas que damos soporte al grupo hemos decidido cesar la actividad, plantearlo al EAP por si es posible reformularlo y que otros profesionales pudieran darle continuidad, si no es así, lo damos por finalizado.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1549 ===== ***

Nº de registro: 1549

Título
TECNICAS DE RELAJACION

Autores:
LOPEZ MARTINEZ SARA, ALVAREZ ROCHE TERESA, MARZO GARCIA MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ansiedad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1549

1. TÍTULO

GRUPO EPS APRENDIZAJE TECNICAS DE RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Un ritmo de vida excesivo y con poco tiempo de dedicación a uno mismo por las obligaciones laborales, sociales, familiares . La forma de afrontar y resolver a través del aprendizaje de técnicas de relajación puede facilitar la forma de orientar los problemas y las soluciones.

RESULTADOS ESPERADOS

mejorar la calidad de vida de los pacientes con el aprendizaje de técnicas de relajación muscular progresiva, mejorar el abordaje de las dificultades, disminuir frecuentación en consultas por ansiedad.

MÉTODO

captación en consultas citación en agenda específica. sesión formativa y presentación al EAP. Recursos materiales: sala, colchonetas, música, folletos informativos.

INDICADORES

indicadores de estructura, proceso y resultado.

DURACIÓN

3 grupos/año 4 sesiones/grupo 1 hora /sesión

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1555

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES CON EPOC

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR PITARQUE GARGALLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ ROCHE TERESA
LAHUERTA JARQUE AMPARO
ARAKISTAIN MARKINA MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Un grupo de 10 pacientes, fecha mayo - junio.
Recursos humanos: 2 fisioterapeutas y 2 enfermeras.
Recursos materiales: Medios audiovisuales y material didáctico de apoyo.
Se presentó al equipo por medio de un recordatorio a través del correo electrónico. La captación es activa en consultas médicas y de enfermería. Existe un tríptico informativo y se han empleado encuestas pre y post curso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han utilizado:
- Indicadores de estructura.
- Profesionales que participan en las sesiones x 100 / N° de profesionales participantes en el programa.
Indicadores de proceso:
- N° pacientes captados al año x 100.
- N° de grupos realizados al año x 100.
- N° de pacientes que acuden al 80% de las sesiones grupales.
Indicadores de resultado:
- N° de pacientes que el resultado CCQ indica mejoría.
- N° de pacientes en los que la satisfacción general es de 4 - 5 en la escala LIKER.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el trabajo diario se han tenido problemas a la hora de la captación de pacientes y existe una dificultad en la inclusión de esta actividad para compatibilizarla con la consulta diaria y los domicilios.

7. OBSERVACIONES.
Estamos trabajando para subsanar estas dificultades.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1555 ===== ***

N° de registro: 1555

Título
ATENCIN A PACIENTES CON EPOC

Autores:
PITARQUE GARGALLO MARIA PILAR, ALVAREZ ROCHE TERESA, LAHUERTA JARQUE AMPARO, ARAKISTAIN MARKINA MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR SUR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EPOC enfermedad con una prevalencia de 10,2 %, está infradiagnosticada, con una elevada morbimortalidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1555

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES CON EPOC

RESULTADOS ESPERADOS

disminuir incidencia y morbimortalidad, mejorar la supervivencia, mejorar la función respiratoria, y la calidad de vida.

MÉTODO

proyecto de mejora del centro EPS con fisioterapia respiratoria y utilización de inhaladores .Captación en consulta agenda específica en admisión.

INDICADORES

indicadores de estructura,proceso y de resultados

DURACIÓN

2grupos/año 10 pacientes /grupo 10 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 - 2016/1585

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DE SOPORTE VITAL BASICO

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL LOPEZ CENALMOR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALFAJARIN
· Localidad ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ ARANDA MARIA JESUS
NAVARRO SERRANO EVA MARIA
GIMENO ABAD MARIA TERESA
VILLANUEVA VIGUER MARIA LUZ
RAMOS GABILONDO OLGA
SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR
GARCIA LOBERA AURELIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Aproximación a las inquietudes y necesidades del profesorado.

Acciones realizadas:

- 1.--Examen al profesorado previo a la charla para posteriormente poder evaluar los conocimientos adquiridos.
- 2.-- Presentación.
- 3.-- Charla de aproximadamente 30-40 minutos.
- 4.-- Tres talleres prácticos:
 - a) Reanimación cardiopulmonar básica.
 - b) Actuación ante un atragantamiento.
 - c) Actuación ante Crisis Convulsiva.
- 5.-- Ruegos y preguntas.

Recursos empleados:

- + Ocho profesionales sanitarios.
- + Material audiovisual(presentación en Power point elaborada para la ocasión).
- + Material de soporte vital básico(torsos, Guedell, mascarillas de barrera, colchonetas y mantas para las prácticas).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivo; asistencia a la sesión por el 100% del profesorado convocado

El resultado alcanzado queda pendiente de evaluación en los 4 meses posteriores a la realización de la sesión. No obstante cualquier resultado alcanzado sera positivo, dada la respuesta obtenida del aprendizaje del profesorado en dicha sesión.

Indicadores:

- Test de 10 preguntas, que se les proporcionó 15 días antes, sin conocimiento, ni orientación previa de la sesión que se iba ser impartida, con la premisa de que dicho test se realizase de forma individual.
 - Nuevo test de re-evaluación de los conocimientos adquiridos pasados 4 meses.
- La fuente fue elaborada por los profesionales que iban a impartir la sesión y se formularon las preguntas en base a los conocimientos a impartir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente la evaluación y la repetición anualmente, para fijar conocimientos, valorar las habilidades aprendidas o modificar las erróneas.

La sostenibilidad del proyecto depende exclusivamente de la voluntad del equipo que ha realizado el proyecto, ya que no hay dotación económica de ningún tipo.

7. OBSERVACIONES.

Necesitamos mas apoyo que incentive la realización de este tipo de proyectos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1585 ===== ***

Nº de registro: 1585

Título

PAUTAS DE ACTUACION EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA EN SOPORTE VITAL BASICO

Autores:

LOPEZ CENALMOR ISABEL, PEREZ ARANDA MARIA JESUS, NAVARRO SERRANO EVA MARIA, GIMENO ABAD MARIA TERESA, VILLANUEVA VIGUER MARIA LUZ, RAMOS GABILONDO OLGA, SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR, GARCIA LOBERA AURELIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1585

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DE SOPORTE VITAL BASICO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sanos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: respuesta comunitaria a las urgencias

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El soporte vital basico proporcionado por personal no sanitario se ha demostrado fundamental para prolongar las funciones vitales del paciente hasta que llega el equipo sanitario.

Cuestionario incial abierto donde analizar las inquietudes de este colectivo en soporte vital basico, obstruccion de la via aerea y primeros auxilios.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover y actualizar los conocimientos teorico practicos en soporte vital basico en el colectivo de profesores adscritos a un colegio en La Puebla de Alfinden.

MÉTODO

Material teorico suministrado a los alumnos, en este caso a los profesores, que es la poblacion diana, seguido a los 15 d de sesion teorica de 15 min y practica de 90 min, donde poner en practica los conocimientos adquiridos.

INDICADORES

Examen previo a la entrega de material docente, donde se analizara el grado de conocimiento/capacitacion previo. Al terminar la sesion teorico practica se volvera a pasar el mismo cuestionario y otra vez a los 6 meses.

DURACIÓN

En septiembre -octubre 2017 se plantean el examen, entrega de material docente y realizacion de curso teorico practico. Siendo prevista su finalizacion en junio 2018 aprox, con el tercer examen.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0834

1. TÍTULO

ENSEÑAR HABITOS DE ALIMENTACION SALUDABLE A FAMILIAS Y CUIDADORES DE LOS NIÑOS DE EDUCACION PRIMARIA DE LA PUEBLA DE ALFINDEN

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE EVA MARIA NAVARRO SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALFAJARIN
· Localidad ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIMENO ABAD MARIA TERESA
VILLANUEVA VIGUER MARIA LUZ
GARCIA LOBERA AURELIO
SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR
PEREZ ARANDA MARIA JESUS
RAMOS GABILONDO OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

RESUMEN DEL PROYECTO: En las revisiones realizadas dentro del programa de salud del niño sano en pediatría, se observan con frecuencia hábitos alimentarios inadecuados y poco saludables en los escolares. Se decide intervenir mediante charlas informativas en la escuela a los escolares y a sus familias y cuidadores para mejorar los conocimientos y ayudar a cambiar hábitos en relación con la alimentación.

2-ACTIVIDADES REALIZADAS

Organizativas:

Múltiples reuniones entre ambas pediatras del CS, 3 reuniones en febrero, mayo y junio de 2017 con la técnico de cultura del ayuntamiento y responsable del PIAPA (Plan de Infancia y Adolescencia de La Puebla de Alfindén), quien nos propone la intervención casualmente al mismo tiempo que se gestaba el proyecto dentro del CS, 1 reunión más en septiembre, donde se concretan las fechas de las actividades, 1 reunión conjuntamente con la educadora de servicios sociales de la mancomunidad y con la psicóloga de la mancomunidad en mayo.

La técnico de cultura del ayuntamiento ha sido la interlocutora con los directores/jefes de estudios de ambos centros escolares para concretar fechas de las actividades en la escuela. El proyecto se comenzó en el curso 2015-2016. En la segunda edición se observó muy baja asistencia de familiares a las charlas informativas en la escuela por lo que se decidió tras la reunión antedicha con trabajadoras de la mancomunidad, para esta edición en curso, integrar la charla informativa a adultos dentro de la actividad "Espacio familias", organizada por la mancomunidad.

Asimismo, con motivo del curso de formación sobre proyectos de atención comunitaria que se ha venido desarrollando en sus distintos módulos, en el año 2017, y a los que he asistido, ha habido ocasión de comentar con el personal de Salud Pública y del SARES distintos aspectos del desarrollo del proyecto y de los que hemos obtenido gran ayuda y colaboración.

Comunicación:

Se informó al coordinador del EAP de la intención de poner en marcha el proyecto y de las fechas en que tenían lugar las actividades.

También otros miembros del EAP son conocedores del mismo, pero no se realizó una reunión formal para informar a todo el equipo.

La DAP del sector está asimismo informada porque la actividad forma parte de un proyecto de calidad. El 27 de junio de 2017 se habló telefónicamente con el responsable de proyectos de la dirección de AP, quien nos informó de que se iba a realizar un curso sobre "Consejo dietético y nutricional en Atención primaria", pensando que podría ser de nuestro interés; le sugerimos incluir en el curso una parte específica de alimentación en pediatría, que podría resultarnos útil a la hora de preparar las actividades y nos inscribimos al curso, que tuvo lugar los días 27 y 28 de septiembre, las 2 pediatras.

Intervención:

Elaboración de encuestas entre las 2 pediatras, que constan de 2 partes, una sobre conocimientos y otra sobre hábitos (frecuencia de consumo de determinados alimentos), que se entregan a los niños de 5º de primaria 2 semanas antes de la charla en la escuela, para su cumplimentación en el domicilio. Previamente se les entrega una carta destinada a las familias informándoles sobre la actividad y pidiéndoles el consentimiento para participar.

A lo largo de varias semanas de trabajo, fuera de horario laboral, las pediatras del centro elaboran las presentaciones en power point, la dirigida a los escolares es interactiva y pretende fomentar su participación y darles espacio para preguntas y comentarios.

Las charlas se realizan el día 22 de noviembre de 2017 en horario escolar en el CEIP Los Albares y el día 29 de noviembre en el CEIP Reino de Aragón, a los niños de 5º de primaria.

Posteriormente a la charla, a lo largo del 2º trimestre, se volverá a pasar la encuesta para valorar el grado de transmisión de conocimientos y el eventual cambio en los hábitos, así como el grado de satisfacción de los escolares con la actividad.

La charla que va dirigida a la población general consta de nociones básicas sobre nutrición, con breves explicaciones sobre los distintos nutrientes, grupos de alimentos y su adecuada proporción para lograr una alimentación saludable, según las últimas publicaciones (distribución del llamado "plato de Harvard"). Se hacen también consideraciones especiales acerca de los errores o ideas falsas más frecuentes en alimentación saludable. Se realizará el día 13 de febrero dentro del programa "Espacio Familias" de la mancomunidad. Tendrá lugar en dependencias del ayuntamiento de la localidad. Previamente se entregará a los asistentes una encuesta sobre conocimientos de alimentación que volverán a cumplimentar después de la misma. Se les entregará asimismo una hoja de evaluación de la actividad, con un espacio para aportar sugerencias para nuevas actividades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0834

1. TÍTULO

ENSEÑAR HABITOS DE ALIMENTACION SALUDABLE A FAMILIAS Y CUIDADORES DE LOS NIÑOS DE EDUCACION PRIMARIA DE LA PUEBLA DE ALFINDEN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera parte del proyecto se consiguió el objetivo de participación previsto de llegar a todos los destinatarios ya que era una actividad a realizar dentro del aula y en horario escolar (escolares de 5º de primaria).

Los resultados esperados de aumentar los conocimientos sobre alimentación saludable en los niños podrán determinarse con el análisis de la 2ª encuesta. Se valoran las respuestas correctas de 1 a 10 puntos en ambas encuestas. Cualquier incremento en la puntuación se considera un resultado positivo.

El objetivo de cambio de hábitos de los escolares también se valorará con los resultados de la 2ª encuesta. Se analizará el cambio en la frecuencia de consumo de alimentos considerados muy saludables (cualquier incremento) o poco saludables (cualquier disminución).

El grado de satisfacción de los escolares con la actividad se valorará en 3 niveles: He aprendido muchas cosas nuevas/ Ya sabía casi todo/No he aprendido nada

En cuanto al impacto del proyecto, el propio diseño lo limita a 1 curso de educación primaria, de manera que el nº de destinatarios no es muy elevado.

La segunda parte del proyecto, como ya se ha comentado anteriormente, comenzó teniendo a los padres y cuidadores como destinatarios pero en vista de la escasa afluencia se decidió sacar la actividad de la escuela e incluirla en un programa divulgativo para familias, de temas de interés general, dentro de un espacio abierto a toda la población interesada. Se reorientó y modificó respecto a las 2 ediciones anteriores. Las encuestas en este caso se entregarán a los asistentes justo antes de realizar la actividad y se volverán a cumplimentar inmediatamente después. Por motivos de agenda del ayuntamiento y la mancomunidad, se ha tenido que posponer hasta febrero.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-LECCIONES APRENDIDAS

Habría que informar al EAP en reunión programada a tal efecto con fecha determinada, sobre todos los detalles de la actividad y periódicamente sobre el avance del proyecto, ya que hay miembros del EAP que lo desconocen. Igualmente conviene informar a la DAP con cierta periodicidad de las actividades que se van realizando así como de las modificaciones del proyecto.

Es imprescindible un análisis previo detallado de la situación, de la pertinencia y de la viabilidad de la idea, enfocado a las demandas o necesidades de la población, más que a las preferencias personales de los profesionales. Se podría divulgar la actividad dirigida a las familias, desde el centro de salud, en las revisiones programadas del niño sano desde la consulta, o a través de carteles en las salas de espera.

El título del proyecto podría ser más concreto y definir mejor los objetivos, del tipo..."Disminuir la frecuencia de consumo de zumos envasados, refrescos azucarados y bollería industrial en los escolares de 5º curso de EP". Una de las 2 escuelas de La Puebla de Alfindén, el CEIP Reino de Aragón, pertenece a Escuelas Promotoras de Salud.

Integrando la actividad en ese proyecto, podría llegarse a más escolares.

En el momento de la actividad no hubo observadores externos. En la actividad en la escuela sí estuvieron presentes las maestras.

Los objetivos tienen que ser muy concretos y medibles y los indicadores deben de estar claramente definidos en el diseño inicial. El objetivo "cambio en los hábitos" es más difícil de conseguir, de objetivar y de cualquier manera es a largo plazo.

Deberá valorarse el grado de aceptación y de interés suscitado en la población general con la modificación realizada.

Deberá hacerse difusión de los resultados al EAP y a la población implicada.

7. OBSERVACIONES.

AUTOVALORACION DEL TRABAJO REALIZADO

El proyecto ofrece la oportunidad a las personas implicadas del EAP, con apenas experiencia en proyectos de salud comunitaria, de tomar contacto con esta nueva forma de atender-promover la salud, así como de enfrentarse a las dificultades y retos surgidos en las distintas fases, desde el planteamiento primero de la idea hasta su posterior desarrollo y en breve, la obtención de resultados. Constituye pues un reto personal y profesional y una nueva manera de relacionarse con el resto de compañeros del equipo y con la comunidad.

Clave ha resultado la formación específica de las pediatras que ha tenido lugar a lo largo del año y que consideramos imprescindible y necesaria cuando el objetivo es conseguir mejoras en educación para la salud y que debe ser favorecida, fomentada, valorada y apoyada por la DAP. Del mismo modo, consideramos que la implicación desinteresada de los profesionales debe de ser de algún modo reconocida por el sistema.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/834 ===== ***

Nº de registro: 0834

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0834

1. TÍTULO

ENSEÑAR HABITOS DE ALIMENTACION SALUDABLE A FAMILIAS Y CUIDADORES DE LOS NIÑOS DE EDUCACION PRIMARIA DE LA PUEBLA DE ALFINDEN

Título
ENSEÑAR HABITOS DE ALIMENTACION SALUDABLE A FAMILIAS Y CUIDADORES DE LOS NIÑOS DE EDUCACION PRIMARIA DE LA PUEBLA DE ALFINDEN

Autores:
NAVARRO SERRANO EVA MARIA, GUILLEN BALLARD TERESA, VILLANUEVA VIGUER MARIA LUZ, GARCIA LOBERA AURELIO, CUCALON ARENAL JOSE MANUEL, SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR, RAMOS GABILONDO OLGA, PEREZ ARANDA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

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

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A pesar de la existencia de información sobre alimentación saludable en los medios de comunicación y de que la educación sanitaria es continua en las consultas de pediatría de atención primaria, observamos en algunos niños y adolescentes hábitos alimentarios poco deseables. Incidir en una información más detallada y veraz a los padres, madres y cuidadores, sobre como conseguir un adecuado equilibrio nutritivo, retrasa o evita la aparición de obesidad y otras enfermedades crónicas muy prevalentes en la edad adulta y responsables de una alta morbimortalidad

RESULTADOS ESPERADOS
Que una gran proporción de familias conozcan como debe ser el reparto más adecuado de nutrientes y cuales son los más y los menos aconsejados. Ayudarles a tomar conciencia de la importancia de adquirir hábitos de alimentación saludable en la familia y de la repercusión que ello tiene en el crecimiento, desarrollo y estado de salud de sus hijos e hijas

MÉTODO
La responsable del proyecto impartirá charlas informativas y de sensibilización sobre hábitos de alimentación saludables a familias y cuidadores de los niños y niñas de los dos centros escolares (CEIP Reino de Aragón y CEIP Los Albares) de La Puebla de Alfindén.
Se utilizarán como apoyo presentaciones en power point.
El proyecto forma parte de un programa iniciado el curso pasado

INDICADORES
Se analizará la participación: Proporción de padres, madres y cuidadores que asistan a las charlas informativas
Previamente a las charlas se pasará una encuesta a los escolares sobre consumo de determinados alimentos que se repetirá después de las mismas. Se valorará como positiva cualquier mejora en los hábitos alimentarios de los hijos e hijas de la población diana

DURACIÓN
La duración será de un curso escolar
Se realizarán 2 charlas a lo largo del primer trimestre

OBSERVACIONES
Esta actuación se enmarca dentro del Plan de Infancia y Adolescencia del Ayuntamiento de La Puebla de Alfindén y se desarrolla en colaboración con técnicos municipales y responsables de los centros escolares

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
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: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0290

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION PULMONAR Y ATRAGANTAMIENTO PARA PADRES Y MADRES DE NIÑOS DE C.S. ARRABAL

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARINA FRANCES PINILLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PABLOS MUR CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 4 talleres. 4 en 2017 (29,y 30 de mayo, el 2 de junio y el 19 de septiembre) con padres del centro de salud Arrabal y de otros centros que acudieron a las mismas. 1 en Gimnasio Aviva con padres que acuden al gimnasio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 100% de los asistentes al taller, realizó un test para ver resultados de aprendizaje, contestando de forma correcta en su totalidad las respuestas y manifestando estar satisfechos con el aprendizaje del taller y resultar muy necesario ante cualquier eventualidad. el standard marcado del 75% de que las familias adquieran habilidades y conocimientos necesarios, se considera superado respecto a los que han acudido. El impacto del proyecto ha sido considerable ya que han acudido no solo del centro de salud Arrabal, sino padres de niños asignados a zonas que no son de C.S. Arrabal. Por todo ello, el indicador cuantitativo de nº de familias asistentes/nº de RN en el año xl00, no es adecuado. Se han realizado reuniones con los componentes del proyecto antes y despues de la realización de los talleres.
La captación ha sido por carteleria en el centro, información en el grupo de apoyo a la crianza- Lactancia del C.S. Arrabal y a través del blog www.osinteresa.com

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es muy positiva, ya que pensabamos iniciar con dos talleres al año, previa inscripción, las plazas disponibles (limitadas para poder realizar las practicas de maniobras antiatragantamiento y RCP en lactantes) se llenaron y tuvimos que ampliar a más días. El problema es no disponer de los muñecos para las practicas,ya que hay que ponerse de acuerdo con la unidad docente para tenerlos, buscarlos, llevarlos, etc, aunque ellos muy amablemente nos los prestan siempre que se los pedimos.

7. OBSERVACIONES.

Una componente del equipo ya no pertenece al centro, por lo que para este año deberia de cesar en el equipo (Cristina Pablos Mur). Por otra parte incluir a otra enfermera Isabel Ugarte Centeno y al Administrativo que nos ayuda en las tareas Mª Jesús Aldana Tornos

*** ===== Resumen del proyecto 2016/290 ===== ***

Nº de registro: 0290

Título
TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR Y ATRAGANTAMIENTO PARA PADRES Y MADRES DE NIÑOS DE C.S. ARRABAL

Autores:
FRANCES PINILLA MARINA, PABLOS MUR CRISTINA, TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

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

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Aprovechando la existencia de varios grupos de trabajo con los padres y madres en el C.s.Arrabal, y dado el interes por este tema en ocasiones que se ha tratado, nos parece conveniente dar las pautas apropiadas para solventar este tipo de accidentes muy graves en sus consecuencias y dado que es una de las principales causas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0290

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION PULMONAR Y ATRAGANTAMIENTO PARA PADRES Y MADRES DE NIÑOS DE C.S. ARRABAL

de mortalidad infantil en niños pequeños. Este tipo de sucesos suelen ocurrir en presencia de adultos responsables y por tanto la actuación rápida resulta fundamental para su resolución favorable.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO QUE EL 75% DE LAS FAMILIAS ADQUIERAN LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS NECESARIOS.

MÉTODO

Se realizarán dos sesiones anuales en el C.s arrabal con teoría y práctica con maniqués de simulación. Además, puntualmente, una vez al año, se realizará en el Gimnasio Aviva, a petición del gimnasio.

INDICADORES

El indicador cuantitativo que sería el número de familias asistentes / número recién nacidos en el centro en el año x 100.

El indicador cualitativo será la encuesta de satisfacción de los asistentes.

Se convocarán reuniones de los componentes del proyecto antes de cada taller y posteriormente con objeto de ir introduciendo posibles mejoras

DURACIÓN

Dos sesiones en el segundo trimestre del año y otra en el cuarto trimestre.

Duración aproximada 2 horas, 1 de teoría y 1 de práctica con maniqués.

OBSERVACIONES

Se podría aumentar la formación con estos talleres ofertándolos en los centros educativos de la zona, bien para niños de determinadas edades o bien para los padres.

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 - 2016/0504

1. TÍTULO

ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES CHECA DIEZ
· Profesión MATRONA
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Cronograma: se realizan 5 ciclos de 8 clases según proyecto inicial Iniciando en Enero de 2017 siguiendo calendario escolar.

Técnica de lactancia, extracción y manipulación de la leche

Manejo problemas menores en los lactantes, fiebre, mocos, vómitos....

Problemas en la lactancia, prevención y soluciones

Desarrollo del sueño en la infancia

Mantenimiento de la lactancia, vuelta al trabajo

Accidentes y urgencias en la infancia

Alimentación complementaria

Cuidados en la salud de la mujer, Sexualidad en esta etapa, planificación familiar.

Además de las charlas en el centro se colaboró en el proyecto Patrocinado por la Junta municipal El Rabal organizado por la Asociación de Vecinos del Barrio Jesus " FAMILIA, SALUD Y EDUCACIÓN; ENCUENTRO ENTRE GENERACIONES, CICLO CRIANZA Y ENCUENTRO" que se desarrollo de Octubre a Diciembre. Se dieron tres charlas relacionadas con la alimentación infantil de cero a dos años, día 27 Octubre, 8 y 15 Noviembre 2017

Los responsables fueron Teresa Tolosana, y M Ángeles Checa

Los recursos utilizados: pizarra, rotuladores, bolígrafos. fotocopias con información pertinente, ordenador y proyector, presentaciones power point.

Plan de comunicación

Se realiza charla acreditada el 13 de Junio 2017 de la evolución del proyecto,

Para la difusión en la población susceptible se colocan carteles animando a participar en las salas de espera, también en las consultas de enfermeras, matrona y pediatras se informa de la existencia de esta actividad.

Divulgación a través del Blog " os interesa.com" gestionado por Teresa Tolosana participante de este proyecto. Las propias mujeres participantes animan a otras madres de otras zonas de salud a que acudan.

Se facilita y anima a las madres a realizar actividades sociales fuera del centro, como grupos de Wasapp, Facebook, actividades lúdicas, donde compartir experiencias, intercambio de recursos y apoyo en la crianza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número de madres que han asistido al grupo alguna vez fueron un total de 65, de las cuales 50 han completado el ciclo Las encuestas se entregaban a las que completaban un ciclo pidiéndoles que las rellenaran manteniendo el anonimato. Fueron entregadas hasta el 31 de diciembre 2017 42 encuestas. Se responde en una escala de 1 al 5 donde el 5 sería muy satisfecho y el 1 nada satisfecho: La satisfacción general de la actividad es muy alta en un 93,33%.

En cuanto al cumplimiento del objetivo principal del proyecto que era facilitar formación y seguridad en la crianza de sus hijos permitiendo sentirse capaces de tomar decisiones y dar atención en aquellos problemas frecuentes en la infancia sin que tengan que recurrir a la atención de un profesional y la adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades necesarias para la consecución de una lactancia exitosa, En la encuesta las madres responden el 70% la puntuación máxima 5 y el 30% una puntuación de 4, por lo que consideramos que el proyecto cumple los objetivos principales,

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha conseguido buenos resultados, se observa en las consultas que las madres que acuden a las actividades, usan con más criterio los recursos sanitarios no haciendo un mal uso de ellos.

Impresiona un menor abandono de la lactancia a la vuelta del trabajo, a pesar de las dificultades de la conciliación, creemos que la participación en los grupos de Wasaap y las actividades lúdicas facilitan el establecimiento de redes de apoyo en la crianza, donde comparten las dudas entre iguales ha sido muy positivo. Aunque en la zona de salud hay mujeres diferentes niveles socioculturales, en las actividades realizadas no se encuentra esta multiculturalidad. Es un reto para próximos proyectos comunitarios

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0504

1. TÍTULO

ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE

*** ===== Resumen del proyecto 2016/504 ===== ***

Nº de registro: 0504

Título
ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE

Autores:
CHECA DIEZ MARIA ANGELES, TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

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 .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A las consultas de pediatría, normalmente saturadas, acuden los padres con dudas sobre aspectos de la crianza de sus hijos, en un primer momento la lactancia, cólicos, baños, despertares nocturnos inquietan a los padres, con el tiempo las dudas sobre la alimentación complementaria, vacunas, desarrollo psicomotor pasan a ser las consultas más frecuentes. Estas demandas restan tiempo al profesional para otras consultas que si requieren una consulta personalizada.
La educación a grupos ha demostrado ser eficaz en múltiples estudios para conseguir integrar y mantener hábitos saludables y la promoción de la salud, ya que se contempla a la familia de manera integral dando importancia a los aspectos físicos, psíquicos emocionales, culturales y espirituales.
Los grupos de iguales tienen un valor añadido muy importante al ser los propios integrantes desde su propia experiencia, quienes tienen las soluciones más adecuadas a las dificultades planteadas

RESULTADOS ESPERADOS
Que los padres tengan mayor formación y seguridad en la crianza de sus hijos, permitiéndoles sentirse capaces de tomar decisiones y dar atención en aquellos problemas frecuentes en la infancia (pequeños catarros, accidentes..etc) sin que tengan que recurrir a la atención de un profesional.
Que las mujeres adquirieran conocimientos que les permitan el desarrollo de las habilidades necesarias para facilitar la consecución de una lactancia exitosa hasta que madre y bebé quieran,

MÉTODO
El procedimiento que vamos a utilizar es la actividad grupal, esta se realizara todos los martes del año, a excepción del periodo estival. Se dividirá en ciclos de 8 semanas con la idea de que sobre todo las madres trabajadoras tengan la opción de completar un ciclo antes de su incorporación al mundo laboral.
La responsables serán la matrona en los días centrados en la lactancia y la enfermería pediátrica los días centrados en los cuidados del lactante .

INDICADORES
Número de cuidadores que acuden al grupo un mínimo de 4 sesiones frente a la totalidad que inician el ciclo
Encuesta para valorar la adquisición de conocimientos y la satisfacción de las usuarias que se pasara al finalizar el ciclo

DURACIÓN
Inicio Noviembre 2016 finalización finales de Junio 2016
Día 1 del ciclo / Técnica de la lactancia materna. Extracción manual y manejo de leche exprimida
Día 2/ Manejo problemas menores en los lactantes. Fiebre, mocos, vomitos....
Día 3/ Prevención y posibles soluciones de problemas relacionados con la lactancia
Día 4/ Desarrollo del sueño en la infancia
Día 5/ Mantenimiento de la lactancia y destete
Día 6/ Alimentación complementaria
Día 7/Sexualidad en esta etapa, planificación familiar y cuidados en la salud de la mujer
Día 8 /Accidentes y urgencias en la infancia día 8 del ciclo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0504

1. TÍTULO

ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1309

1. TÍTULO

ASESORIA EDUCATIVA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA TOLOSANA LASHERAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO ARNAU INMACULADA
ALDANA TORNOS MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN

Preparación en el verano de 2017

El ciclo fué de Septiembre a Diciembre con cuatro actividades, una por mes.

1º día:

- + Desarrollo evolutivo de los niños entre 9 y 36 meses.
- + Problemas que pueden surgir.
- + Instrumentos y objetivos educativos

2º día:

- + Los problemas del sueño.

3º día:

- + Los problemas de alimentación.

4º día:

- + Celos.
- + Miedos.
- + Rabietas.

5º día:

- + Retirada de pañal, chupete y biberón.
- + Otros temas de interés: televisión, juguetes, guardería, colegio...
- + Dudas y preguntas

Lugar Centro de salud Amparo Poch.

Profesionales: Inmaculada Marco
Teresa Tolosana
M Jesus Aldana

Materiales utilizados: Presentaciones en power Point
fotografías, videos, pizarra

Hemos cumplido el cronograma sin incidentes, llevando a cabo todas las actividades planteadas.

COMUNICACIÓN

Carteles invitando a participar, en las salas de espera de los centros de salud.

Visitas a los pediatras y enfermeras de los centros de salud de la zona

Divulgación a través del Blog "osinteresa.com"

Charlas a los profesionales en el centro de salud

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EVALUACION

La evaluación se realizó por los asistentes por vía digital a través de sus teléfonos móviles, utilizando la aplicación de Google Drive

Lo que facilita mucho la obtención de datos de satisfacción de los asistentes.

* El contenido más interesante fue del sueño con una valoración de 8,625 sobre 10

* El horario parece adecuado en todas las charlas superando la puntuación de 9 en todas ellas

* El tiempo dedicado a las mismas ronda entre 9,4 y 9,8

* Las sesiones resultan amenas también con una puntuación mayor de 9 en todas ellas llegando a 9,8 en temas de alimentación

El parámetro mejor valorado es la utilidad de los contenidos en la crianza. Entre 9,4 y 10 en el caso de los problemas de la alimentación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

A pesar de la amplia difusión y por razones que desconocemos la asistencia al grupo ha resultado baja.

Una de las razones puede ser que en el centro de salud de Amparo Poch se lleva ofertando hace mucho esta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1309

1. TÍTULO

ASESORIA EDUCATIVA

actividad y que en su piramide poblacional haya descendido el número de niños pequeños.. Debido a esto, decidimos un cambio y comenzar el ciclo de enero a Junio en el centro de salud de Parque Goya, cuatriplicandose el número de asistentes en la primera charla. Por lo que hemos decidido ir cambiando de centro de salud en proximas ediciones. La satisfacción de los asistentes en el último ciclo ha sido elevada segun los datos de las encuestas. De la misma manera lo ha sido la primera charla del segundo ciclo del año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1309 ===== ***

Nº de registro: 1309

Título
ASESORIA EDUCATIVA

Autores:
TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA, MARCO ARNAU INMACULADA, ALDANA TORNOS MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El programa, de índole eminentemente preventiva en el ámbito de la SM infanto-juvenil y de promoción de la salud psíquica a nivel general, coloca el acento en la vertiente educativa de las pautas de crianza y centra sus esfuerzos en el desarrollo de competencias y habilidades en el seno familiar. Es un proyecto que se inicia en el año 2000 justificado por el notable incremento de las demandas planteadas en los servicios de salud mental para niños y adolescentes en torno a los problemas de conducta, fracaso escolar y conflictos de personalidad, observación compartida desde otros ámbitos (Educación, Atención Primaria..), el estudio clínico, las circunstancias familiares, sociales y en general ambientales, muestran una especial relevancia de los factores relacionados con las dinámicas familiares y un estilo educativo particularmente desorientado.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos generales:

- Actuar preventivamente hacia los factores de la personalidad que dependen de la educación y poseen incidencia importante sobre la génesis de psicopatología.
- Disminuir la incidencia de trastornos de conducta, fracasos escolares e inadaptación social de origen educativo atribuible al entorno familiar.

MÉTODO

Metodología activa y participativa basada en la dinámica grupal con los padres receptores y en un desarrollo teórico asequible para ellos.

1. INTRODUCCIÓN: con una presentación donde introduce el tema que se va a tratar en la sesión.
2. LA LÍNEA DEL TIEMPO: actividad que sirve para comprobar las habilidades infantiles correspondientes a cada tema, ordenadas según las edades.
3. SECUENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA: ejemplos de pautas educativas en la vida cotidiana, mediante el uso de vídeos, para mostrar diversos ejemplos de interacciones padres/ madres-hijos/hijas y reflexionar sobre los mismos.
4. FANTASÍA GUIADA. Consiste en pedir a los participantes que se imaginen una situación determinada, que va siendo descrita por la persona dinamizadora de la manera más realista posible
5. JUEGO DE ROLES. Consiste en representar una situación imaginaria, que se pueda transferir a la vida real, en la que las personas expresen sus propias emociones y reacciones ante una situación determinada, con el objeto de dar y obtener información para adquirir una mejor comprensión e interés sobre un tema
6. TRABAJO EN PEQUEÑOS GRUPOS. Se divide al grupo en parejas o pequeños subgrupos, cada uno de los cuales trabaja un tema con objeto de llegar a conclusiones parciales. Más tarde, de los resultados de los subgrupos se extrae la conclusión general

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1309

1. TÍTULO

ASESORIA EDUCATIVA

LA DIFUSIÓN SE REALIZA MEDIANTE:

Reunión de presentación a los profesionales del equipo
Desde las consultas de pediatría del sector. Con dípticos que incluye el calendario de actividades.
Carteles informativos en los Centros de Salud
Información mediante las AMPAS de colegios de la zona
Difusión de calendarios y contenidos de las charlas en el blog "osinteresa.com", mandando recordatorios personalizados a todos los suscritos al mismo.

INDICADORES

Se realizan dos tipos de evaluación: sobre continuidad de asistencia y aprovechamiento.
1ª Numero de padres que acuden a las sesiones en un mínimo de tres ocasiones.
2º Valorar los conocimientos adquiridos y el grado de aprovechamiento por parte de los cuidadores.
3º Encuesta de satisfacción de la actividad.
Utilizaremos hojas de asistencia y encuestas on-line

DURACIÓN

Se desarrolla en 2 ciclos anuales de 5 sesiones, cada ciclo, con una sesión mensual. Inicio septiembre de 2017, finalización Junio de 2018

FECHAS DE 1er CICLO: 28-sep;19-oct;9-nov;30-nov;14-dic
Fechas de segundo ciclo por concretar.

CONTENIDOS

1º día
Desarrollo evolutivo de 9 a 36 meses
Problemas y objetivos educativos
2º día
Los problemas del sueño
3º día
Los problemas de la alimentación
4º día
Celos, miedos y rabietas
5º día
Retirada de pañal, chupete y biberon.
Televisión, ordenadores..

OBSERVACIONES

Lecciones aprendidas:
La mayor dificultad encontrada en los últimos años ha sido la difusión del proyecto y que la información de este recurso llegue a los padres.
Es por esto, que este año haremos especial incapié en este aspecto, utilizando la capacidad de la difusión de las redes sociales on line

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1398

1. TÍTULO

IMPACTO DEL GRUPO DE EMPODERAMIENTO DE MUJERES DEL CENTRO SALUD ARRABAL. ESTUDIO CUALITATIVO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA MAGALLON BOTAYA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALLEGO ROYO ALBA
LACORT BELTRAN EVA
DOMINGUEZ GARCIA MARTA
CAMBRA SOLANS AINHOA
AGUDO ABAD JARA CARLOTA
JUAN GERMAN MARISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actualmente, las actividades comunitarias son elementos necesarios en los centros de salud aragoneses. Mejoran la calidad de vida de los usuarios del centro de salud y además establecen redes de apoyo dentro del barrio donde viven.

Existe poca bibliografía que evalúe proyectos comunitarios realizados en nuestro entorno, y en especial, sobre la percepción de cambios en salud de los participantes.

Cronograma de implantación

- Diciembre 2016 - sesión informativa con participantes del centro de salud Arrabal.
 - Enero 2017 configuración y elaboración de 3 grupos focales.
 - Febrero - Junio 2017 Transcripción y Análisis mediante MaxQDA por tres investigadoras principales
 - Septiembre - Diciembre 2017 Elaboración de informe
- Pendiente: Envío a revista científica para difusión

Plan de comunicación

Se realizó una primera reunión de información sobre el proyecto a las asistentes del grupo de empoderamiento, al igual que a la organizadora. Se concretó con ellas el día de realización de los grupos focales y se informó verbalmente y se entregó consentimiento informado. Este proyecto de investigación ha sido aceptado por CEIC Aragón, con valoración favorable.

Actualmente se ha realizado un informe de los resultados obtenido tras el análisis de investigación cualitativa, pendiente de aceptación en revista científica y posteriormente comunicación a las asistentes a los grupos focales como feedback de los resultados obtenidos.

Los recursos empleados han sido proporcionados por la Unidad Docente Sector Zaragoza I (Programa de análisis cualitativo MaxQDA) y Unidad de investigación Atención Primaria. Pendiente de concretar financiación de publicación de resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. Evaluación de resultados

Se comprueba que las mujeres del grupo tenían una baja autoestima al inicio de las sesiones grupales, relegando su figura al último lugar dentro de la jerarquía familiar; siendo su misión la crianza de los hijos y el cuidado de la familia. Las herramientas adquiridas a través de las sesiones han cambiado la percepción de estas mujeres sobre su papel dentro de la unidad familiar, dejando de ser invisibles y reivindicando mayor protagonismo.

Desde el punto de vista de la salud, pese a no haber percibido cambios importantes, si que destaca la disminución del sentimiento de dependencia tanto a los fármacos como a las visitas a atención especializada. A su vez, se sienten mas capacitadas a la hora de afrontar sus problemas de salud. El papel oculto como pieza de union de la red familiar ha supuesto que las relaciones sociales hayan sido relegadas a un segundo plano en sus prioridades. En esto, el grupo les ha proporcionado la oportunidad de crear nuevas relaciones fuera de su entorno habitual, así como de fortalecerse y asumir un papel coprotagonista en las relaciones de pareja.

En contraposición a lo anterior, se ha comprobado como la gran dependencia al grupo, y en especial a la dinamizadora, supone un aspecto negativo, dificultando el desarrollo personal por la falta de autonomía que se demuestra en los resultados.

Impacto del proyecto

Aunque nos encontramos ante un proyecto de evaluación de una actividad comunitaria, no se ha realizado de forma cuantitativa si no cualitativa, razón por la que se ha presentando como proyecto comunitario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1398

1. TÍTULO

IMPACTO DEL GRUPO DE EMPODERAMIENTO DE MUJERES DEL CENTRO SALUD ARRABAL. ESTUDIO CUALITATIVO

individual. Se ha realizado de forma externa a la figura dinamizadora de las sesiones para eliminar los posibles sesgos o influencias, y por el gran esfuerzo que supone el análisis y elaboración de resultados de investigación cualitativa.

El objetivo del proyecto era conocer la influencia, tanto positiva como negativa, que las sesiones han ido ejerciendo sobre las asistentes, en su percepción sobre su estado de salud tanto mental como físico. Tras la lectura de los resultados, anteriormente expuestos, se aprecia una mejoría en la percepción de salud y del estado anímico pero a la vez, una gran dependencia tanto del propio grupo como de la dinamizadora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Capacidad de extensión y sostenibilidad en el tiempo

Este proyecto puede ser un método de análisis de otros proyectos similares en nuestro sector sanitario, con facilidad de réplica pero necesidad de recursos económicos y disponibilidad de tiempo de las investigadoras.

Este proyecto ha sido realizado por las tutoras y residentes de medicina de familia del Centro de Salud Arrabal, pudiendo volver a realizarse otro nuevo proyecto de evaluación, de características similares, tras la reorganización del grupo de empoderamiento con nuevas participantes.

Hubiera sido deseable que los residentes en formación fuesen incluidos de manera especiales como miembros del equipo de atención primaria ya que tienen un papel positivo de mejora de salud de los usuarios y gran capacidad de iniciativa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1398 ===== ***

Nº de registro: 1398

Título
IMPACTO DEL GRUPO DE EMPODERAMIENTO DE MUJERES DEL CENTRO SALUD ARRABAL. ESTUDIO CUALITATIVO

Autores:
GALLEGO ROYO ALBA, LACORT BELTRAN EVA, AREVALO DE MIGUEL ELISA, CAMBRA SOLANS AINHOA, AGUDO ABAD JARA, DOMINGUEZ GARCIA MARTA, JUAN GERMAN MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CREACION DE ACTIVOS EN SALUD
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestra sociedad, y concretamente en el barrio del Arrabal, existe un perfil de mujeres de edades comprendidas entre los 40-70 años, que han dedicado toda su vida al cuidado de su familia e hijos, con escasa red social y nula profesional. Esta situación supone un riesgo de aislamiento y patología mental.

Estas mujeres llegan a las etapas finales del ciclo vital (según Huerta, Dispersión y final, y según Geyman; Dispersión, independencia, retiro) sin un ambiente en el que desarrollarse personalmente.

RESULTADOS ESPERADOS
Dentro de las actividades comunitarias del C.S. Arrabal, se lleva a cabo un grupo de empoderamiento de mujeres cuyos objetivos son mejorar su autonomía y fortalecer su red social. Se desarrolla un día a la semana durante el curso lectivo (Septiembre-Junio), impartándose distintos talleres como: risoterapia, relajación, musicoterapia, mindfulness, etc.
La finalidad del presente proyecto es la evaluación de una actividad comunitaria de varios años de evolución.

MÉTODO
Tras varios años de desarrollo de esta actividad en el C.S., se decidió realizar un proyecto de mejora de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1398

1. TÍTULO

IMPACTO DEL GRUPO DE EMPODERAMIENTO DE MUJERES DEL CENTRO SALUD ARRABAL. ESTUDIO CUALITATIVO

calidad con búsqueda bibliográfica de la literatura al respecto. Se solicitaron los permisos necesarios para realizar la investigación durante el curso 2015- 2016.

Al inicio del curso 2016-2017, se organizaron varios grupos focales con las participantes en el grupo de empoderamiento de mujeres en (Septiembre-Octubre).

Se realizará un análisis cualitativo de estos grupos focales de manera conjunta con todo el grupo de elaboración en diversas reuniones. Posteriormente se presentará a las participantes del grupo.

INDICADORES

Edad

- Sexo
- Nivel cultural (estudios)
- Nivel económico
- Mejoría del estado anímico.
- Mejoría de sus relaciones sociales y familiares.
- Mejoría de la autoestima.
- Mayor implicación respecto a su estado de salud
- Expectativas
- Barreras
- Propuestas

DURACIÓN

Curso 2015-2016: Los investigadores realizaron la búsqueda bibliográfica. Se envió la documentación necesaria al Comité de Ética y posteriormente se solicitaron los permisos necesarios a la Gerencia del sector sanitario correspondiente del SALUD, y se pondrá en conocimiento de las Direcciones y Subdirecciones de Atención Primaria.

-Teniendo en cuenta el inicio de curso 2016-2017, realizaremos los diferentes grupos focales coincidiendo con las primeras sesiones presenciales en este primer mes de curso.

Diciembre 2016 - Febrero 2017: Se realizará la transcripción de los distintos grupos focales.

Marzo 2017- Junio 2017: Análisis de los resultados.

Julio 2017 - Octubre 2017: Elaboración del informe.

Noviembre - diciembre 2017: Exposición de los resultados y las conclusiones.

OBSERVACIONES

Este es un proyecto de mejora de la calidad, que con la nueva agenda de actividades comunitarias, se decide introducir como elemento de evaluación necesario para crear bibliografía al respecto de la mejora de la salud que suponen las actividades comunitarias.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1520

1. TÍTULO

TALLER DE EMOCIONES Y HABILIDADES PARA LA VIDA EN EL BARRIO DEL RABAL

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE MARISA JUAN GERMAN
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANZ ABOS EVA MARIA
ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO
MOLINA LORENTE TERESA
ABRAMO GARCIA CORAL
LATAPIA LOZANO MARIA CARMEN
GALLEGO ROYO ALBA
NOVELLA ABRIL MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

COMIENZO EN OCTUBRE 2017, HASTA JUNIO DEL AÑO 2018
FRECUENCIA SEMANAL, 1 DÍA SEMANA 3 HORAS DIARIAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

12 PACIENTE QUE ACUDEN FRECUENTEMENTE POR TALLER
APRECIACIÓN SUBJETIVA DE AUMENTO DE BIENESTAR
MENOR FRECUENTACIÓN EN CONSULTA MÉDICA (OMI)
MEJORA EN SUS RELACIONES PERSONALES (SUBJETIVA)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

TODAVÍA ESTÁ EL GRUPO EN MARCHA, LA DURACIÓN ES COMO EL CALENDARIO ESCOLAR

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1520 ===== ***

Nº de registro: 1520

Título
TALLER DE EMOCIONES Y HABILIDADES PARA LA VIDA EN EL BARRIO DEL RABAL

Autores:
JUAN GERMAN MARIA LUISA, SANZ ABOS EVA MARIA, ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO, MOLINA LORENTE TERESA, ABRAMO GRACIA CORAL, LATAPIA VILLARTE MARIA CARMEN, GALLEGO ROYO ALBA, NOVELLA ABRIL MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La frecuentación de nuestros pacientes en consulta con dificultad en definir los síntomas, hablar de nuestras emociones, sentimientos, el alto consumo de psicofármacos, los problemas familiares, laborales, los problemas en cómo nos vinculamos afectivamente y la falta de información de las habilidades que tenemos para resolver nuestros problemas en la vida, hace que se gaste este programa en el centro de salud; como una forma de conocer, distinguir nuestras emociones y mejorar la comunicación con nuestro entorno más próximo, familia, barrio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1520

1. TÍTULO

TALLER DE EMOCIONES Y HABILIDADES PARA LA VIDA EN EL BARRIO DEL RABAL

RESULTADOS ESPERADOS

AMPLIAR EL CONCEPTO, IDENTIFICAR, INTERPRETAR Y MANEJAR LAS EMOCIONES BÁSICAS, ASÍ COMO PROPORCIONAR HERRAMIENTAS Y HABILIDADES PARA LA VIDA, CON EL OBJETO DE MEJORAR LA COMUNICACIÓN CON NUESTRO ENTORNO.

MÉTODO

-LA CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES SE REALIZARAN EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA, ENFERMERÍA, ASÍ COMO DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES DEL AYUNTAMIENTO.
-TALLER DE EMOCIONES BÁSICAS: MIEDO, DOLOR, ALEGRIA, AMOR, TRISTEZA.
-TALLER DE RELAJACIÓN PNL Y HOPONOPONO
-TALLER DE HABILIDADES: EMPATÍA, AUTOCONOCIMIENTO, ASERTIVIDAD, TOMA DE DECISIONES, RELACIONES INTERPERSONALES, SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y CONFLICTOS, PENSAMIENTO CREATIVO Y CRÍTICO, MANEJO DE LAS TENSIONES.

INDICADORES

Número de pacientes captados en las consultas.
Número de sesiones que han acudido a los talleres.
Grado de satisfacción.
Frecuentación en consultas.
Disminución de la toma de psicofármacos.

DURACIÓN

Inicio de los talleres en el mes de octubre hasta junio del año siguiente, ambos meses incluidos.
Las reuniones se realizaran en talleres semanales, un día por semana los miércoles, en horario de 10 a 13horas.
Inicio de la actividad el primer miércoles de octubre del año 2017, hasta el último miércoles de junio del 2018.
La captación de los paciente se realizará en las consultas médicas y de enfermería, así como por la auxiliar, celadora y personal del servicio de admisión.

OBSERVACIONES

Durante el curso se propondrá hacer una de las actividades en espacio abierto, en un parque.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0705

1. TÍTULO

PERSONALIZACION DE LA ATENCION AL USUARIO DESDE EL EQUIPO ADMISION DE UN GRAN CENTRO DE SALUD URBANO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN FRANCISCO HERRERO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASILLAS FERRANDIZ LUIS
MOSTEO MELUS MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

*Se redacta procedimiento, asignando administrativos por cupos

* Se detalla actividades administrativas y base de datos dando respuesta a su realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El equipo administrativo es capaz de resolver las actuaciones administrativas que nos surgen y sabemos cuales son los médicos de referencia.

PROBLEMAS SURGIDOS: en el último año han cambiado 6 administrativos, 9 enfermeras y 9 médicos.

Con esta cantidad de cambios se ha complicado mucho el que fuera un procedimiento estable

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

la conclusión aun con las dificultades existentes y con la experiencia de los primeros meses en los que todavía no se habían realizado los cambios, es que mejora la organización y puede ser beneficioso para el usuario, que es para lo que se creo este procedimiento, aunque no hemos llegado a conseguir lo que se pretendía.

En el mes de marzo se implanta el procedimiento del sector "paciente crónico-complejo", momento en el que volveremos a incidir en nuestro proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/705 ===== ***

Nº de registro: 0705

Título
PERSONALIZACION DE LA ATENCION AL USUARIO DESDE EL EQUIPO ADMISION DE UN GRAN CENTRO DE SALUD URBANO

Autores:
CASILLAS FERRANDIZ LUIS, FRANCISCO HERRERO CARMEN, MOSTEO MELUS MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: toda la población que necesite ayuda para acceder al sistema
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....: Facilitar al usuario acceso al sistema

PROBLEMA

Al servicio de admisión acuden gran cantidad de usuarios, muchos de ellos únicamente para solicitar cita o información, pero también hay un número importante de usuarios que acuden para resolver gestiones sanitarias, que bien por la dificultad del sistema o bien por otras circunstancias, como la edad o estado de salud, necesitan de la ayuda de profesionales de admisión del centro de salud.

Desde este equipo de admisión vemos necesario mejorar nuestra organización en la atención al usuario:

personalizar nuestra atención: a pesar de ser un centro grande y con un volumen importante de actividad, creemos que podemos dar una atención más personalizada, asignado administrativas a los usuarios de los diferentes cupos sanitarias y unidades de apoyo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0705

1. TÍTULO

PERSONALIZACION DE LA ATENCION AL USUARIO DESDE EL EQUIPO ADMISION DE UN GRAN CENTRO DE SALUD URBANO

Conocimiento por parte del equipo: dar a conocer nuestra organización a los sanitarios del Centro, ya que los sanitarios tendrán que saber el administrativo asignado, las gestiones que pueden derivar al servicio de admisión y los usuarios susceptibles de una atención aún más individualizada.

Para resolver las gestiones que nos demanden usuarios o sanitarios creamos base de datos en la que figure funcionamiento de los diferentes servicios del centro, gestiones a resolver, funcionamiento de otras unidades del salud etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Personalizar la atención al usuario
Modificar organización servicio de admisión
Difundir dentro del Equipo nueva organización del equipo de admisión.
Asegurar todas las gestiones administrativas dentro del equipo de admisión.
Crear sistema de información del servicio de admisión

MÉTODO

Asignar un administrativo a cada tres cupos sanitarios (médico/enfermera) de medicina general. (un administrativo suplente en caso ausencia titular)
Asignar un administrativo al servicio de pediatría del Centro. (un administrativo suplente en caso ausencia titular)
Asignar un administrativo a las unidades de apoyo del Centro (odontología, fisioterapeutas, matronas y trabajadora social) (un administrativo suplente en caso ausencia titular)
COORDINA Y CUBRE TODAS LAS POSIBLES AUSENCIAS . Jefe Grupo Admisión

Gestión planteados por usuarios y/o sanitarios en mostrador del Centro:

Si es posible resolver en el propio mostrador por el administrativo que se encuentre en ese momento realizando esa rotación.
Si no es posible (por dificultad gestiones o tiempo que requiera esa gestión) se deja en casillero administrativo asignado con pequeña indicación gestión a realizar y teléfono contacto con usuario.

Gestión planteado por sanitario del Centro sin estar el usuario en el Centro:
- se pone en contacto con administrativo asignado para resolución problema.

Crear base datos con información para poder resolver las demandas de los usuarios (información funcionamiento del centro, prestaciones, salud informa, otros servicios etc).

Atención con un grado mayor de personalización (por enfermedad grave, deterioro importante o situación especial usuario)
- Es el sanitario el que tiene que definir que usuarios estarían en este tipo de atención, indicando al administrativo como tiene que intervenir en cada situación, siendo el usuario conocedor de cual es al administrativo que se tiene que dirigir. Al ser el sanitario el responsable de este apartado, y no el equipo de admisión, no evaluaremos dicho apartado.

INDICADORES

encuesta junio 2017
1.- encuesta entre personal sanitario
- conocen sus administrativos de referencia. (si-no)
- les es útil tener un administrativo de referencia (1-10)
- confía en él para resolver problemas de usuarios (1-10)
- mejora la gestión de tramites administrativos con los usuarios con este sistema (1-10)
2.- encuesta entre personal administrativo
- conoces tus sanitarios de referencia (si-no)
- mejora la gestión administrativa con usuarios y sanitarios con este sistema (1-10)
- la comunicación entre administrativos por tareas pendientes es correcta (1-10)
- es útil base de datos (1-10)
- aspectos que mejorarías

DURACIÓN

comienzo: octubre 2016 con la incorporación de nuevos profesionales en servicio de admisión .
Todo el sistema entre en funcionamiento a la vez y no se espera finalización.
Tras encuesta en junio 2017 el servicio de admisión valorará cambios en el sistema.

OBSERVACIONES

En cuanto a la clasificación del proyecto observamos que se priorizan proyectos dirigidos a temas asistenciales. Entendemos que, algún día, también tendría que estar entre las preferencias una buena atención al usuarios desde los servicios de admisión,

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0705

1. TÍTULO

PERSONALIZACION DE LA ATENCION AL USUARIO DESDE EL EQUIPO ADMISION DE UN GRAN CENTRO DE SALUD URBANO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1537

1. TÍTULO

GESTION DEMANDA NO PRESENCIA EN CENTRO DE SALUD LA JOTA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE LUIS CASILLAS FERRANDIZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAZ SAZ MARIA JOSE
FERNANDEZ SAINZ-AJA BEGOÑA
HOSTALED FERNANDO VICTORIA
MOSTEO MELUS MARTA
FRANCISCO HERRERO CARMEN
SANCHO SERRANO LAURA
ANDRES LOSMOZOS ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se redactó un procedimiento que se presento en reunión de equipo en el que se hacia constar que se entendía por demanda no presencial, que anotaba el servicio de admisión como demanda no presencial y huecos en las agendas del personal sanitario.
EL PROCEDIMIENTO FUE APROBADO UN PUESTO EN FUNCIONAMIENTO UNA VEZ ARREGLADAS LAS AGENDAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

el resultado a superado la estimación ya que según datos estadísticos proporcionados por la dirección del sector son más de 1000 citas de demanda no presencial al mes.
la valoración que se hizo en una semana en las agendas se detecto que la práctica totalidad de las anotaciones como demanda no presencial estaban bien gestionadas, que superabamos el número de citas (forzabamos cita), que se han incluido nuevos motivos (consensuados) pero que no estaban en procedimiento.
Que todavía hay dos médicos que no quieren utilizar este acto (sólo lo utiliza admisión para comunicaciones prioritarias sobre pacientes, recibidos de otras instituciones)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al ser equipo grande y con dificultades para reunirse. Se envió correo electrónico a todo el equipo dandoles a conocer los datos de los que disponiamos y que aportaran conclusiones, quejas, recomendaciones etc.
LA MAYORIA NO CONTESTO pero los que aportaron, incidieron en su mayoría, que forzamos muchas citas.
LA CONCLUSION QUE HACEMOS DESDE EL SERVICIO DE ADMISION ES QUE
* SE HA AUMENTADO MOTIVOS (ej. especialista virtual, mutuas etc)
* SE HA VISTO QUE ES BUENA HERRAMIENTA Y LOS MEDICOS TAMBIEN LA UTILIZAN PARA RESULTADOS, ETC.
* ADMISION SE VE OBLIGADO A FORZAR MUCHAS VECES CUANDO VIENEN USUARIOS QUE DICEN NO TENER NADA DE MEDICACIÓN O CUANDO TENEMOS QUE FORZAR POR CONTESTACIONES DE ESPECIALISTAS VIRTUAL .

quizás habría que añadir algún hueco más de demanda no presencial (algún médico ya ha solicitado que en sus agendas pongamos más huecos). ¿se quita algún acto para poner mas de demanda no presencial?

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1537 ===== ***

Nº de registro: 1537

Título
GESTION DEMANDA NO PRESENCIAL EN CENTRO DE SALUD LA JOTA

Autores:
CASILLAS FERRANDIZ LUIS, SAZ SAZ MARIA JOSE, FERNANDEZ SAINZ-AJA BEGOÑA, ANDRES LOSMOZOS ASUNCION, HOSTALED FERNANDO VICTORIA, MOSTEO MELUS MARTA, FRANCISCO HERRERO CARMEN, SANCHO SERRANO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1537

1. TÍTULO

GESTION DEMANDA NO PRESENCIA EN CENTRO DE SALUD LA JOTA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

LA existencia de este nuevo acto en las agendas de los profesionales sanitarios del EAP ha propiciado que se tenga que establecer unos criterios y actuaciones para incorporarlos dentro de las agendas sanitarias.

RESULTADOS ESPERADOS

Es necesario un procedimiento en el que quede reflejado como mínimo:

- 1,- Cuantos huecos son necesarios por profesional y estamento sanitario.
- 2,- Nos indique que anotamos como demanda no presencial.
- 3,- Registro documentación que entregamos al usuario.

MÉTODO

1,- Se estable como mínimo 4 huecos de demanda no presencial para personal facultativo y 10 % de las agendas para el resto de personal sanitario.
Estos son los mínimos establecidos, pudiendo incrementarse el número de huecos sin repercutir en el resto de actos de la agenda.

2,- que actuaciones anotamos como demanda no presencial

A PETICIÓN PACIENTES: En la actualidad los motivos por los que el usuario puede pedir una cita no presencial es por:

RECETA ELECTRONICA : Renovación de medicación crónica . No esta contemplado este acto para actualizaciones que requieran la prescripción de nuevos medicamentos o la modificación de su posología

Procedimiento:

Personal de Admisión:

? Recoge la demanda del paciente diferenciando la inclusión o no en el procedimiento.

? Dar cita anotando en observaciones el problema que tiene con la RE (renovación o algún problema)

? Informar que puede venir a recoger la hoja de medicación al día siguiente en el servicio de admisión.

? Se le recalca al paciente que puede recoger la medicación sin necesidad de presentar la hoja, sólo con presentar la Tarjeta Sanitaria.

Personal Sanitario:

? EN EL DIA se ha de comprometer a realizar las modificaciones oportunas en la RE.

? DEJARA EN EL DIA en el servicio de admisión las hojas de medicación.

? En el caso de los partes de confirmación o de alta programada el facultativo será el responsable de dar cita para el día fijado y de dejar el parte en el servicio de admisión.

SOLICITUD DE INFORME O COPIA DE HISTORIA CLINICA

El usuario puede solicitarlo con el formulario establecido al respecto, siendo responsable de su tramitación al profesional y posteriormente al usuario el administrativo referente de dicho sanitario.

A PETICIÓN DE OTROS ORGANISMOS DE LA ADMINISTRACION

Toda petición que requiera una actuación del sanitario en historia clínica se anotará como demanda no presencial el día siguiente de su recepción, indicando que documentación es la que se ha recibido (ej. propuestas alta inspección médica, solicitud información del juzgado etc) con independencia del día que lo gestione el sanitario.

A PETICIÓN DEL SANITARIO

Partes de confirmación y alta que estén programados por el facultativo con el servicio de admisión .

El facultativo hará llegar al servicio de admisión el número de partes que puede entregar al usuario en admisión y la fecha que tiene que ser anotado para revisión en consulta. Sin esta programación, que tiene que estar reflejada en agenda, el servicio de admisión no entregará ningún parte.

Resultados de pruebas, interconsultas etc, que en anteriores visitas establecieran sanitario y paciente como demanda no presencial y posterior recogida de documentación en admisión.

3,- REGISTRO DOCUMENTACIÓN.

El servicio de admisión registrará en agenda OMI_OTROS_ENTREGA DOCUMENTACIÓN toda la documentación que se entregue generada en un acto de demanda no presencia se tiene que registrar como entregada anotando en observaciones que documentación se entrega.

DOCUMENTACIÓN PROPIA QUE NECESITA EL SERVICIO DE ADMISIÓN PARA ENTREGAR UN DOCUMENTO SANITARIO:

Si es el mismo paciente el que acude a recoger la documentación : cualquier documento que le identifique o bien la anterior hoja de RE.

SI es otra persona la que recoge la documentación: con autorización o documentación del interesado o con la documentación de la persona que lo recoge pero rellenando un formulario como que recoge dicha documentación.

INDICADORES

Están generados los huecos en las agendas sanitarias?

Supervisar una semana en las agendas de los profesionales que los actos generados como demanda no presencial se adecuan a lo establecido en el proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1537

1. TÍTULO

GESTION DEMANDA NO PRESENCIA EN CENTRO DE SALUD LA JOTA

Que esté registrada la documentación que entregamos.

- Encuesta a sanitarios y administrativos para valorar el proyecto y las posibilidades de mejora

DURACIÓN

proyecto que se evaluará a principios de diciembre con el objeto de subsanar posibles desviaciones o deficiencias

Proyecto que se incorporará como procedimiento administrativo al funcionamiento normal del Centro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0048

1. TÍTULO

MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS II MEDIANTE UNA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACION Y COCINA SALUDABLE

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ALBA SORIANO MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA PELIGERO MARIA TERESA
MURILLO AZNAREZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

•Acciones realizadas: se realizó la sesión grupal de educación para la salud (EpS) con dos grupos diferentes de diabéticos (una en noviembre y otra en marzo). Se realizaron las sesiones de forma participativa, implicando a los participantes y reflexionando en grupo sobre el hilo conductor. El hilo fue la reflexión sobre diferentes mitos sobre alimentación saludable. La dinámica consistió en una reflexión entre todos sobre si eran ciertos o falsos, posibles argumentos a favor o en contra, y al final una explicación sobre la ausencia de evidencia científica de esos mitos y la información sobre conductas que sí se han demostrado beneficiosas para la salud.

•Cumplimiento del calendario: se realizó una sesión con cada grupo, una el 30/11/2016 y otra el 29/03/2017. No se consideró válida y realista la información recogida en las encuestas por falta de atención de los pacientes al completarlas, por lo que no se ha podido medir el nivel de conocimientos y satisfacción de los pacientes.

Recursos empleados: sala de reuniones del centro de salud, proyector, ordenador, programa informático
Presentaciones de Google.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El plan del proyecto era recoger el nivel de satisfacción de los pacientes tras el taller, sin embargo al finalizar el taller la mayoría los pacientes rellenaron la encuesta de forma rápida, sin leer las preguntas con detenimiento e incluso dejándola sin rellenar en su totalidad, por lo que no se consideran válidas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La percepción de la impresión de los pacientes tras la realización del taller fue buena, ya que se preguntó a los pacientes si les había parecido interesante y novedoso el contenido y en general la respuesta fue muy satisfactoria. Sin embargo, para la próxima vez nos planteamos realizar una encuesta con las preguntas más breves, sencillas y variadas, para poder registrar el impacto en los pacientes, así como explicar al principio del taller la importancia de que rellenen el cuestionario al finalizar la sesión.

7. OBSERVACIONES.

En general, a pesar de no haber podido registrar el impacto en los pacientes, la sesión fue muy interesante y nutritiva para los profesionales y para los pacientes gracias a la participación de estos últimos. El dinamismo permitió que los pacientes se involucraran en su cuidado y reflexionaran sobre el tema a tratar.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/48 ===== ***

Nº de registro: 0048

Título
MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS II MEDIANTE UNA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACION Y COCINA SALUDABLE

Autores:
SORIANO MARTINEZ ALBA, GRACIA PELIGERO MARIA TERESA, MURILLO AZNAREZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0048

1. TÍTULO

MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS II MEDIANTE UNA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACION Y COCINA SALUDABLE

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

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Problema:
La alimentación es un aspecto decisivo en el control de la DMII y sus patologías asociadas, englobadas en el síndrome metabólico (HTA, dislipemia, obesidad). La compra y el cocinado son dos de las claves de una alimentación saludable. El desconocimiento de estrategias y técnicas de cocina saludable por parte de los pacientes hace necesario el desarrollo de intervenciones sanitarias de educación para la salud (EpS) para aumentar el conocimiento y a su vez el manejo de la enfermedad.

Importancia:

Según el estudio nacional Di@bet.es, en 2016 la prevalencia de las HTA en España en la población diabética asciende al 79,4%, frente al 42,6% en personas no diabéticas. Las patologías que engloba el Síndrome Metabólico dependen en gran medida de factores de riesgo modificables, siendo uno principal la alimentación. El manejo nutricional contribuye notablemente a la mejoría, entre otros, de los niveles de glucosa y los valores de tensión arterial. Las modificaciones de la conducta alimentaria se realizan a través de un proceso en el que interactúan aspectos de automanejo de la enfermedad y la instrumentación de estrategias de alimentación. Este proceso implica una actividad reflexiva relacionada con motivación para el cambio.

Utilidad:

El objetivo de la actuación es aumentar el conocimiento de técnicas y productos de cocina saludables y beneficiosos para la diabetes y sus patologías asociadas.

Métodos de detección y priorización:

En la consulta de Enfermería frecuentemente encontramos pacientes diabéticos que desconocen productos y técnicas de cocina que beneficiarían el curso de su enfermedad, así como falsos mitos sobre diversos alimentos y técnicas. Nuestra intervención forma parte de un proyecto de educación para diabéticos. Esta sesión se centra exclusivamente en que los pacientes conozcan estrategias de alimentación y productos beneficiosos que les permitan mejorar el manejo de su enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Determinar el nivel de conocimientos de los pacientes en relación con las técnicas de cocina y productos que favorezcan el proceso de su enfermedad.
- Proporcionar a los pacientes los conocimientos necesarios para llevar una alimentación saludable que aporte beneficios al desarrollo de su enfermedad.
- Aumentar el empoderamiento en el control de su enfermedad.

MÉTODO

Se realizará una intervención educativa de tipo teórico sobre cocina saludable a un grupo de pacientes diabéticos. En ella se llevará a cabo la presentación de productos beneficiosos que existen en el mercado y técnicas de cocina saludable.

Previamente a la sesión educativa, los pacientes realizarán un cuestionario que nos permitirá conocer, por un lado, el nivel de conocimientos y hallar las lagunas más importantes y, en segundo lugar, determinar la percepción de autocontrol de la enfermedad.

Con posterioridad, al cabo de 2 meses, los pacientes rellenarán otro cuestionario para determinar si la sesión fue eficaz y aumentó sus conocimientos, así como la percepción de estos sobre el control de su enfermedad.

INDICADORES

- Indicadores de conocimiento, mediante cuestionario (nivel de conocimiento pre y post intervención).
- Indicadores de percepción de autocontrol de la enfermedad, mediante cuestionario (pre y post intervención).

DURACIÓN

Cronograma de la sesión (1h30m):
20 minutos: brainstorming
40 minutos: desarrollo teórico
30 minutos: degustación y puesta en común

Calendario previsto:

Primer cuestionario (pre intervención): septiembre
Sesión: septiembre
Segundo cuestionario (post intervención): en consulta, tras 2 meses post intervención.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0048

1. TÍTULO

MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS II MEDIANTE UNA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACION Y COCINA SALUDABLE

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 - 2016/0049

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA GRUPAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA GRACIA PELIGERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORIANO MARTINEZ ALBA
FUSTERO FUSTERO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para realizar el estudios de la eficacia del programa se tomó como referencia la semana de las intervenciones, que se realizaron en dos días diferentes separados una semana de tiempo.
Las cifras estudiadas se tomaron de la historia clínica de los pacientes, siendo la recogida Pre antes de la intervención y la Post, como mínimo, tres meses después de la realización de la intervención educativa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En general, todos los valores recogidos mejoraron ligeramente de la recogida de datos pre intervención a la post intervención.

En cuanto a las cifras de tensión arterial hay un descenso muy ligero global en la media de la presión, de 2mmhg, analizando las frecuencias, en un 37% disminuyó la presión arterial media.

Respecto al peso, cuya media disminuye 2 kg, también hay mejoría.

La hemoglobina glicosilada (HbA1C) aunque baja una décima la media, individualmente encontramos muchas diferencias. En el 57% disminuyeron las cifras de HbA1c, sin embargo un 35% aumentó y un 7% se mantuvo igual.

No obstante, al ser positivos los resultados en más de la mitad del grupo, se considera de forma optimista el efecto de la intervención de Eps.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En conclusión, consideramos que hay que seguir poniendo en marcha programas de Eps desde Atención Primaria en grupos clínicos como los DM2 porque observamos, a pequeña escala, que el impacto de las sesiones y el trabajo en grupo es beneficioso para los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/49 ===== ***

Nº de registro: 0049

Título
INTERVENCION EDUCATIVA GRUPAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Autores:
GRACIA PELIGERO MARIA TERESA, FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL, SORIANO MARTINEZ ALBA, MURILLO AZNAREZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS

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

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA Problema:

La diabetes mellitus es considerada uno de los principales problemas de salud a nivel mundial debido a su creciente prevalencia, las consecuencias en la vida de las personas que la padecen y su elevado coste. De ahí la importancia de realizar una educación diabetológica eficaz que proporcione el estímulo necesario para que los pacientes realicen los cambios oportunos en el estilo de vida.

Para ello, se plantea una propuesta de mejora que tiene como objetivo principal el planificar un programa de educación grupal estructurado para pacientes del centro de salud de La Jota, con diabéticos mellitus tipo II.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0049

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA GRUPAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

La educación se considera una parte fundamental en los cuidados del paciente diabético. Las personas con diabetes tienen que asumir la responsabilidad del control diario de su enfermedad. Por ello es clave que entiendan la enfermedad y sepan cómo actuar.

Se entiende por educación estructurada para pacientes aquella que se proporciona mediante un programa planificado y progresivo, que es coherente en los objetivos, flexible en el contenido, que cubre las necesidades clínicas individuales y psicológicas y que es adaptable al nivel y contexto culturales.

RESULTADOS ESPERADOS

- El objetivo general de la intervención es mejorar el conocimiento y las habilidades, capacitándolos para asumir el control de la enfermedad y favorecer su autonomía.
- Aumentar el control de los factores de riesgo asociados.

MÉTODO

Se realizarán varias intervenciones educativas a pacientes diabéticos tipo II, teniendo en cuenta los conocimientos previos, actitud y motivación de los mismos.

El número de participantes será de 8 a 10 personas, pudiendo participar también familiares y cuidadores.

El tiempo estimado de la sesión será de dos horas, en días consecutivos.

Previamente a las sesiones, los pacientes realizarán un cuestionario para determinar su nivel de conocimientos en la materia que se va a tratar. Posteriormente, se volverán a evaluar los conocimientos en consulta individualizada de enfermería.

INDICADORES

Previamente a la intervención y con posterioridad se recogerán los siguientes parámetros:

1. Frecuencia de hipoglucemias presentadas
2. Valoración de hemoglobina glicada
3. Cifras de tensión arterial y peso
4. Estratificación de pie de riesgo

DURACIÓN

-Primera fase:enero 2015

Conformar grupo de trabajo con profesionales de enfermería.

-Segunda fase:año 2016

Realización de la intervención educativa (primera intervención)

-Tercera fase:noviembre-diciembre 2016

Evaluación de eficacia de la intervención en consulta programada de enfermería.

-Cuarta fase:febrero 2017

Realización de intervención educativa(segunda intervención)

-Quinta fase:abril-mayo 2017

Evaluación de eficacia de la intervención

-Sexta fase:septiembre-octubre 2017

Valorar posible difusión de la intervención educativa en centros cívicos adscritos al centro de salud la jota.

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 - 2016/0180

1. TÍTULO

EDUCACION A LA MUJER EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE TERESA MURILLO AZNAREZ
· Profesión EIR
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUSTERO FUSTERO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

4 charlas de una hora de duración a grupos de 10 mujeres con edades comprendidas entre 45-55 años.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultado asistencia: fue de 27 mujeres comprendidas entre la edad acotada en el programa, en las cuales incluimos a enfermeras del centro que cumplían el requisito.
Resultado de satisfacción: el 100% de las asistentes afirmaron que les había resultado interesante ya que habían aprendido hábitos saludables en esta etapa de la vida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Capatación de esta población es dificultosa, ya que son población activa. Se podría hacer dos sesiones una teórica y otra sobre el ejercicio físico adecuado en esta etapa. Mejor instalación mas amplia y luminosa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/180 ===== ***

Nº de registro: 0180

Título
EDUCACION A LA MUJER EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO

Autores:
MURILLO AZNAREZ TERESA, SORIANO MARTINEZ ALBA, FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La transición de la madurez a la senectud en la mujer es el período del climaterio. En dicho periodo se producen diversos cambios, los cuales son desconocidos en general por la población, según se concluyó en el estudio "Experiencias y necesidades de la mujer durante el climaterio". Estos cambios generan diferentes síntomas, que en el 50% de las mujeres en esta etapa les genera deterioro en su calidad de vida, según el doctor Rafael Sanchez Borrego miembro de la junta directiva de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia; Para ello se consideró necesario el abordaje a mujeres en periodo climatérico mediante una sesión de educación para la salud con la que pretendemos que adquieran conocimientos sobre:

- ¿Qué es el climaterio y la menopausia?
- Cuáles son los cambios que pueden sufrir y los síntomas que pueden padecer
- Cuidados que deben tener en cuenta: dieta y ejercicio
- Terapia hormonal sustitutoria (TRH)

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0180

1. TÍTULO

EDUCACION A LA MUJER EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO

Que es el periodo del climaterio.
Cambios fisiológicos propios de este periodo
Estilos de vida saludable propios del climaterio
Estrategias para prevenir posibles patologías relacionadas con el climaterio y menopausia.
- Diferenciar entre climaterio

MÉTODO

Se impartirá una charla de una hora de duración a grupos de 10 mujeres con edades comprendidas entre 45-55 años. Dicha charla se repetirá hasta un total de tres sesiones.
La captación se realizará a aquellas mujeres que acudan a la consulta de enfermería, que se encuentren en la edad acotada, se les preguntará si tienen interés en recibir información sobre esta etapa de la vida; en caso afirmativo se les incluirá en el grupo.
La sesión va a estar dividida en 5 fases:
1. Presentación: Los ponentes se presentarán, y presentarán el tema a tratar y los objetivos que se pretenden conseguir.
2. Se les pasará un cuestionario Pre-sesión donde se evaluarán los conocimientos previos.
3. Inicio de la sesión:
3a) ¿Qué es el climaterio?. ¿Qué es la menopausia?
3b) Síntomas que pueden sufrir durante el climaterio.
3c) THS y anticoncepción
3d) Estilo de vida saludable: dieta y ejercicio en el climaterio
4. Test post-charla: se les pasará el mismo cuestionario que en el inicio de la sesión. Se comparará las respuestas pre-post para saber si han obtenido nuevos conocimientos.
5. Por último se pasará un test de evaluación a los asistentes donde se evaluará al ponente.

INDICADORES

1. %de mujeres que conocen la etapa del climaterio: Qué es y cómo afecta a su organismo y a su vida/total de mujeres que participan.
2. % de mujeres que realizan dieta saludable/ total de mujeres que participan.
% de mujeres que realizan ejercicio/ total de mujeres que participan.
Para la evaluación se compararán los test pre-post, donde las participantes deberán obtener al menos un 25% más de respuestas correctas en el post con respecto al pre.

DURACIÓN

Septiembre, octubre, noviembre se captarán en consulta de enfermería a las mujeres participantes. En estos mismos meses se realizará la revisión bibliográfica y preparación del la sesión. Enero se realizarán las tres sesiones propuestas. Febrero se evaluará la eficacia de la intervención en la población.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0549

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE REGISTRO EN OMI EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA LOURDES CLEMENTE JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLAMAS AGUNDEZ ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas fueron:

- Análisis de situación.
- Selección de grupo de trabajo.
- Seguimiento de las recomendaciones específicas de nuestro sector.
- 6 Sesiones dirigidas a resolver los problemas en el manejo de OMI-AP por cada estamento del EAP y del EAP en conjunto.
- Implicación de todo el personal.
- Fomentar la formación interna.
- Monitorización del proceso.
- Evaluación de la calidad del registro tras las sesiones impartidas.
- Investigación de las causas de los resultados obtenidos.
- Puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto evalúa como mejora la Calidad del Registro en la existencia de episodios en OMI-AP clasificados como "agudos" con la condición "no cerrado" y con más de 180 días de registro en OMI-AP desde el alta del episodio de acuerdo al criterio de "Calidad del Registro" tras la impartición de varias sesiones sobre la mejora del registro en OMI.

Se realizaron entre una y dos sesiones mensuales (6 en total) de mejora en el registro de OMI en el centro de salud, sesiones a las acudieron tanto personal de medicina de familia, pediatría, enfermería, trabajadora social, matrona, residentes y estudiantes de medicina. Dichas sesiones destacaron por la masiva asistencia del equipo siendo muy bien recibidas e incluso esperadas, solicitando los compañeros incluso más sesiones de las inicialmente programadas (una por mes).

A 31 de diciembre de 2017 el EAP La Jota tiene 24.000 episodios clínicos registrados.

A 1 de Enero de 2017 los episodios agudos no cerrados con mas de 180 días en registro eran 1931, al finalizar el periodo del proyecto son 1792, una diferencia de 139 episodios cerrados atribuibles a la actividad para lograr el objetivo del proyecto.

Total Episodios en Registro OMI	24.000
Episodios Agudos Sin Cerrar: 01/01/2017	1931
Episodios Agudos Sin Cerrar: 31/12/2017	1792
Cerrados Atribuibles Acción de Mejora	139

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los responsables del Proyecto consideran que la baja magnitud de "cierre de episodios supone que no se ha alcanzado el resultado esperado. Este resultado es claramente insatisfactorio y paradójico respecto de las actividades realizadas y las opiniones "informales" de los facultativos del EAP que refieren haber realizado el cierre de episodios . Impulsa a los responsables del proyecto a buscar una explicación.

Acciones Inmediatas:

- 1: Se vuelve a comprobar la idoneidad del SQL lanzado para la obtención de los datos y se reproducen los valores obtenidos sin que pueda objetivarse ningún error en la estimación.
- 2: Se extraen varios episodios que figuran en la consulta como "no cerrados > de 180d" y se procede a verificar en OMI-AP el comportamiento de estos episodios, observándose que hay episodios que "No se Cierran" tras aplicar la "rutina de cierre: Carpetas Amarillas". Paradójicamente hay otros episodios que si se cierran con el mismo procedimiento.
- 3: Esta "causa" se identifica un error interno de la aplicación que explicaría la baja magnitud de "cierre de episodios.
- 4: Se informa y consulta con el Gestor Responsable de OMI-AP en SSCC de SALUD que confirma el hallazgo y justifica el comportamiento anómalo del procedimiento para el cierre de episodios con la migración y actualización de los nuevos códigos de la Clasificación CIAP usada en el registro. Concretamente se identifica a la ausencia de concordancia entre la nueva clasificación y la antigua en el concepto "episodio agudo".

Acciones de Mejora

- 6: La solución inmediata propuesta es el cierre del episodio agudo por medio del procedimiento "Gestión del Episodio " complementario a la rutina "Carpetas Amarillas", por acción directa del profesional.
- 7: Se confecciona lista de HC con los datos identificativos de los episodios pendientes de cerrar para ser distribuidos a los profesionales.
- 8: Se comunica a todos los profesionales el procedimiento valido para proceder al cierre de los episodios agudos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0549

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE REGISTRO EN OMI EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

7. OBSERVACIONES.

Aún a pesar de los malos resultados obtenidos en el parámetro de estudio, el Proyecto de mejora de registro en OMI en el centro de salud de La Jota ha sido muy bien aceptado y valorado por todo el equipo, se ha solicitado por parte de dicho equipo de atención primaria la continuidad del mismo, debido en primer lugar a que ha permitido a todo el equipo descubrir utilidades del programa que han servido para mejorar la calidad de la atención a los pacientes, en segundo lugar porque ha servido de apoyo a todos aquellos compañeros que no conocían el programa por haber venido recientemente a trabajar al centro de lugares donde no se utilizaba OMI (otras Comunidades Autónomas, hospitales, o residentes y estudiantes) y en tercer lugar por que ha permitido estar totalmente actualizado de las frecuentes novedades de que realizan en el programa. Además se ha "creado una necesidad" de realización de sesiones clínicas para revisión periódica del registro en OMI, así como las novedades del mismo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/549 ===== ***

Nº de registro: 0549

Título
PROYECTO DE MEJORA DE REGISTRO EN OMI EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

Autores:
CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES, CLERENCIA CASORRAN CARLOS, GOMEZ DEL PULGAR ESCUDERO MARIA PILAR, DE LA PARRE JARQUE CELINA, ALVAREZ ANDUJAR CRISTINA, SENDER MARTIN DANIEL, LOU BURRIEL JOSE, LOPEZ PEREZ LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología crónica y uso de sistemas informáticos
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La evaluación de los resultados de cartera servicios en el centro de salud de la Jota no se corresponde con el trabajo realmente realizado en las consultas del centro. Se ha detectado que la no correspondencia entre actividad realizada y los resultados evaluados de la misma, es debida a un inadecuado registro de dichas actividades (registro en texto libre, registro en observaciones...). El centro dispone OMI como sistema de registro de dichas actividades, pero se ha detectado un infraconocimiento de dicho programa, lo que lleva a un inadecuado registro, y por ello a unos resultados en cartera de servicios no acordes con la actividad realmente realizada. Por ello tratamos de mejorar la utilización OMI y con ello obtener un mejor registro así como obtener historias clínicas de calidad, que redundarán en mejorar la calidad de la atención a los usuarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de las historias clínicas en OMI a través de las siguientes actividades:
- Disminuir el número de episodios agudos abiertos.
- Registro adecuado de las alergias.
- Facilitar la introducción de datos en el registro.
- Mejorar la monitorización actual del acuerdo de gestión.
- Revisión de planes personales y cartera de servicios.

MÉTODO
- Análisis de situación.
- Selección de grupo de trabajo.
- Seguimiento de las recomendaciones específicas de nuestro sector.
- Sesiones dirigidas a resolver los problemas en el manejo de OMI-AP por cada estamento del EAP y del EAP en conjunto.
- Implicación de todo el personal.
- Fomentar la formación interna.
- Monitorización del proceso.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.

INDICADORES
-Número de episodios agudos abiertos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0549

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE REGISTRO EN OMI EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

- % de historias en los que consta registro de alergias.
- Variación en datos de registro de Acuerdos de Gestión Clínica de los temas tratados.

DURACIÓN

- Reunión del EAP con demandas específicas de dificultades de manejo y registro de OMI. (Septiembre 2016).
- Selección de demandas más urgentes y necesarias de los datos seleccionados y estratificación según necesidad. (Septiembre 2016).
- Trabajo en sesiones, realización de al menos una sesión al mes sobre la mejora de registro en OMI en el periodo comprendido entre octubre de 2016 y mayo de 2017.
- Los responsables del equipo además, estarán disponibles al resto del equipo para que aún fuera de los horarios y días de las sesiones resuelvan las dudas que puedan surgir en relación al registro en OMI.
- Revisión de datos de cartera de servicios buscando nichos de actuación.

OBSERVACIONES

Consideramos que un adecuado registro en OMI conllevará unas historias clínicas de calidad, que sin lugar a dudas redundará en una mejoría en la calidad de la atención a los pacientes.

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 - 2016/0888

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE CELINA DE LA PARRA CARQUE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La relajación corporal y mental es una técnica que puede utilizarse con fines específicos o como componente de un tratamiento integral de diferentes trastornos. Es una técnica dirigida a disminuir el nivel general de ansiedad e incrementar el nivel de auto control.

La mayoría de los pacientes vistos en consulta de enfermería, padecen de hipertension y ansiedad producida por diferentes causas a veces originadas por desequilibrios hormonales como en el caso de mujeres menopausicas, otras veces problemas familiares o personales.

El objetivo de mi proyecto fue enseñar a los pacientes a aplicar este método y mejorar su estado anímico y de bienestar. Así como ver la repercusión que tiene directamente en los niveles de Hipertension arterial.

He trabajado con dos grupos de pacientes, hasta el momento, 20 en total, durante 8 semanas. la relajacion la he realizado una vez por semana con una duracion de 30/40 minutos en la sala de preparacion al parto del centro de salud. Como en etapas anteriores, se utilizo previamente un cuestionario de sensaciones corporales para valorar la ansiedad, así como una toma previa

de ta antes de comenzar el proyecto .Para el análisis de resultados se empleará un diseño descriptivo longitudinal con mediciones pre-post intervención.

no obstante se presenta una encuesta de satisfaccion de los pacientes, un cuestionario de sensaciones corporales que pueden provocar ansiedad, y se les proporciona el primer dia una hoja diario de practicas de relajacion en casa para que indiquen los dias de la semana y veces que hacen la practica.

al final del trabajo se comparará las tensiones arteriales pre y post del curso, pudiendo obtener conclusiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

los resultados finales no estan concluidos, ya que estoy pendiente de trabajar con otro grupo de estudio, del cual obtendré conclusiones definitivas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

pendiente de datos finales

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/888 ===== ***

Nº de registro: 0888

Título
TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Autores:
DE LA PARRA CARQUE CELINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cualquier patologia que provoque ansiedad stress e influya en su bienestar
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0888

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La relajacion es una tecnica que puede utilizarse con fines especificos o como componente de un tratamiento integral de diferentes trastornos. Es una tecnica dirigida a disminuir el nivel general de ansiedad e incrementar el nivel de auto control. La mayoría de los pacientes vistos en consulta de enfermería, padecen de hipertension y diferentes tipos de ansiedad, por ello se propone un proyecto de mejora que tiene como objetivo que el paciente aprenda a relajarse y aplicar esta tecnica en cualquier ambito de su vida

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajacion muscular y mejorar su estado animico y de bienestar

MÉTODO

Se realizaran una sesion a la semana durante un mes por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer y realizando la relajacion todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pide que practiquen en casa varias veces al dia, durante 20 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda. En proxima sesion se revisaran resultados

INDICADORES

Previamente a comenzar la relajacion se cuantificaran datos de tension arterial que se volveran a registrar al finalizar el programa. Se les pasara un cuestionario de sensaciones corporales que pueden provocar ansiedad con cuantificacion de nada a extremadamente. Se les repartira diariamente un cronograma para realizacion de relajacion en casa de lunes a domingo mañanma tarde y noche. al finalizar el proyecto se les repartira un cuestionario de satisfaccion

DURACIÓN

El proyecto tiene una duracion de tres años comenzando el dia 2 de septiembre de 2014 primera sesion y finalizando previsiblemente en mayo de 2017. cuatro martes al mes durante media hora practica de relajacion dirigida .Al finalizar las sesiones control de tension arterial a cada paciente y valoracion de resultados .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0888

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE CELINA DE LA PARRA CARQUE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La relajación corporal y mental es una técnica que puede utilizarse con fines específicos o como componente de un tratamiento integral de diferentes trastornos. Es una técnica dirigida a disminuir el nivel general de ansiedad e incrementar el nivel de auto control.

La mayoría de los pacientes vistos en consulta de enfermería, padecen de hipertension y ansiedad producida por diferentes causas a veces originadas por desequilibrios hormonales como en el caso de mujeres menopausicas, otras veces problemas familiares o personales.

El objetivo de mi proyecto fue enseñar a los pacientes a aplicar este método y mejorar su estado anímico y de bienestar.

Se trabajó durante dos años con grupos de pacientes, con un máximo de 4 paciente por grupo.

Se hicieron sesiones de relajación una vez por semana durante 1 mes por grupo, aproximadamente 45 minutos la sesión, excluyendo los meses de verano y navidades.

Utilicé la sala de reuniones para las embarazadas donde no había interrupciones y facilitaba el ambiente para la relajación.

Los pacientes estaban sentados en sillas y se utilizo aparato de música con sonido relajante se utilizo previamente un cuestionario de sensaciones corporales para valorar la ansiedad, así como una toma previa de ta antes de comenzar el proyecto y una vez terminado. Para el análisis de resultados se empleó un diseño descriptivo longitudinal con mediciones pre-post intervención.

También se paso en cada sesión y a cada paciente una hoja de registro individual de practica de relajación en casa, donde se les indicaba conveniente practicar todos los días de la semana de una a tres veces al día, la cual traían en la siguiente sesión y comentábamos como lo habían hecho

También se utilizo al terminar cada grupo una encuesta de satisfacción que se paso a cada paciente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

por una parte segun la encuesta de satisfaccion de los pacientes, de 45 estudiados siendo los indices de valoracion:

0-nada 1- un poco 2- algo 3-bastante 4- mucho 5-extremadamente
y siendo las preguntas las siguientes:

-valoracion en conjunto del estudio el 50%de los pacientes ... 5
el 28% de los pacientes.... 4
el 9.5% de los pacientes.. 3
-considera que el estudio le ha servido para mejorar sus cifras de TA el 30% de los pacientes... 5
el 30% de los pacientes 4
el 26% de los pacientes .. 3
el 4% de los pacientes .. 2
-valoracion de la informacion recibida sobre el proyecto
el 69%de los pacientes .. 5
el 21%de los pacientes .. 4
el 4.7%de los pacientes .. 3
el 4.7 de los pacientes... 2
-valoracion del personal sanitario el 100% de los pacientes... 5
-valoracion del material y recursos didacticos del estudio
el 57%de los pacientes.. 5
el 23.8%de los pacientes .. 4
el 19%de los pacientes .. 3
-valoracion de las instalaciones el 54.7%de los pacientes 5
el 30.9 % de los pacientes .. 4
el 9.5% de los pacientes .. 3
el 4.7% de los pacientes .. 2

-valoracion de la duracion de las sesiones y contenido
el 52.3%de los pacientes .. 5
el 30.9%de los pacientes.. 4
el 16.6%de los pacientes .. 3
-

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0888

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Los resultados muestran una disminución significativa en las puntuaciones de ansiedad obtenidas a través de la escala ansiedad-depresión de Goldberg; de 5 puntos en la mediana antes de la intervención, a 3 después de la misma, quedando así evidenciada la eficacia de las técnicas de relajación en el campo de la enfermería Fuente: Badanta Romero, Bárbara; Castillo López, José Manuel. Efecto de técnicas de relajación sobre la ansiedad en adultos mayores de un centro de día en Sevilla. Evidentia. 2012 oct-dic; 9(40)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Organización Mundial de la Salud considera que la hipertensión arterial provoca cerca de siete millones de muertes cada año, cerca del 13% de todas las muertes en el mundo. Si las personas disminuyen su presión arterial, es menos probable que mueran o presenten ataques cardíacos o accidentes cerebrovasculares. Aunque se conoce que la relajación puede contrarrestar los aumentos de la ansiedad a corto plazo que son provocados por el estrés mejorando notablemente su bienestar. Lo que he constatado es que la relajación ha mejorado a medio largo plazo el bienestar de los pacientes que han participado

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/888 ===== ***

Nº de registro: 0888

Título
TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Autores:
DE LA PARRA CARQUE CELINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cualquier patologia que provoque ansiedad stress e influya en su bienestar
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La relajacion es una tecnica que puede utilizarse con fines especificos o como componente de un tratamiento integral de diferentes trastornos. Es una tecnica dirigida a disminuir el nivel general de ansiedad e incrementar el nivel de auto control. La mayoría de los pacientes vistos en consulta de enfermería, padecen de hipertensión y diferentes tipos de ansiedad, por ello se propone un proyecto de mejora que tiene como objetivo que el paciente aprenda a relajarse y aplicar esta técnica en cualquier ámbito de su vida

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajación muscular y mejorar su estado anímico y de bienestar

MÉTODO

Se realizarán una sesión a la semana durante un mes por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer y realizando la relajación todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pide que practiquen en casa varias veces al día, durante 20 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda. En próxima sesión se revisarán resultados

INDICADORES

Previamente a comenzar la relajación se cuantificarán datos de tensión arterial que se volverán a registrar al finalizar el programa. Se les pasará un cuestionario de sensaciones corporales que pueden provocar ansiedad con cuantificación de nada a extremadamente. Se les repartirá diariamente un cronograma para realización de relajación en casa de lunes a domingo mañana tarde y noche. Al finalizar el proyecto se les repartirá un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0888

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

cuestionario de satisfaccion

DURACIÓN

El proyecto tiene una duracion de tres años comenzando el dia 2 de septiembre de 2014 primera sesion y finalizando previsiblemente en mayo de 2017. cuatro martes al mes durante media hora practica de relajacion dirigida .Al finalizar las sesiones control de tension arterial a cada paciente y valoracion de resultados .

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: 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 - 2016/1525

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE ACTIVIDADES EN COLABORACION CON EL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA JERICO CLAVERIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO PARDO CONSUELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha llevado a cabo un curso de formación básica en RCP a miembros destacados de la comunidad con el fin de que esta información pudiera llegar a más miembros de la misma .

La actividad comporta tanto información teórica (se ofreció un power point) como ejercicios de práctica dirigida (práctica sobre maniquies).

Se hicieron dos reuniones de Consejo de Salud y se ofreció información a todo el EAP, colaborando 6 médicos y 2 enfermeras

Fué una actividad solicitada por el Consejo de Salud

En todo el proceso de elección de los asistentes y acciones para su desarrollo práctico ha participado el Consejo de Salud.

Las otras dos actividades planteadas (cineforum y charlas con AA de Salud) no han sido posibles llevarlas a cabo hasta la fecha por diversos motivos.

Sin embargo este proyecto es un proyecto abierto y que tiene intención de continuidad, por lo que son actividades que pueden ir desarrollándose.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A la jornada formativa acudieron 20 personas

Todas ellas eran representantes de distintas entidades que están en contacto frecuente con residentes del barrio (Ampas, AA de vecinos, profesores ..) lo que permite pensar que el aprendizaje puede alcanzar a más miembros de la misma.

La experiencia resultó muy útil para los asistentes, mostrando todos ellos una satisfacción en la misma y manifestando debería repetirse para más población del barrio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad realizada ofrece formación a la población que puede ser muy útil y vital en algún momento.

Valoramos muy positivamente:

- el trabajo conjunto entre los miembros del Consejo de Salud y el personal del centro
- la colaboración de profesionales jubilados que aportan su experiencia
- la colaboración de entidades de la comunidad
- el trabajo en red con todos los implicados

Este proyecto nace con intención de continuar, por eso valoramos que para las próximas actividades debemos :

- Describir y relatar mejor el proceso
- Mejorar la forma de captación para que pueda llegar a mas personas de la comunidad.
- Elaborar test tanto post como pre sesión
- Dejar un tiempo para la evaluación de la sesión, con alguna pregunta a incluir en el test post-sesión que incluya items de satisfacción o no.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1525 ===== ***

Nº de registro: 1525

Título
PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE ACTIVIDADES EN COLABORACION CON EL CONSEJO DE SALUD DE ZONA

Autores:
JERICO CLAVERIA LAURA, PARDO PARDO CONSUELO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1525

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE ACTIVIDADES EN COLABORACION CON EL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Consejo de Salud de Zona es el órgano más cercano de participación de la población en temas de salud. En él participan tanto profesionales del Centro de Salud como representantes de distintas entidades ubicadas en la zona geográfica que abarca la cobertura del Centro de Salud.

Es una oportunidad excepcional para trabajar conjuntamente profesionales del Centro de Salud y los distintos miembros representantes de la comunidad. Se pueden tratar temas de educación y promoción de la salud partiendo de necesidades sentidas y demandadas por la población a través de sus representantes.

Este proyecto da forma conjunta y plasma las distintas actividades que se han venido desarrollando desde el Consejo de Salud de la Zona Básica de Salud de "Avda. Cataluña (La Jota)" o con su colaboración, y que nacieron con la idea de continuidad.

Actividades pensadas, organizadas y llevadas a cabo profesionales y población conjuntamente, a través de sus representantes, y orientadas hacia los miembros de la comunidad en la que todos estamos ubicados.

RESULTADOS ESPERADOS

- . Aumentar la participación de la población en la mejora de su propia salud.
- . Contribuir a informar y formarnos tanto la población como los profesionales en temas relacionados con la salud
- . Posibilitar la creación de redes y trabajo colaborativo.
- . Aprender conjuntamente
- . Plasmar y dar visibilidad institucional a las actividades llevadas a cabo para toda la población de la Zona e Salud de referencia

MÉTODO

1- Cursos de formación de RCP Básica a grupos de población de la ZBS a través de personal, médico y de enfermería del Centro de Salud.

2- Jornadas de Cine y Salud con posterior debate

3- Encuentros con Asociaciones de Salud y Ayuda Mutua

INDICADORES

a- Indicadores Cuantitativos: número de sesiones, jornadas y Encuentros. Número de entidades implicadas. Número de asistentes.

b- Indicadores Cualitativos: Grado de conocimiento-formación adquirida; grado de satisfacción; recomendación/repeticion o no; elaboración de encuesta según proceda.

DURACIÓN

Se prevee realizar una media de 2 programaciones por cada actividad al año.

Se empezará en el mes de Septiembre/Octubre y terminará en mayo

La calendarización exacta dependerá de la disponibilidad de sitio en el centro del barrio adecuado y de los integrantes de la realización de la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1324

1. TÍTULO

PASEOS CARDIOSALUDABLES EN CANDASNOS (CS BUJARALUZ)

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ANA SARA GUTIERREZ TORIO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BUJARALUZ
· Localidad BUJARALUZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARGALLO GOMEZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una charla informativa previa a la puesta en marcha de la actividad: informando de los beneficios del ejercicio físico y el impacto positivo que produce en la salud.
También les explicamos el recorrido que realizaremos durante los paseos y cómo debemos prepararnos para la realización de esta actividad (ropa cómoda, zapatillas deporte, ejercicios calentamiento, protección solar...). Al finalizar la charla, a los interesados en participar se les entregó el cuestionario RAPA 1 para conocer el nivel de actividad física de los pacientes previo a la implantación del proyecto.
Esta charla se realizó en el salón de actos de la localidad a finales de marzo de 2016. Para su puesta en marcha, hicimos uso de un ordenador y un proyector cedido por un ayuntamiento de la zona de salud.
Para recordar la actividad e informar a las personas que no pudieron acudir a la reunión, se realizaron carteles informativos que se distribuyeron por los lugares más frecuentados por los usuarios. También se solicitó al ayuntamiento que se pregonen bandos recordando horarios de la actividad.

La actividad comenzó el 13 de abril de 2016 y se realizó durante todos los miércoles en horario de 9:30 a 10:15 durante todo el año 2016, exceptuando los meses de verano debido a la climatología adversa (altas temperaturas).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal del proyecto era aumentar el número de personas que realizan ejercicio físico de forma habitual, promoviendo hábitos saludables e implantando una actividad física de forma periódica.

- Previo a la implantación del proyecto, mediante el cuestionario RAPA 1 (Muy activos, activos, poco activos y nada activos) el 9% eran muy poco activos, el 61% de la población eran poco activos, el 25% eran activos y tan solo el 5% de la población era muy activa.
- A finales del 2016, conseguimos disminuir el porcentaje de poco activos a un 46% y aumentar el de activos y muy activos a un 35% y 10% respectivamente.

Dentro de los objetivos específicos,

- El número de personas que comenzó la actividad de los paseos saludables aumentó hasta la finalización del proyecto. Los primeros días de la actividad participaron unas 20 personas, que aumentó un 35% a lo largo del año, participando algunos días cerca de 30 personas.
- Aumentó el grado de satisfacción personal y de bienestar de los participantes. Para ello, se realiza una pequeña encuesta sobre el grado de satisfacción del paciente y si volvería a realizar dicha actividad en los próximos años. El 90% de la población que participó en nuestro proyecto estaba muy satisfecha de haber participado en él y volvería a participar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración personal del equipo de mejora ha sido muy positiva debido a la participación, implicación y buena respuesta de la población con este proyecto.
Un aspecto que queda pendiente, es buscar alguna alternativa de ejercicio físico durante los meses de más calor y sería interesante aumentar a más de un día por semana los paseos saludables.
Para finalizar, creemos que este proyecto tiene capacidad de extensión a otros cupos de la zona de salud y es sostenible en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1324 ===== ***

Nº de registro: 1324

Título
PASEOS CARDIOSALUDABLES EN CANDASNOS (CS BUJARALUZ)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1324

1. TÍTULO

PASEOS CARDIOSALUDABLES EN CANDASNOS (CS BUJARALOZ)

Autores:

GUTIERREZ TORIO ANA SARA, GARGALLO GOMEZ PILAR, FERNANDEZ BERGES MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BUJARALOZ

TEMAS

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

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Actualmente, la inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad, originando el 6% de las defunciones a nivel mundial. Esta falta de ejercicio, unida al desarrollo de unos hábitos cada vez menos saludables constituyen la causa principal de la aparición de enfermedades crónicas como la obesidad, trastorno que ha experimentado un aumento considerable en las últimas décadas.

Una práctica regular ayuda a reducir el riesgo de padecer obesidad, diabetes o enfermedades cardiovasculares; en el plano psicológico se constata que la actividad física favorece el desarrollo de la autoestima, la autoconfianza y el autoconcepto, contribuye a la mejora del estado de ánimo y ayuda a reducir los niveles de estrés, ansiedad o depresión, mientras que en el plano social se produce una mejora de las relaciones sociales y un aprendizaje de roles, reglas, valores y pautas de comportamiento.

Pese a todas estas potencialidades, la realidad es que un porcentaje considerable de la población española (42%) nunca realiza ninguna actividad física o deporte, lo que ocasiona que en 2013 alrededor de 42 millones de niños menores de cinco años sufrían sobrepeso (OMS, 2015).

A la vista de todos los beneficios que la práctica física de un modo regular tiene en el desarrollo del sujeto, y con la intención de facilitar el cumplimiento de los niveles de actividad recomendados por la OMS, reduciendo en consecuencia el porcentaje de población sedentaria, en el presente proyecto se propone una iniciativa de Paseos Saludables en Candanos, una de nuestras localidades del CS Bujaraloz, en el que existía un problema de sedentarismo entre la población adulta.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos Generales:

- 1.- Mejorar la autonomía personal a través del ejercicio físico.
- 2.- Prevención de enfermedades derivadas del sedentarismo.
- 3.- Promover hábitos saludables; pasear, ejercicio físico y crear el hábito de realizar una actividad física de forma periódica.
- 4.- Favorecer las relaciones interpersonales.
- 5- Motivar una actividad al aire libre agradable y saludable
- 6- Aprendizaje de los beneficios del ejercicio físico.

Objetivos Específicos:

La población a la que irá dirigido el proyecto es toda la población adulta que resida en Candanos, tanto hombres como mujeres. Se les dividirá en dos grupos según su capacidad física (Mayor velocidad y recorrido y menos capacidad y recorrido más corto).

Conocer el número de personas sedentarias previas a la realización de la actividad.

Aumentar el número de personas que realizan ejercicio físico de forma habitual.

El número de personas que comience la actividad de los paseos saludables aumentará hasta la finalización del proyecto.

Aumentar el grado de satisfacción personal y de bienestar de los participantes.

MÉTODO

Una charla informativa previa a la puesta en marcha de la actividad: informando de los beneficios del ejercicio físico. También les explicamos el recorrido que realizaremos durante los paseos y cómo debemos prepararnos para la realización de esta actividad (ropa cómoda, zapatillas deporte, ejercicios calentamiento, protección solar...).

Se realiza en el salón de actos de la localidad, hacemos uso de un ordenador y un proyector cedido por un ayuntamiento de la zona de salud.

Para recordar la actividad e informar a las personas que no pudieron acudir a la reunión, se realizan carteles informativos que se distribuyen por los lugares más frecuentados por los usuarios. También se solicita al ayuntamiento que se pregonen bandos recordando horarios de la actividad.

INDICADORES

-Cuestionarios de evaluación: inicial, final y de valoración de la actividad (Medir el grado de actividad)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1324

1. TÍTULO

PASEOS CARDIOSALUDABLES EN CANDASNOS (CS BUJARALUZ)

física que realizaba cada participante, antes y después, así como su grado de satisfacción personal)
- Cuestionarios de valoración de la actividad para el personal que lo ha puesto en marcha (expectativas, satisfacción personal).
- Mediante el nº de personas que están realizando la actividad al comienzo y nº de personas que la siguen realizando a lo largo del año.

DURACIÓN

Iniciamos este proyecto en abril de 2016. Todos los miércoles en horario de 9.30 a 10:15. Debido a la climatología (temperaturas muy elevadas) se hizo una pausa en el proyecto durante los meses de verano. Pretendemos que sea un proyecto duradero en el tiempo y se siga realizando esta actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1349

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA EN LOS CONSULTORIOS PERIFERICOS DE LA ZONA DE SALUD DE BUJARALAZ

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES FERNANDEZ BERGES
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS BUJARALAZ
• Localidad BUJARALAZ
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD ROYO ARACELI
GUTIERREZ TORIO ANA SARA
ABANCENS IBARRA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PREVIA A LA IMPLANTACIÓN DE SOLICITUD DE CITA PREVIA EN LAS LOCALIDADES EN LAS QUE SE VA A INICIAR (CANDASNOS Y CASTEJÓN DE MONEGROS), SE REALIZA REUNIÓN INFORMATIVA LOS DÍAS 2 DE MARZO Y 17 DE MARZO RESPECTIVAMENTE. SE REALIZA PRESENTACIÓN EN POWER POINT DONDE SE DETALLAN LAS VENTAJAS DE LA CITA PREVIA, ASÍ COMO LAS DIFERENTES FORMAS Y HORARIO PARA SOLICITARLA (WEB Y TELEFONO). SE EXPLICA LA DISPONIBILIDAD Y FORMA DE ACCESO DE LA APLICACIÓN "SALUD INFORMA" (DEMOSTRACIÓN Y EXPLICACIÓN DE SU REALIZACIÓN). A CONTINUACIÓN PERIODO DE TIEMPO PARA DUDAS PLANTEADAS POR LOS PACIENTES.
LA REUNIÓN SE REALIZA EN SALÓN DE ACTOS DEL AYUNTAMIENTO HACIENDO USO DE ORDENADOR Y PROYECTOR CEDIDO POR OTRO AYUNTAMIENTO DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD.
AL DÍA SIGUIENTE SE REALIZAN TRÍPTICOS INFORMATIVOS CON LOS PUNTOS CLAVE DE LA REUNIÓN, QUE SE DISTRIBUYEN EN EL BUZÓN DE TODOS LOS HABITANTES DE LAS DOS LOCALIDADES.
LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO SE REALIZA EL DÍA 6 DE MARZO DE 2017 EN CANDASNOS Y EL 20 DE MARZO DE 2017 EN CASTEJÓN DE MONEGROS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
COMO OBJETIVO PRINCIPAL DEL PROYECTO SE PLANTEA LA DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA DEL PACIENTE PARA ACCEDER A LA CONSULTA QUE, PREVIO A LA INSTAURACIÓN DEL MISMO, PODÍA LLEGAR A SER DE HASTA 2 HORAS. CON LA IMPLANTACIÓN DE LA CITA PREVIA SE CONSIGUE QUE LA MAYORÍA DE LOS DÍAS LOS PACIENTES SEAN ATENDIDOS EN LA HORA DE LA CITA Y EN DÍAS DE MAYOR DEMANDA, LA DEMORA ALCANZADA NO SUPERA LOS 20 MINUTOS.
AUMENTAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y DE LOS PROFESIONALES, ASÍ COMO LA EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL. EL PACIENTE QUE DEBE VOLVER A LA CONSULTA, TANTO POR PROCESOS CRÓNICOS COMO AGUDOS, SALE DE ELLA CON LA CITA DADA
ESTANDARIZAR LOS PROCESOS DE DERIVACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO (MEDICINA, ENFERMERÍA, MATRONA, PEDIATRÍA)
PARA MEDIR EL IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA CITA PREVIA SE REALIZA, DURANTE TRES SEMANAS DE ENERO, ENCUESTA VERBAL A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA DE ENFERMERÍA Y MEDICINA
SE LES PREGUNTA:
• EL NIVEL DE SATISFACCIÓN Y EL MOTIVO
• FORMA DE ACCESO A LA CITA PREVIA
ENTREVISTADOS UN 50,2% (CANDASNOS) Y UN 51,11% (CASTEJÓN DE MONEGROS)
97,8 (CANDASNOS) Y 94,2% (CASTEJÓN DE MONEGROS) SATISFECHOS O MUY SATISFECHOS
EL MOTIVO PRINCIPAL DE SU SATISFACCIÓN ES LA DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA Y PODER ELEGIR LA HORA DE CITA.
EL RESTO 2,2 % (CANDASNOS), 5,8% (CASTEJÓN DE MONEGROS) PLANTEAN DIFICULTAD PARA LLAMAR POR TELEFONO UN 45,65%(CANDASNOS) Y 43% (CASTEJÓN) SOLICITA LA CITA POR WEB (ORDENADOR O TELÉFONO MÓVIL)
UN 54,35% (CANDASNOS) Y UN 67% (CASTEJON) REALIZAN LLAMADA TELEFÓNICA AL CENTRO DE SALUD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
PARTIMOS DE LA SITUACIÓN EN LA QUE LOS PACIENTES ACUDEN AL CONSULTORIO EN FUNCIÓN DE SUS NECESIDADES SIN COORDINACIÓN DE HORARIO, DÁNDOSE SITUACIONES DE ACUMULO DE PACIENTES O VICEVERSA.
DE CARA AL PROFESIONAL LA SITUACIÓN PREVIA IMPEDÍA PODER OPTIMIZAR EL TIEMPO DISPONIBLE Y PROGRAMACIÓN DE CITAS POR DESCONOCIMIENTO DE LA DEMANDA EXISTENTE CADA DÍA
EXISTE PREVISIÓN DE IMPLANTAR LA CITA PREVIA EN LAS DOS LOCALIDADES DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD QUE RESTAN DE HACERLO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1349 ===== ***

Nº de registro: 1349

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1349

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA EN LOS CONSULTORIOS PERIFERICOS DE LA ZONA DE SALUD DE BUJARALAZ

IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA EN LOS CONSULTORIOS PERIFERICOS DE LA ZONA DE SALUD DE BUJARALAZ

Autores:

FERNANDEZ BERGES MARIA ANGELES, ABAD ROYO ARACELI, GUTIERREZ TORIO ANA SARA, ABANCENS YBARRA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BUJARALAZ

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El crecimiento de la demanda, la masificación en las consultas y la falta de tiempo son, entre otros, problemas emergentes en el nivel de asistencia de Atención Primaria (AP).
El exceso de demanda asistencial tiene relación con factores demográficos, económicos, sociales y culturales (envejecimiento de la población, problemas sociales, medicalización de procesos no patológicos, inmigración) externos al sistema sanitario que contribuyen en gran manera a modular la demanda sanitaria, pero también con otros factores internos de organización y gestión de consultas.
Cada profesional ubicado en los diferentes Centros de Salud, dispone de un periodo de tiempo para atender a los pacientes que le corresponden de acuerdo con su cupo. Esta atención se debe organizar, pues no se podía atender de forma indiscriminada a todos los pacientes que se presentasen, ya que hay un periodo de tiempo determinado y por lo tanto un límite de pacientes atendidos.
Por todo esto, en el equipo de atención primaria se planteó la implantación del servicio de cita previa en dos de los cupos periféricos de la zona básica de salud de Bujaraloz.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto va dirigido a todos los usuarios de los cupos de las localidades de Candanos y Castejón de Monegros.

Los objetivos son:

- Optimizar el tiempo de respuesta asistencial disponible y la accesibilidad de los usuarios, disminuyendo así la disminución del tiempo del paciente en la sala de espera.
- Aumentar la satisfacción del usuario al disminuir los tiempos de espera.
- Estandarizar los procesos de derivación entre los profesionales del EAP.
- Aumentar la satisfacción de los profesionales y su competencia profesional.
- Aumentar la efectividad y eficiencia de la actividad asistencial de la atención primaria.

MÉTODO

Previo a la puesta en marcha del proyecto, se convoca a los usuarios a una reunión que se desarrolla en cada una de las localidades en las que se va a implantar la cita previa. Se realiza una presentación powerpoint en la que se detalla las ventajas de la implantación de la cita previa, las diferentes formas que existen de citarse y los horarios de estas, se explica además la nueva APP de Salud Informa, y finalmente se acaba la reunión un espacio de tiempo para que manifiesten las dudas, preguntas que les han surgido tras la reunión. Esta reunión se realiza en el salón de actos de la localidad, haciendo uso de un ordenador y un proyector cedido por un ayuntamiento de la zona de salud.
Al día siguiente de la reunión, se realizan trípticos informativos de la implantación de la cita previa y se distribuyen en el buzón de todos los vecinos de las dos localidades.

INDICADORES

Tiempo de espera en sala espera antes de entrar a la consulta previo a la implantación de la cita previa y tiempo de espera posterior a la puesta en marcha del proyecto.
Cuestionarios para la valoración de la satisfacción del usuario.
Contabilizar el número de usuarios que acudía sin cita previa antes del proyecto y durante los meses posteriores a la implantación de éste.

DURACIÓN

La puesta en marcha del proyecto se realiza en Candanos el día 6 de marzo y en Castejón el día 20 de marzo de 2017. Se deja un periodo de asimilación en el que se prioriza a los pacientes que acuden con cita previa y se realiza educación en los usuarios que siguen acudiendo sin ella.
Existe previsión de implantar la cita previa en el resto de consultorios periféricos de la zona de salud de Bujaraloz.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1349

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA EN LOS CONSULTORIOS PERIFERICOS DE LA ZONA DE SALUD DE BUJARALUZ

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1351

1. TÍTULO

DETECCION DEL CANCER COLORECTAL

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES ABAD ROYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BUJARALAZ
· Localidad BUJARALAZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JARIOD FANDOS MERCEDES
VILLAGRASA VILLUENDAS ARANTXA
ABANCENS IBARRA TERESA
ABAD ROYO ARACELI
FERNANDEZ BERGES MARIA ANGELES
BARCO MARCELLAN MARIA PURIFICACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Previo al inicio de carteo a los participantes incluidos en el programa, se realizó una reunión con el responsable del programa de cribado de Ca de colon del servicio de digestivo del Hospital Clínico Universitario (11/01/17), en la cual mediante presentación con power point (con proyector cedido por ayuntamiento de uno de los pueblos del CS) y documentación escrita, se dejan claros los criterios de exclusión tanto temporal como definitiva de los participantes y se aclaran dudas con respecto a la aplicación del programa.

Posteriormente se realizan dos reuniones (16 y 23 de Enero de 2017) en el CS de Bujaraloz con todo el personal médico, de enfermería y admisión del EAP de Bujaraloz para concretar los pasos a seguir en el proyecto, cita por admisión a consulta de enfermería para información, entrega de kit, y solicitud de SOH. Recogida y envío de muestras, derivación a consulta de medicina en caso de SOH + y entrega de material de preparación para la colonoscopia.

El envío de cartas comenzó el 6 de Febrero de 2017 y se estima que la duración de la actividad sea de un mes para la solicitud de SOH en función del material disponible.

Ese periodo podía verse alargado si el resultado del cribado era +, según agenda de citaciones del servicio de digestivo para la realización de colonoscopias.

Así mismo se realizó búsqueda activa entre los pacientes de los cupos que estaban comprendidos en el rango de edad (entre 60/69 años) y que no habían recibido carta, mediante llamada telefónica por parte de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal que se esperaba conseguir era un despistaje adecuado de CCR en la población de riesgo medio (inicialmente entre 60 y 69 años) mediante un análisis de SOH y posterior colonoscopia a los resultados positivos.

Objetivos específicos:

Aumentar los diagnósticos de lesiones en estadios precoces

Alcanzar una cobertura por encima del 90%

Garantizar la equidad en el acceso a los recursos del programa

Facilitar a los participantes el acceso a los medios diagnósticos y terapéuticos en un plazo adecuado.

Asegurar un nivel óptimo de calidad en los procesos del programa

Mejorar la eficacia de los recursos asistenciales actuales.

El plazo establecido para la recogida de muestras de SOH, se cumplió en un 100%, en cuanto a la realización de las colonoscopias todos los pacientes fueron citados en un plazo entre 7/10 días, cuando la demora en pacientes > de 50 años con SOH + (preferentes) suele ser aproximadamente de 45días

En cuanto a los resultados obtenidos:

- 371 cartas enviadas + 35 (8.6% del total) por búsqueda activa telefónica de pacientes no incluidos en los listados y que cumplían criterios, suponen 406 totales.

- De los 406, 36 pacientes fueron excluidos por causas temporales o definitivas (ya en programas de seguimiento, colonoscopias o SOH realizadas recientemente, 1 éxitus, y 4 pacientes que se encontraban fuera de nuestra ZBS), quedando un total de 370 pacientes que cumplían los criterios de inclusión.

- De los 370 pacientes totales 24 se negaron a realizar el cribado (6.4% negativas), así pues se realizó cribado a 346 pacientes lo que nos da una COBERTURA del 94.6%.

- De las 346 SOH realizadas se obtuvieron 36 POSITIVAS (10.4%). Se realizaron 35 colonoscopia (un paciente se negó a realizarla)

- De las 35 colonoscopias realizadas, 25 resultaron PATOLÓGICAS (69.4%). Una de ellas con CCR

Se cumplieron pues objetivos en cuanto a cumplimiento de plazos, cobertura del programa muy alta, por encima del 90%.

Se ha conseguido diagnóstico de lesiones en estadios precoces, sólo una de las colonoscopias resultó CCR (también en estadio precoz), el resto fueron pólipos benignos de distinta consideración anatomopatológica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del personal del equipo de mejora ha sido muy positiva, con gran implicación y respuesta de todos los miembros del EAP.

La satisfacción entre la población se ha puesto de manifiesto por la gran participación y buena respuesta de todos los participantes en el cribado.

En nuestra opinión un aspecto que ha quedado pendiente de mejorar, sería la adecuación de los listados para aumentar la captación, puesto que se han detectado hasta un 8.6% de personas con criterios de inclusión que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1351

1. TÍTULO

DETECCION DEL CANCER COLORECTAL

no recibieron carta.

Dada la alta incidencia de colonoscopias patológicas creemos importante seguir con este proyecto en años sucesivos e incluso ampliar el rango de edad desde los 50 años en una segunda fase, así como su extensión a otras ZBS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1351 ===== ***

Nº de registro: 1351

Título
DETECCION DE CANCER COLORECTAL

Autores:
JARIOD FANDOS MERCEDES, ABAD ROYO MERCEDES, ABANCENS YBARRA TERESA, VILLAGRASA VILLUENDAS ARANCHA, GUTIERREZ TORIO ANA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BUJARALUZ

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
SE PRETENDE AUMENTAR LOS DIAGNOSTICOS DE LESIONES EN ESTADIOS PRECOCES, A CAUSA DE LA ALTA MORBILIDAD DETECTADA. PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS, FACILITAR LA PARTICIPACION EN LOS PROGRAMAS DE SALUD, ACCESO A LAS TERAPIAS Y OPTIMIZAR LOS RECURSOS GARANTIZANDO LA EQUIDAD EN EL ACCESO A LA SALUD.

RESULTADOS ESPERADOS
SE ESPERA CONSEGUIR UN DESPISTAJE ADECUADO DE CCR EN LA POBLACION DE RIESGO MEDIO, ENTRE 50-69 AÑOS (INICIALMENTE 60-69) MEDIANTE UN ANALISIS DE SANGRE OCULTA EN HECES Y POSTERIOR COLONOSCOPIA A LOS POSITIVOS.

MÉTODO
SE OFERTA EL ANALISIS DE SOH MEDIANTE UNA CARTA PERSONALIZADA A TODOS LOS POSIBLES PARTICIPANTES Y LA POSIBILIDAD DE CITA CON LA ENFERMERA DE CUPO CORRESPONDIENTE. DISPONEMOS DE LOS MATERIALES NECESARIOS Y LA COLABORACION DEL LABORATORIO Y EL SERVICIO DE DIGESTIVO

INDICADORES
.

DURACIÓN
SE CALCULA QUE LA DURACION DE LA ACTIVIDAD, UNA VEZ ENVIADAS LAS CARTAS, SEA DE UN MES, PARA QUE ADMISION CITE A LOS PARTICIPANTES CON ENFERMERIA, INFORMARLES, FACILITARLES EL KIT Y REALIZAR EL ANALISIS. EN FUNCION DEL RESULTADO (POSITIVO O NEGATIVO) SE ALARGARA EL PERIODO POR EL SERVICIO DE 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) .:
ATENDE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1274

1. TÍTULO

MEJORA DEL CLIMA EMOCIONAL EN UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE RAFAEL DE PABLO GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LUNA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. se paso un test de burnot.
- 2, se realizaron charlas sobre; el trabajo en equipo, asertividad, comunicacion, manejo del conflicto, negociacion.
3. Comidas entre los miembros del equipo cada 2 meses-
4. se ha pasado un cuestionario de valoracion

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. se pasa otro tes de bornout con ligerara mejoria al del principio, poco significativa

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Desde el comienzo desperto gran interes entre los miembros del equipo.
2. Se ha valorado como muy positivo el planteamiento del tema.
3. Se piensa que ha contribuido a mejorar aspectos de la convivencia entre el equipo.
4. Se ha mejorado habilidades sociales como la escucha y la empatia

7. OBSERVACIONES.

En general el proyecto ha sido gratificante para todos.

Se ha valorado en general como muy positivo en la mejora del clima emocional.

Se comenta que un año es muy poco tiempo para valorar la efectividad real del proyecto, aunque si parece haber mejorado las actitudes de escucha y empatia

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1274 ===== ***

Nº de registro: 1274

Título
FOMENTO DEL BUEN CLIMA EMOCIONAL ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
DE PABLO GONZALEZ RAFAEL IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LUNA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El trabajo en equipo supone una mayor eficacia que la simple suma del trabajo individual de cada uno de sus componentes. Para conseguir la excelencia profesional de un equipo de trabajo no solo es necesario una buena competencia profesional de cada uno de sus miembros y la disposición de unos buenos y suficientes recursos, sino que también es necesario una inteligente y eficiente organización y una madura relación emocional entre los compañeros de trabajo que lubrique una buena comunicación entre ellos, facilite las labores asistenciales, formativas y organizativas para que potencien sus cualidades y minimicen las adversidades y conflictos que siempre surgen.

El fomento de un buen clima emocional mejora sin duda la eficacia clínica y uso eficiente y responsable de los recursos disponibles y la propia salud física y mental de todos y cada uno de los profesionales del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1274

1. TÍTULO

MEJORA DEL CLIMA EMOCIONAL EN UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

El buen clima emocional hace crear un buen caldo de cultivo que permita el desarrollo de las cualidades asistentes, la aparición de otras nuevas desconocidas, que se tomen iniciativas de forma entusiasta y que el trabajo sea cada vez mas gratificante con menor sensación de penosidad y esfuerzo.

Desde las direcciones de AP se ha hecho mucho hincapié en la mejora de los recursos disponibles, va aumentando los esfuerzos en formación, queda mucho que mejorar en la facilitación de las tareas organizativas y casi todo por hacer en la mejora del clima emocional de los equipos de AP.

El cuidado del clima emocional, que es CLAVE en el buen funcionamiento de los equipos, no solo no ha sido atendido por las diferentes DAP, sino que con frecuencia se ha fomentado, posiblemente desde la ignorancia, un mal clima emocional en los equipos, con enfrentamiento entre estamentos profesionales, desequilibrios graves en las cargas de trabajo entre sus miembros, incentivos perversos, que lejos de incentivar el buen trabajo, desilusionan y provocan agravios comparativos y enfrentamientos personales irreversibles, haciendo irrecuperables a muchos equipos.

Desde la ignorancia se supone que LA INTELIGENCIA EMOCIONAL, como el valor, se le supone a las personas y nada mas lejos de la realidad. Todo el mundo tiene claro que una buena formación clínica es no solo importante, sino fundamental y cada vez desde las direcciones se pone mayor empeño en su mejora. Pero cuando hay un mal clima emocional entre los miembros del equipo, la eficacia mejora, si utilizan mal los recursos, se pierde competencia profesional y empeora la salud mental y hasta física de los profesionales. ¿No merece la pena un buen intento de mejorar entre todos el clima emocional de los Equipos de trabajo?, ¿no sera altamente rentable a corto, medio y largo plazo los esfuerzos en la formación en inteligencia emocional y reflexionar sobre las medidas que se puedan hacer desde las direcciones para que no solo no torpedeen el buen ambiente sino que lo fomenten?. Solo hace falta comprobar que en aquellos centros que el ambiente es bueno, los indicadores también lo son y viceversa. Es mas que probable que el mal ambiente emocional entre los equipos de AP sea lo mas prevalente. ¿No merece la pena una reflexión de todo estos y un esfuerzo para mejorarlo?

RESULTADOS ESPERADOS

Desde el CS Luna hemos tomado la importancia de todo ello y nos hemos propuesto tomar medidas al respecto, para que nuestro trabajo sea mas eficiente y sobre todo que seamos mas felices en su desarrollo

PUNTUALIZACIONES A CONSIDERAR:

- los miembros de un equipo no se encojen entre ellos, se encuentran, por lo que es necesario un proceso inteligente y adaptativo del las características emocionales de cada persona.
- Los miembros de un equipo son personas muy variopintas, con diferentes orígenes formativos, diferentes niveles competenciales, diferentes edades y grados de maduración vital, diferentes estados de ánimo y todo ello lejos de ser un problema, debemos convertirlo en una oportunidad de desarrollo personas de las diferentes interacciones personales.
- En todo equipo hay personas con mayor sintonía entre ellas que con otras y personas con claras incompatibilidades emocionales lo que genera frecuentes conflictos.
- El manejo inteligente de los conflictos emocionales es clave para en ambiente emocional futuro, creciendo si se resuelven bien y socavando si no se resuelven.

PUNTOS CLAVE:

- Sobre todo " MUCHO HUMOR"

MÉTODO

formacion y autoformacion en inteligencia emocional, grupos nominales, revision del reglamento interno
Una primera sesion introductoria por el Dr. de Pablo seguido de una tormenta de ideas.
realizacion de un grupo nominal para analizar los problemas y busqueda de soluciones.
Sensiones autoformativas mensuales sobre temas de inteligencia emocional: asertividad, negociacion, manejo de conflictos, saber decir no, asumir criticas, hacer criticas constructivas.
Una comida de quipo con una frecuencia minima trimestral.
Evaluaciones semestrales

INDICADORES

Evaluacion de la satisfaccion profesional en el equipo antes, durante y despues del proyecto mediate escalas de Bournout

DURACIÓN

Lo dicho

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1274

1. TÍTULO

MEJORA DEL CLIMA EMOCIONAL EN UN EQUIPO 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 - 2016/1752

1. TÍTULO

CONOCIMIENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE:-SALUD BUCODENTAL-PRIMEROS AUXILIOS

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MONICA CLAUDIA ASENJO COBOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LUNA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ DE ZABARTE LOS CERTALES FERNANDO
HERNANDEZ ABADIAS MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se lleva a cabo en los dos colegios de la ZBS. El primer taller sobre RCP y Primeros Auxilios se realizó dividiendo a los alumnos por edades: Primer grupo de 1º de infantil hasta 2º de primaria y Segundo grupo de 3º hasta 6º de primaria, mediante las siguientes actividades:

- Reuniones con el profesorado y personas responsables de los colegios para adecuar las fechas de realización de charlas y talleres, así como las condiciones de la sala y el material necesario.
- Charla-presentación power-point.
- Videos.
- Taller práctico con material: maniquís-peluches.
- Lámina para rellenar 112 con pautas a seguir.
- Canción con guitarra y coreografía (había una vez una persona dormida que no podía despertar)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se consiguió realizar los talleres con el 100% de asistencia por parte de los alumnos. El nivel de satisfacción obtenida fue muy alto y prácticamente todo el alumnado consiguió los objetivos marcados:

- Identificación de emergencia y comprobación de seguridad de la escena.
- Preparación emocional para reaccionar ante una emergencia.
- Uso correcto del teléfono de 112 de servicios y emergencias.
- Liberación de vía aérea, PLS y pasos de la RCP (sólo con las manos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La escuela y en nuestro caso los primeros niveles de enseñanza constituyen un ámbito idóneo para iniciar a la población en el conocimiento de primeros auxilios y RCP: Los objetivos, la metodología y las actividades se han adaptado al grado de desarrollo de los dos grupos de niños. Debido a sus características físicas no pueden realizar una RCP de calidad, pero son capaces de aprender cuestiones básicas y estas actividades constituyen un pilar fundamental para después en niveles superiores introducir habilidades y conocimientos de acuerdo con su edad. A los profesionales de la Salud nos ha sorprendido en nivel de destreza, la buena disposición y la aceptación que han tenido los alumnos en los talleres, el grado de feedback ha sido muy alto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1752 ===== ***

Nº de registro: 1752

Título
CONOCIMIENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE:- SALUD BUCODENTAL- PRIMEROS AUXILIOS

Autores:
ASENJO COBOS MONICA CLAUDIA, MARTINEZ DE ZABARTE LOS CERTALES FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LUNA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1752

1. TÍTULO

CONOCIMIENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE:-SALUD BUCODENTAL-PRIMEROS AUXILIOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el C.S. Luna se detectó un interés por realizar actividades de promoción de la salud fuera de las consultas. Reunidos con el Consejo de Salud de Zona, el pasado 27 de Junio de 2017, a partir de los acuerdos alcanzados, nos planteamos realizar actividades en pequeños grupos dirigidos a mejorar el conocimiento y las habilidades para una mejor salud de la población infantil de los municipios de la ZBS.

RESULTADOS ESPERADOS

Para ello se priorizó de acuerdo con el CdSdZ dos objetivos:
.- fomentar el autocuidado de la salud Buco Dental de los niños en edad escolar por medio de actividades formativas con padres y con los niños en los propios centros escolares
.- Difundir y formar sobre "Primeros Auxilios adaptados a niños", en forma de talleres practicos.

MÉTODO

1º: Formación de los profesionales, asistencia a cursos y talleres de oferta formativa del Salud
2º : Selección, identificación, redacción y presentación de los materiales necesarios para utilizar en las dos actividades prioritizadas.
3º: Programación de las actividades en los municipios, colegios o centros de los diferentes municipios donde se van a realizar las actividades, fechas y horarios para ello.
4º: Realización de charlas y talleres.

INDICADORES

Nº talleres programados/nº talleres realizados >80% .
Nº asistentes satisfechos con la utilidad del taller/nº asistentes >80%
Nº poblaciones en las que se ha impartido los talleres/nº poblaciones adscritas al centro de salud >60%
Evaluación del cumplimiento de objetivos y satisfacción de las actividades realizadas. Detección de sugerencias y necesidades de los asistentes.

DURACIÓN

Planificación de proyecto: Julio 2017
Realización de los talleres: 2ºSemestre de 2017; 1º semestre 2018
Evaluación parcial: Diciembre 2017
Evaluación final: Junio 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 - 2016/1752

1. TÍTULO

CONOCIMIENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN LOS COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE SALUD BUCODENTAL Y PRIMEROS AUXILIOS

Fecha de entrada: 27/05/2018

2. RESPONSABLE MONICA CLAUDIA ASENJO COBOS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS LUNA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ DE ZABARTE LOS CERTALES FERNANDO
HERNANDEZ ABADIAS MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto continua y finaliza en los dos colegios de carácter unitario de la ZBS (Erla y Luna), se realiza la charla-taller el día 22 de mayo de 2018 en el colegio de Erla y el 24 del mismo mes en el colegio de Luna comprendiendo las edades de los niños desde los 4 hasta los 13 años.

Hemos contado con salas adecuadas con pizarras digitales y diverso material para la realización de juegos.

Las acciones formativas han ido encaminadas a:

- Relacionar buena salud general con buena salud bucodental.
- Instaurar una rutina de higiene bucodental e implicación de los padres.
- Visualizar la cavidad oral, comprender la importancia de la dentición decidua y cuidados.
- Conocer las consecuencias de malos hábitos como consumo de azúcares refinados, tabaco y alcohol.
- Aprender a mantener una buena salud bucodental mediante las distintas técnicas de cepillado según grupos de edad, duración del cepillado, uso de flúor y sus distintas aplicaciones, uso del hilo dental, los enjuagues y cepillado de la lengua.
- Conocer los tipos de cepillos y pasta dental.
- Saber que es una caries, fisuras, selladores y obturaciones.
- Inculcar la importancia de acudir a consulta del odontología, así como las actividades y cuidados que realizan en ella.
- Sentirse odontólogos/as por un día con las actividades preparadas para el taller y así mitigar el temor si lo hubiera al acudir a la consulta de odontología.

Todo ello se ha realizado de una manera muy visual y práctica, con un vocabulario y actividades adaptadas en todo momento a la edad de los escolares mediante:

- Charla presentación power-point en pizarra digital.
- Fantomas dental para reforzar por la visualmente la técnica de cepillado, uso del hilo dental, conocer las distintas piezas dentales y su colocación.
- Videos de formación de caries y vista a una clinica dental para exploración y tratamiento con flúor (dibujos animados Calliou).
- Lámina con 4 fotografías de molares con fisuras para que realicen selladores con tempera blanca igual que en la clínica dental.
- Hemos fabricado numerosos molares a escala muy grande con pasta endurecible a los que hemos realizado cavidades en zonas de localización de caries (oclusal, mesial, distal, vestibular, linguales, palatina) y fisuras en cara oclusal, se han rellenado las cavidades con plastilina negra. Los escolares han tenido que quitar las caries (plastilina negra) y obturar la cavidad como si realizaran un empaste (pasta endurecible).
- Juego de coordinación psicomotriz para distinguir alimentos saludables y no saludables para la salud bucodental.
- Canción con guitarra y coreografía (bajo el mismo sol, Alvaro Soler), con letra referente al cepillado, duración, técnica...
- Poesía.
- Reglos de pasta dental y folletos explicativos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se consiguió prácticamente el 100% de la asistencia de los alumnos. La encuesta realizada a los profesores fue mas que satisfactoria invitándonos a la realización de mas actividades durante el próximo curso escolar.

La directora del colegio nos envió los videos y resultados del taller en el que pudimos comprobar un nivel muy alto de destreza e implicación por parte de los alumnos así como felicitaciones por nuestro trabajo.

Contamos con la presencia del pediatra del CS en la 2ª charla-taller que nos comunicó su asistencia y colaboración en futuros proyectos después de constatar el grado de satisfacción de los alumnos profesorado y del equipo de centro de salud implicado en la actividad.

También se contó con la presencia y realización de parte de la primera charla del farmacéutico de Luna en colegio de Erla, al que conocían los alumnos por haber realizado alguna actividad anterior y que nos proporcionó el fantomas y los distintos folletos para padres y niños, quedando también a nuestra disposición para futuras colaboraciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1752

1. TÍTULO

CONOCIMIENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN LOS COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE SALUD BUCODENTAL Y PRIMEROS AUXILIOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Caries y enfermedad Periodontal aparecen en la infancia y aumentan en la edad adulta. En España mas de 70% de los escolares entre 6 y 15 años tienen o han tenido caries. En las sociedades avanzadas y países desarrollados aumenta la frecuencia de estas enfermedades gracias a la alimentación abundante en azucares refinados y hábitos poco saludables.

Dentro de cualquier programa de prevención de enfermedades bucodentales hay que tener en cuenta que el aula es un lugar ideal para instruir en la vigilancia y enseñar una buena rutina de cuidado de la cavidad oral así como de las consecuencias de tener malos hábitos. Los hábitos saludables se aprenden en la infancia y perduran toda la vida, por ello hemos querido trabajar en este programa para reforzar y ayudar a los niños de las escuelas de nuestra ZBS a mantener una buena salud, no sólo dental, también a nivel general.

La Educación para la salud supone un pilar muy importante para la prevención de enfermedades y los colegios son el primer eslabón de una cadena sobre la que tenemos que trabajar para adoptar estilos de vida saludables en etapas posteriores.

Para las actividades propuestas en el consejo de Salud de la Zona hemos contado con la total disposición de todos los agentes implicados, a pesar de tener el handicap de ser un Centro de Salud con poco personal pero una dispersión geográfica grande (G4), la satisfacción de alumnos, padres, profesores y la nuestra propia nos hacen redundar en la idea de que debemos seguir trabajando en programas de Educación para la salud desde las edades mas tempranas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1752 ===== ***

Nº de registro: 1752

Título
CONOCIMIENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE:- SALUD BUCODENTAL- PRIMEROS AUXILIOS

Autores:
ASENJO COBOS MONICA CLAUDIA, MARTINEZ DE ZABARTE LOS CERTALES FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LUNA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el C.S. Luna se detectó un interés por realizar actividades de promoción de la salud fuera de las consultas. Reunidos con el Consejo de Salud de Zona, el pasado 27 de Junio de 2017, a partir de los acuerdos alcanzados, nos planteamos realizar actividades en pequeños grupos dirigidos a mejorar el conocimiento y las habilidades para una mejor salud de la población infantil de los municipios de la ZBS.

RESULTADOS ESPERADOS

Para ello se priorizó de acuerdo con el CdSdZ dos objetivos:
.- fomentar el autocuidado de la salud Buco Dental de los niños en edad escolar por medio de actividades formativas con padres y con los niños en los propios centros escolares
.- Difundir y formar sobre "Primeros Auxilios adaptados a niños", en forma de talleres practicos.

MÉTODO

1º: Formación de los profesionales, asistencia a cursos y talleres de oferta formativa del Salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1752

1. TÍTULO

CONOCIMIENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN LOS COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE SALUD BUCODENTAL Y PRIMEROS AUXILIOS

2º : Selección, identificación, redacción y presentación de los materiales necesarios para utilizar en las dos actividades priorizadas.

3º: Programación de las actividades en los municipios, colegios o centros de los diferentes municipios donde se van a realizar las actividades, fechas y horarios para ello.

4º: Realización de charlas y talleres.

INDICADORES

Nº talleres programados/nº talleres realizados >80% .

Nº asistentes satisfechos con la utilidad del taller/nº asistentes >80%

Nº poblaciones en las que se ha impartido los talleres/nº poblaciones adscritas al centro de salud >60%

Evaluación del cumplimiento de objetivos y satisfacción de las actividades realizadas. Detección de sugerencias y necesidades de los asistentes.

DURACIÓN

Planificación de proyecto: Julio 2017

Realización de los talleres: 2ºSemestre de 2017; 1º semestre 2018

Evaluación parcial: Diciembre 2017

Evaluación final: Junio 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 - 2016/0217

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DE LA ACTUACION ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE LOS SANITARIOS DE UN CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR MAZA SOLANAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PARQUE GOYA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BARTOLOME MORENO CRUZ
PUYOD ARNAL MARIA JESUS
ROYAN MORENO PILAR
ORTIGAS CINCA ROBERTO
ARBUES SOLANS MARIA JESUS
GUIRADO GIMENEZ FERNANDO
TIMONEDA TIMONEDA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión del equipo para establecer por el sistema de "lluvia de ideas" los temas a tratar en esta convocatoria.
Constitución del equipo de mejora.
Consensuar y elegir los temas.
Contacto con 061 para trabajar conjuntamente y Modificar la Guía de tipificación con la que ellos trabajan para adaptarla a un centro de salud. Como no se pudo obtener, por problema licencia y compatibilidad con programa informático, se modificó proyecto para hacer búsqueda bibliográfica y diseñar directamente los protocolos de actuación basados en experiencias previas de otros centros de otras comunidades autónomas..
Consensuar los circuitos y crear unos protocolos de actuación para servicio de admisión, enfermería, pediatría y medicina. Nombrar al responsable de cada tema.
Diseño de las sesiones clínicas para trasladarlo al resto del equipo. (Miércoles de 14 a 15 horas): unas de coordinación y estrategia (nuevos protocolos para coordinar de forma eficiente a todos los sanitarios ante una urgencia) y otras eminentemente prácticas (código ictus, código infarto).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador de proceso:
% de sanitarios que han impartido/impartirán sesión (ya están programadas): 80%
% asistentes a sesiones: 80%

Valoración global del programa (0 peor resultado posible-10 mejor resultado posible):

por enfermería: 8
por medicina: 9
por pediatría: 7,5
por servicio de admisión: 8,7

Satisfacción de los profesionales implicados (0 peor resultado posible-10 mejor resultado posible)::

por enfermería: 8,33
por medicina: 9
por pediatría: 7,5
por servicio de admisión: 8,7

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dificultad para trabajar de forma conjunta con 061: Se solicitó Guía de tipificación a 061 para trabajar conjuntamente. Como no se ha podido obtener la Guía de tipificación, y, el programa informático que usa el 061 tiene licencia de Telefónica y no se ha podido implementar en el centro de salud, se ha buscado bibliografía y otras experiencias de otros centros de salud, para realizarlo de otra manera.
Existen experiencias previas en otros centros de salud en los que se ha intentado organizar de forma eficiente la función de servicio de admisión y de enfermería para reorganizar funciones y roles y adoptar la capacitación para ser la primera persona que realiza una atención urgente.
Se han trabajado dos protocolos de actuación, uno para enfermería y otro para medicina (incluido pediatría) de forma conjunta con todos los implicados incluidos, como parte fundamental del proyecto, con el servicio de admisión. Ha sido una parte enriquecedora trabajar de forma conjunta.
Se han convocado reuniones entre los integrantes del equipo para planear las actividades, trabajar los protocolos de actuación, y empezar la formación e implementación del programa.
Los buenos resultados de todos los implicados animan a continuar con esta línea de trabajo, trabajando todos de forma conjunta centrados en la atención al paciente.

7. OBSERVACIONES.

No hemos podido encontrar el número de asignación a este proyecto, pedimos disculpas, por eso hemos cumplimentado ese campo con 000

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0217

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DE LA ACTUACION ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE LOS SANITARIOS DE UN CENTRO DE SALUD

*** ===== Resumen del proyecto 2016/217 ===== ***

Nº de registro: 0217

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DE LA ACTUACION ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE LOS SANITARIOS DE UN CENTRO DE SALUD

Autores:
MAZA SOLANAS PILAR, BARTOLOME MORENO CRUZ, PUYOD ARNAL MARIA JESUS, ROYAN MORENO PILAR, ORTIGAS CINCA ROBERTO, ARBUES MORLANS MARIA JESUS, GUIRADO GIMENEZ FERNANDO, TIMONEDA TIMONEDA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Código Infarto
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Resulta difícil estar actualizado sobre los temas necesarios para conseguir una atención integral al paciente (protocolos, guías de práctica clínica, MBE) y además mantener las habilidades prácticas necesarias para una actuación correcta en una situación de urgencias y emergencias, así como la capacidad de coordinación entre todos los integrantes del equipo. Se ha diseñado un programa de formación continuada para todos los miembros del equipo de atención primaria para solventar esta carencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Coordinación entre todos los integrantes del equipo.
Implicación de todos los integrantes del equipo.
Formación actualizada en urgencias y emergencias en AP
Habilidades necesarias para atender urgencias y emergencias en AP

MÉTODO
-Reunión del equipo para establecer por el sistema de "lluvia de ideas" los temas a tratar en esta convocatoria.
-Consensuar y elegir los temas. Nombrar al responsable de cada tema. Equipo de mejora.
-Se diseñaran sesiones clínicas que se realizaran los miércoles de 14 a 15h. Se nombraran profesionales responsables de cada sesión.
-Las sesiones clínicas tendrán un carácter eminentemente práctico, excepto las de coordinación y estrategia.

INDICADORES
El porcentaje de los profesionales que han impartido sesión supere el 70%
El porcentaje de los profesionales que han acudido a las sesiones supere el 80%
Valoración global del programa por parte del equipo
Satisfacción de los profesionales implicados

DURACIÓN
Junio: Reunión del equipo para seleccionar los temas y nombrar al responsable de cada tema.
Julio: Diseño del cronograma de las sesiones que se iniciara en enero.
Septiembre- Diciembre: Elaboración de las sesiones y búsqueda del material
Enero: Inicio del calendario de sesiones.
Marzo: evaluación del programa

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0217

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DE LA ACTUACION ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE LOS SANITARIOS DE UN CENTRO DE SALUD

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 - 2016/1308

1. TÍTULO

PROGRAMA ESVAP (PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL EN ATENCION PRIMARIA A POBLACION GENERAL)

Fecha de entrada: 28/05/2018

2. RESPONSABLE PILAR ROYAN MORENO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS PARQUE GOYA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARTOLOME MORENO CRUZ
AGUAROD SEDILES ROSA ISABEL
MAZA SOLANAS PILAR
VITALLER SANCHO CONCEPCION
TIMONEDA TIMONEDA ESTHER
ORTIGAS CINCA ROBERTO
GUIRADO GIMENEZ FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Acciones realizadas para lograr los objetivos:

el material que se usó para el taller fue el que tiene preparado la UD de AFyC del sector Zaragoza 1 para este fin.

Difusión del material entre todos los participantes.

Reparto de tareas actividades de formación en el equipo (taller práctico)

Plan de comunicación: difusión desde el centro de salud y el consejo de salud. Uno de los colegios contactó con nosotros : IES Parque Goya. Se fijó una fecha: viernes 9 de marzo. Actividad para 3 grupos de 4 de la ESO (unos 80 alumnos en total).

Describir los recursos previstos para cada acción:

número de reuniones del equipo 1

trabajo de campo: una en Parque Goya.

Recursos materiales usados:

ordenador, cañon para proyeccion, sala para realizar la actividad (del IES Parque Goya)

3 torsos de adulto y 3 simuladores bebe (de la UD de AFyC sector Zaragoza 1).

Señalar los cambios previstos en la oferta de servicios: Formación de técnicas de ESVAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Prueba práctica tras el taller para comprobar que se han adquirido los conocimientos básicos necesarios:

personas que conocen la secuencia de RCP básica/total población intervención: 100%

personas que conocen el teléfono al que dirigirse/total población intervención: 100%

personas que conocen la maniobra correcta de Hemlich/total población intervención: 100%

personas que conocen la actuación correcta ante una hemorragia/total población intervención: 100%

personas que conocen la posición lateral de seguridad/total población intervención: 100%

personas que conocen la maniobra correcta ante una quemadura/total población intervención: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Difícil coordinar a los sanitarios para la realización de una actividad comunitaria por las agendas distintas y la dificultad para encontrar un horario común y que se adaptara a las posibilidades del IES Parque Goya.

Facilidad para realizar la actividad gracias a los materiales y los recursos humanos (profesionales y residentes) de la Unidad Docente de AFyC del sector Zaragoza 1.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1308 ===== ***

Nº de registro: 1308

Título
PROGRAMA ESVAP (PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL EN ATENCION PRIMARIA A POBLACION GENERAL)

Autores:
ROYAN MORENO PILAR, BARTOLOME MORENO CRUZ, AGUAROD SEDILES ROSA ISABEL, MAZA SOLANAS PILAR, VITALLER SANCHO CONCEPCION, TIMONEDA TIMONEDA ESTHER, ORTIGAS CINCA ROBERTO, GUIRADO GIMENEZ FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1308

1. TÍTULO

PROGRAMA ESVAP (PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL EN ATENCION PRIMARIA A POBLACION GENERAL)

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Programa ESVAP (Programa de Enseñanza de Soporte Vital en Atención Primaria) de la semFYC tiene como objetivo general primordial promover que los médicos de familia, entre sus tareas, incluyan como actividad comunitaria la enseñanza de las técnicas de Resucitación Cardiopulmonar y Soporte Vital Básicos a la población general a la que prestan su atención.

Como objetivo general secundario, el Programa ESVAP pretende la participación activa de los médicos de familia en la enseñanza del Soporte Vital Básico con Equipo, de la Desfibrilación Externa Semiautomática y del Soporte Vital Avanzado en el ámbito de la Atención Primaria, además de diversas técnicas que les permitan actuar ante situaciones como atragantamiento, hemorragias, quemaduras, amputaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Enseñanza de las técnicas de Resucitación Cardiopulmonar y Soporte Vital Básicos a la población general (Desfibrilación Externa Semiautomática).

Como objetivos secundarios:
diversas técnicas que les permitan actuar ante situaciones como atragantamiento, hemorragias, quemaduras, amputaciones.

MÉTODO

acciones previstas para lograr los objetivos:

preparación del material
difusión del material entre todos los participantes
reparto de tareas
actividades de formación en el equipo (taller práctico)
plan de comunicación:

difusión desde el centro de salud y el consejo de salud.

Describir los recursos previstos para cada acción:

número de reuniones del equipo 1

trabajo de campo: previstas tres intervenciones: una en San Gregorio, una en Parque Goya, una en San Juan.

recursos materiales: ordenador, cañon para proyeccion, sala para realizar la actividad, 3 torsos de adulto y 3 simuladores bebe.

Señalar los cambios previstos en la oferta de servicios:

Formación de técnicas de ESVAP

INDICADORES

Encuesta para comprobar que se han adquirido los conocimientos básicos necesarios que se transmitian con la actividad

se realizará a la poblacion una vez finalizada la actividad:

personas que conocen la secuencia de RCP básica/total población intervención: 90%

personas que conocen el teléfono al que dirigirse/total población intervención: 90%

personas que conocen la maniobra correcta de Hemlich/total población intervención: 90%

personas que conocen la actuación correcta ante una hemorragia/total población intervención: 90%

personas que conocen la posición lateral de seguridad/total población intervención: 90%

personas que conocen la maniobra correcta ante una quemadura/total población intervención: 90%

DURACIÓN

preparación del material: mayo 2017

difusión del material entre todos los participantes: junio 2017

reparto de tareas: junio 2017

actividades de formación en el equipo (taller práctico): septiembre 2017

plan de comunicación: octubre 2017

trabajo de campo (noviembre 2017): previstas tres intervenciones: una en San Gregorio, una en Parque Goya, una en San Juan.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1308

1. TÍTULO

PROGRAMA ESVAP (PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL EN ATENCION PRIMARIA A POBLACION GENERAL)

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1366

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA LA POBLACION DIABETICA EN LA PREVENCION DEL PIE DIABETICO EN EL C.S. PARQUE GOYA SECTOR ZARAGOZA 1

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE CONCEPCION VITALLER SANCHO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS PARQUE GOYA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De todo lo que se cita existe memoria detallada.

- Junio 2017: Diseño de dos presentaciones, una sobre el Proyecto y otra sobre los Talleres Formativos
- 28-06-2017: Comunicación de ambas a todo el EAP
- 13-09-2017: Presentación del Proyecto en el Consejo de Salud
- Septiembre 2017: Diseño del díptico para entregar a los pacientes
- Noviembre 2017: Diseño de los cuestionarios para la evaluación final y de un cartel informativo para divulgar los Talleres Formativos
- Diciembre 2017: Realización de los Talleres Formativos en los diferentes barrios: El Zorongo (6 asistentes), Juslibol (18 asistentes), San Juan de Mozarrifar (12 asistentes) Parque Goya (6 asistentes) y San Gregorio (16 asistentes)
- Total asistentes: 58
- La difusión de los Talleres Formativos se realizó en las Consultas de Medicina y de Enfermería, carteles informativos, megafonía, whatsapp y Facebook

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1) Resultados de los cuestionarios:
 - Total realizados: 58
 - Total rellenados de forma correcta: 51
 - 2 cuestionarios no válidos
 - 5 cuestionarios en los que 1 respuesta no es correcta
- Estos resultados están por encima del estándar marcado en la formulación del proyecto (80%).

- 2) En todos los Talleres se realizó una tertulia posterior donde se pudo comprobar lo siguiente:
 - Todos los pacientes afirmaban que había cuestiones expuestas que desconocían.
 - La mitad de ellos aseguraban que no relacionaban la diabetes con el cuidado del pie.

- 3) En base al número de asistentes a los Talleres, se considera que el método de difusión más efectivo es la invitación individual en consultas y la megafonía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1) En el barrio de Parque Goya y Zorongo, el menor número de asistentes puede deberse al alto número de población joven que no se siente identificada con el problema.
- 2) Algunos asistentes manifiestan problemas de mal apoyo plantar y aseguran visitar a un podólogo, lo que demuestra un interés en su salud.
- 3) Al finalizar el Taller todos coinciden en que es importante la autoexploración del pie y su higiene diaria y agradecen todo lo aprendido.
- 4) Como recomendación final, se considera muy importante seguir haciendo la exploración del pie en Atención Primaria, haciendo un refuerzo de todo lo que han aprendido en los Talleres.

7. OBSERVACIONES.

- 1) Para futuras reuniones con la Comunidad sería necesario mejorar su difusión y adecuar el horario de los Talleres a la población de mayor edad.
- 2) Interacción con el Equipo: Se presenta al Equipo el resultado de la revisión del Pie Diabético según el Cuadro de Mando en Diabetes, comparándolo con el Sector y con Aragón. Además, se analizan los resultados por CIAS y se explica de qué manera se identifica a los pacientes pendientes de realizar la exploración.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1366 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1366

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA LA POBLACION DIABETICA EN LA PREVENCION DEL PIE DIABETICO EN EL C.S. PARQUE GOYA SECTOR ZARAGOZA 1

Nº de registro: 1366

Título
PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA LA POBLACION DIABETICA EN LA PREVENCION DEL PIE DIABETICO EN EL CS PARQUE GOYA SECTOR ZARAGOZA 1

Autores:
VITALLER SANCHO CONCEPCION, AGUAROD SEDILES ROSA ISABEL, TIMONEDA TIMONEDA ESTHER, PUYOD ARNAL MARIA JESUS, GUTIERREZ FULLOA ISABEL, GUERRI BALLARIN INMACULADA, PUEYO GOÑI CONCEPCION, ROYAN MORENO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

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
Las complicaciones del pie, son las más graves entre todas las de la Diabetes Mellitus. Suelen producirse a consecuencia de una neuropatía unida a un traumatismo. En el C S Parque Goya el nº total de diabéticos a fecha 14 de mayo de 2017 es de 1.370 y su prevalencia 8,98% Un 15% de todos los pacientes diabéticos desarrollarán una úlcera en el pie a lo largo de su vida. La mortalidad tras una amputación oscila de un 10% a corto plazo, a un 70% a los 5 años. El pie diabético supone según los diferentes sistemas sanitarios analizados entre un 12-15% de los recursos económicos totales destinados a la diabetes. Los índices de amputación podrían reducirse con estrategias que incluyeran prevención y formación de pacientes y profesionales

RESULTADOS ESPERADOS
Aprender a reconocer los posibles problemas del pie.
Enseñar técnicas y materiales para el cuidado del pie
Mejorar la motivación y las habilidades del paciente para una autoexploración diaria de sus pies

MÉTODO
Difusión del proyecto en C S Parque Goya (junio 2017)
Difusión del proyecto en el próximo Consejo de Salud
Divulgación del proyecto en las consultas médicas y de enfermería y propuesta de participación a los paciente en los talleres formativos (de junio a septiembre.)
Realización de 4 talleres formativos en los Centros cívicos de Juslibol, San Gregorio y San Juan y en el C.S Parque Goya, en los meses de septiembre y octubre

INDICADORES
Al finalizar el taller se entregará una encuesta para comprobar que se han adquirido los conocimientos básicos necesarios para el cuidado del pie. Se evaluará según test validados de las Sociedades de Endocrinología
Personas que conozcan las posibles complicaciones del pie/ Población asistente: 80%
Personas que conozcan las técnicas y materiales para el cuidado del pie/ Población asistente: 80%
Personas que conozcan la actuación correcta ante un traumatismo o herida en el pie/ población asistente:80%

DURACIÓN
Preparación del material mayo- junio 2017
Difusión del proyecto C.S. Parque Goya junio 2017
Divulgación del proyecto en el próximo Consejo de Salud.
Divulgación del proyecto a los pacientes diabéticos en consultas para su participación en los talleres previstos de junio a septiembre.
Realización de 4 talleres formativos en tres centros cívicos y en el C. S. Parque Goya de septiembre a octubre 2017
Trabajo de campo noviembre 2017
Resultados finales diciembre 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1366

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA LA POBLACION DIABETICA EN LA PREVENCION DEL PIE DIABETICO EN EL C.S. PARQUE GOYA SECTOR ZARAGOZA 1

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1363

1. TÍTULO

BLOG: SANTA ISABEL TE CUIDA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA ANDRES ESCOLANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SANTA ISABEL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERGUA PUERTOLAS MARIA JESUS
LATORRE DEL OLMO CONCEPCION
CASTELLANO IRALDE SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto se pensó realizarlo por la dispersión geográfica que se tiene en este centro de salud, se necesitaba una fórmula de contacto que relacionara a la población de los consultorios con el centro. Creemos que el blog va a ser una herramienta de trabajo que va a llegar a toda la zona básica y vamos a poder estar en contacto directo con los usuarios.

Objetivos: 1. Aumentar la autonomía de los usuarios a través de la información.

2. Dar a conocer el centro de salud, trabajadores y actividades.

3. Conocer las necesidades de los usuarios por ellos mismos.

4. Mantener informada a la población en temas de salud y actividades que se ofrecen en el barrio.

5. Interrelacionar los diferentes barrios que integran el centro de salud.

B) Actividades realizadas durante el año:

En el mes de mayo se empezó realizando el diseño del blog y especificando los contenidos entre los miembros del proyecto. Para la puesta en marcha del blog nos ayudamos de tutoriales del youtube, buscamos blog de otros centros de salud ya colgados hace tiempo, se estuvo en contacto con SARES (vía mail con Ursula) y se creó una cuenta de correo en internet . Se decidió que los temas que se incluirían en él estarían relacionados con la salud, que no fuera un lugar de quejas de usuarios, para eso hay otros sistemas, queríamos que fuera de información y relación con los usuarios. Se han incluido temas de temporada (en primavera por ejemplo: las picaduras de insectos, en verano se incluyó el tema sol y piscinas) además de ir colgando otros temas atemporales (por ejemplo: el cuidado de los pies en diabéticos). Se crearon varias pestañas para clasificar la información y así fuera fácil de encontrar. Todos los servicios que da el centro tiene pestaña, no solo lo sanitario sino también admisión con sus trámites y las actividades sociales con la trabajadora social. Toda la información publicada se obtiene de páginas de confianza como el gobierno de Aragón, fistera y ministerio de sanidad...

La población a la que va dirigida es a todos los sexos y todas las edades, porque incluso los que no manejan las redes informáticas, pueden funcionar con la explicación de otro vecino, hijo, nieto etc que si las manejan.

Fijadas todas las pautas de elaboración antes expuestas, y realizado ya el blog y publicado se presentó al resto de miembros del equipo, sería ya el mes de junio. Se explicó el porqué del proyecto y que podía colaborar todo el que quisiera, se admitían sugerencias y criticas constructivas. Posteriormente fue presentado al consejo de salud.

Se colgó cartel en tablón de anuncios y se pidió a los compañeros que lo publicitaran en sus consultas, así como también se dijo al consejo de salud que diera difusión en los distintos grupos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

C) Objetivos y resultados alcanzados :

Para el primer objetivo "aumentar la autonomía de los usuarios a través de la información", hemos realizado varios apartados en el blog, según distribución del centro de salud. Se ha creado un apartado de enfermería, otro de mujer, de pediatría, de trámites (servicio de admisión), de actividades sociales (trabajadora social)...Creemos que se ha conseguido tímidamente ya que las visitas de las páginas empezaron siendo escasas, una media de 4- 6 visitas/mes por entrada del blog, hasta aumentar a 10-15 visitas /mes.

Para el segundo objetivo "dar a conocer el centro de salud, trabajadores y actividades", se creó una página de "Quiénes somos" y en la página principal se van colgando información de interés, aquí hubo un poco de controversia porque hay compañeros que no quieren aparecer en el blog físicamente, es decir con foto o vídeo. La consecución del objetivo ha sido tímida por el mismo motivo que el anterior objetivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1363

1. TÍTULO

BLOG: SANTA ISABEL TE CUIDA

En el tercer objetivo " conocer las necesidades de los usuarios por ellos mismos", se creó un apartado de comparte tus ideas, pero sólo hemos recibido una. Sobre este objetivo es donde más tenemos que trabajar, porque es el que no hemos conseguido que los usuarios plasmen sus necesidades o ideas.

El cuarto objetivo "mantener informada a la población en temas de salud y actividades que se ofrecen en el barrio", vamos colgando entradas de distintos temas según se va sintiendo las necesidades en consulta o la temporada en la que estamos, en verano se colgaron entradas de cuidados en la piscina, tatuaje con Henna... y debido al elevado número de obesos y diabéticos se han colgado pautas de alimentación o cuidado del pie diabético. En pediatría se han dado consejos de primeros auxilios. Se han expuesto charlas o actividades realizadas en el centro cívico. Aquí el éxito de la publicación o las pocas visitas obtenidas si que depende del usuario y nos da pistas de que camino seguir.

En cuanto al último objetivo " mantener informada a los diferentes barrios que integran el centro de salud", se van colgando informaciones que nos llegan, por ejemplo se abrió una entrada de los cursos que ofertaba Cruz Roja, este es un ejemplo de lo que queríamos conseguir, debido a que la trabajadora social está en el centro de salud, mucha información se quedaba colgada en el tablón de anuncios y no llegaba a los consultorios, de esta manera hemos conseguido que lo tengan de primera mano, así aunque las visitas no han sido las que esperábamos han ido aumentando progresivamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

D) Lecciones aprendidas:

La verdad es que ha costado que despegara el blog, va teniendo aceptación, quizás menos de lo que nosotros esperábamos. Es cierto que el buzón de sugerencias lo han usado poco y la encuesta no la han rellenado el suficiente número de usuarios para ser valorada.

Los objetivos que nos marcábamos no han llegado a las expectativas que nos habíamos creado, no hemos podido así conocer necesidades de los usuarios, expresadas por ellos mismos en el buzón de sugerencias, pero nos han dado mucha información con las visitas a las entradas, ya que sabemos que interesa más. Los objetivos se van alcanzando tímidamente, la información esta llegando, es poco tiempo quizás para valorar su impacto, no llevamos ni un año activos .

Analizando todo lo visto hemos llegado a la conclusión que necesitamos difundir más el blog colgar carteles fuera del centro de salud, como en el centro cívico, tenemos que ir a informantes claves (representantes de las APAS, presidentes de asociaciones del barrio) y animar a los nuevos compañeros que han venido a que participen y difundan este blog.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1363 ===== ***

Nº de registro: 1363

Título
BLOG:SANTA ISABEL TE CUIDA

Autores:
ANDRES ESCOLANO ANA CRISTINA, LATORRE DEL OLMO CONCEPCION, CASTELLANO IRALDE SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA ISABEL

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:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1363

1. TÍTULO

BLOG: SANTA ISABEL TE CUIDA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Debido a la dispersión geográfica de la población del centro de salud, se vió que se necesitaba una fórmula de contacto que relacionara a la población de los consultorios con el centro. Creemos que el blog va a ser una herramienta de trabajo que va a llegar a toda la zona básica y vamos a poder estar en contacto directo con los usuarios.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar la autonomía de los usuarios a través de la información.
Dar a conocer el centro de salud, trabajadores y actividades.
Conocer las necesidades de los usuarios por ellos mismos.
Mantener informada a la población en temas de salud y de las distintas actividades que ofrecen en el barrio.
Interrelacionar los diferentes barrios que integra el centro de salud.

MÉTODO

Creación de un blog donde todos los profesionales puedan aportar sus recomendaciones en materia de salud. Donde también los usuarios van a poder realizar sugerencias de posibles temas que les inquieta en materia sanitaria.

INDICADORES

Número de visitas.
Número de sugerencias recibidas, nos va a mostrar la participación de la comunidad.
Satisfacción de los usuarios a través de una encuesta.

DURACIÓN

Duración un año y así evaluar su utilidad y continuidad.
Implantar ya en 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 - 2016/0006

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EQUIPO EN VIDEOBLOG CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE IBAÑEZ ALGORA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS VILLAMAYOR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELVIRO BODOY TIRSO
FIGUERAS ARA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2017 se ha realizado la actualización de información fija insertada en el mismo: equipo, servicios, teléfonos, encuesta de satisfacción, etc., se actualizó el vídeo de presentación del equipo en febrero y se ha mantenido la actividad del blog hasta la fecha.
En colaboración con otros sectores, se ha clonado y personalizado para el centro de salud Casetas. De esta forma se ha utilizado la información institucional y sanitaria acumulada hasta la fecha en el blog Centro de Salud Villamayor, reduciendo enormemente el trabajo de arranque de este nuevo servicio para los pacientes de Casetas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Páginas vistas (historial completo): 74.581

Entradas: 328

Quedan registradas las visitas realizadas a cada entrada y página que no incluimos debido a su extensión. También contamos con estadísticas relativas al país de origen de la consulta, sitio, palabras clave de búsqueda, por navegadores, sistema operativo.
Se han recibido varias respuestas a la encuesta, que debe seguir fomentándose para mejorar el servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La principal recomendación para la mejora es la implicación del equipo con la información que se publica; fomentar entre los usuarios y pacientes su colaboración para ampliar temas que les resulten útiles y de este modo puedan ser más autónomos y autosuficientes.
El proyecto requiere la actualización continua debido a los continuos cambios y su facilidad para difundir la información.
Para niños y jóvenes además debe ser una ayuda para localizar la información que precisan en un sitio seguro y de confianza.

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto tiene caracter continuo

*** ===== Resumen del proyecto 2016/6 ===== ***

Nº de registro: 0006

Título
ACTUALIZACION EQUIPO EN VIDEO BLOG CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR 2016

Autores:
IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE, LATORRE ARNEDO LUIS JUAN, LLANOS CASADO MARGARITA, PASCUAL PELEGRINA LAURA, NAVARRO MAS VICTORIA, FIGUERAS ARA CARMEN, QUILES PAESA LUZ, ELVIRO BODOY TIRSO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLAMAYOR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: El contenido del blog se dirige a todo tipo de pacientes, usuarios y patologías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Tras la publicación de nuestro blog sanitario "Centro de Salud Villamayor", y la continua actualización de noticias y publicaciones dirigidas a la población en general y a los usuarios y pacientes de nuestra zona

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0006

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EQUIPO EN VIDEOBLOG CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR

básica de salud en particular, se ha producido un incremento progresivo de visitas a nuestras páginas, que a día de hoy ascienden a 42.087.
Los cambios producidos en el personal tras las incorporaciones procedentes de traslados, a los puestos de matrona, medicina general y atención continuada, hacen necesaria la actualización del equipo en la carta de servicios del blog, cosa que ya se ha realizado gracias a su actualización diaria, si bien también es necesario en el contenido del vídeo de presentación, que es la imagen inicial de nuestro blog sanitario y que hasta la fecha tiene 423 visitas.
Por ello, se hace necesaria la actualización del vídeo de presentación en cuanto a recursos humanos y servicios.

RESULTADOS ESPERADOS

Dar una imagen abierta, transparente y de servicio, comprometidos con la mejora continua y la satisfacción de nuestros pacientes y usuarios. Motivación y unión del equipo para la consecución de objetivos.
Continuar fomentando la mejora, cercanía y accesibilidad de los servicios asistenciales, favoreciendo la autonomía de nuestros pacientes/usuarios y la responsabilidad y concienciación de todos sobre nuestros servicios sanitarios.

MÉTODO

Los miembros del equipo de mejora valorarán los mensajes clave a introducir en la videopresentación y autorizan como nuevos miembros del equipo de atención primaria Villamayor, el uso de su imagen para promoción y presentación del centro. Será necesaria una sesión fotográfica y la selección y montaje del vídeo correspondiente. El equipo se reunirá a partir de septiembre para consensuar contenidos y repartir dichas tareas entre sus miembros. Se cuenta con la colaboración del resto del equipo para dar una imagen completa de todos los recursos humanos.

INDICADORES

Aumento del total de páginas visitadas por fechas, control de visitas individualizadas por página y vídeo. El blog centro de salud Villamayor cuenta con la posibilidad de consultas estadísticas por fecha, página, entradas, fuentes de tráfico y público, navegadores e incluso países.

DURACIÓN

Inicio septiembre 2016, finalización diciembre 2016
Reunión equipo de mejora finales de septiembre 2016. Elaboración de contenidos
Fotografía: octubre 2016
Montaje: noviembre 2016
Revisión e inclusión en blog: diciembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS 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 - 2016/0051

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS 2016-2017

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE TIRSO ELVIRO BODOY
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VILLAMAYOR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOMBA GARCIA BELEN
OLAGUE VIDAL ANTONIO
ASENSIO CASORRAN INMACULADA
IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE
LLANOS CASADO MARGARITA
QUILES PAESA LUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cronograma de implantación
- 2 reuniones anuales un corte a los 6 meses
- Control de los indicadores del material de urgencias, unificarlo y simplificarlo con una hoja diaria y semanal de revisión para minimizar LAS INCIDENCIAS..

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se minimizaron las incidencias y solo habido en los 6 mes de implantacion 8 INCIDENCIAS en cuanto afectacion de indicadores.

- Que afectaron a indicador de caducidades 2 (standard 10)
- 6 ausencias de fármacos(tiaprizal se había retirado del botiquin de forma transitoria (standard10)

Fuente obtención hojas revisión diarias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hay satisfaccion general del equipo en cuanto la mejora del orden y de la seguridad de encontrar las cosas en su sitio y en el momento adecuado.

El personal se ha dado cuenta que la revisión continua es útil y que no cuesta mucho trabajo si hay apoyo entre nosotros.Hojas satisfacción sesiones y reuniones.

Queda pendiente reunion de control hojas de revision y un plan de enseñanza para los profesionales que vienen para sustituciones o pocos días.

7. OBSERVACIONES.

La idea que tenemos es seguir con el plan de forma continua, aportando 1 novedad cada año.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/51 ===== ***

Nº de registro: 0051

Título
MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS

Autores:
FIGUERAS ARA CARMEN, ELVIRO BODOY TIRSO, LOMBA GARCIA BELEN, OLAGUE VIDAL ANTONIO, ASENSIO CASORRAN INMACULADA, IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE, LLANOS CASADO MARGARITA, QUILES PAESA LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLAMAYOR

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0051

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS 2016-2017

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se detecto con la escucha activa.y comunicacion de incidencias al grupo de mejora.

I) Favorecer la calidad de la atención urgente.

II)-Mejorar el control y la seguridad de los medicamentos.

-Evitar la variabilidad del material de urgencias, UNIFICARLO Y SIMPLIFICARLO, de los maletines y condiciones climatológicas de urgencias.

-Garantizar la continuidad de la atención. Minimizar LAS INCIDENCIAS.

2) Mejorar la efectividad y eficiencia de las Urgencias y maletines de urgencias del eap y consultorios, via aerea y via venosa.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir las incidencias, ausencias y caducidades del material asi como la formación del personal en urgencias.

MÉTODO

-Motivación recordatoria whats app POSITIVO. responsables todos los miembros del grupo de mejora.

-Hoja de registro común todos los miembros del eap.

-Docencia especifica, sesiones patología prevalente urgente.

INDICADORES

-Numero de sesiones patología prevalente en urgencias.

-Control mensual hojas de registro.

-Numero caducidades.hojas de monitorizacion excel.

-Numero incidencias hojas de monitorizacion excel.

DURACIÓN

Un año agosto 2016 - agosto 2017 despues proceso de mejora continua.

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 - 2016/1447

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS, Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UA (MEJORA CONTINUA DE URGENCIAS)

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN FIGUERAS ARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VILLAMAYOR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO MAS VICTORIA
LLANOS CASADO MARGARITA
ONRUBIA HERRANZ RICARDO
LACAMBRA DEITO PILAR
GONZALEZ GRACIA MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras detectar como una oportunidad de mejora la necesidad de implicar al equipo en la limpieza y esterilización del material, se introdujo esta actividad dentro del registro del mantenimiento de la sala de urgencias en marzo de 2017. El equipo de mejora realizó un procedimiento que fue presentado al resto equipo en una reunion de equipo en marzo de 2017.
Durante el año se ha realizado un taller para explicar el funcionamiento del esterilizador y otra para presentar los registros del control biológico en noviembre de 2017.
En diciembre de 2017 se ha rrealizado una evaluación de los resultados que actualmente está pendiente de ser presentada al equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al realizar le evaluación del proyecto a finales de diciembre, tras nueve meses de la implantación, se ha observado un descenso importante en las incidencias por material sucio en la sala de urgencias siendo de 13 de casi 300 registros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aún cuando ha supuesto una importante mejora para la organización del equipo, la actividad debería reforzarse de forma periódica para continuar disminuyendo el número de incidencias detectadas.
Se debería implicar en el mantenimiento a todos los profesionales que utilizan el material aún cuando se trate de trabajadores no habituales del Centro de salud
El material está habitualmente limpio, no se ha detectado falta de material y se han reducido las quejas por encontrar material sucio y sin esterilizar. La utilizacion de los controles biológicos nos garantiza el uso de material en las condiciones optimas
Todo esto ha supuesto una mejora en la atención a los pacientes y en las relaciones entre los profesionales, al disminuir enfrentamientos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1447 ===== ***

Nº de registro: 1447

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS, Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UA (MEJORA CONTINUA DE URGENCIAS)

Autores:
FIGUERAS ARA CARMEN, ELVIRO BODOY TIRSO, LLANOS CASADO MARGARITA, ASENSIO CASORRAN INMACULADA, IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE, LATORRE ARNEDO LUIS JUAN, NAVARRO MAS VICTORIA, QUILES PAESA LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLAMAYOR

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1447

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS, Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UA (MEJORA CONTINUA DE URGENCIAS)

Otro tipo Objetivos: Unidad del equipo

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO

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

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

INDICADORES

Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:

- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

Análisis de todos los apartados del ciclo de mejora continua.

DURACIÓN

Enfoque general: Gestión por procesos
Población diana: Todas
Sexo: Ambos
Valoración:
1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (> satisfacción). 4 mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1447

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS, Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UA (MEJORA CONTINUA DE URGENCIAS)

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1614

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTION DE LOS AVISOS A DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD PICARRAL

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE CONCEPCION MARCEN GIMENEZ
• Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
• Centro CS ZALFONADA (PICARRAL)
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AZNAR ALEGRE ALICIA
GUILLEN LABORDA ARANZAZU
OCA AGUSTIN JESUS
ALIJARDE MAÑEZ ANA
GARCIA DOMINGUEZ SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- JULIO 2017: Se estableció un grupo de trabajo integrado por los componentes del equipo de Admisión y la coordinadora del EAP Picarral.
- OCTUBRE 2017: utilizando la técnica de la tormenta de ideas, durante 15 días, se recogieron ideas sobre la gestión de los avisos, como un espacio abierto en el que se expusieron: problemas encontrados, incidencias acaecidas, sugerencias de mejora... Las aportaciones eran anónimas y no tenían un número limitado. Aunque se acordó que cada uno de los miembros del proyecto de mejora hiciera al menos 3 aportaciones.
- PRIMERA SEMANA DE NOVIEMBRE 2017, se plasmaron en papel los diferentes planning y horarios para avisos vigentes en el momento actual que tienen enfermería medicina y pediatría. Tanto avisos a domicilio "normales" como urgentes y hasta las 17,00 de la tarde.
- PRIMERA SEMANA DE NOVIEMBRE 2017: Se reunió el equipo de mejora para recoger todas las ideas.
- SEGUNDA QUINCENA DE NOVIEMBRE 2017 se organizó la clasificación de las ideas recogidas en varios grupos y extracción de los puntos frágiles del proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES MEDIDOS

- Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto: 6
- Número de asistentes sanitarios y no sanitarios a la sesión clínica de exposición del nuevo organigrama: Pendiente de realizar .
- Número de incidencias o reclamaciones por cualquier motivo relacionado con los avisos domiciliarios.Durante 2017: 1

*Anexo: RESULTADOS DE LA TORMENTA DE IDEAS

Se recogieron 23 aportaciones,

Una vez revisados se pudieron agrupar en los siguientes bloques:

- los que se refieren a la recogida del aviso, ahí varias aportaciones inciden en los problemas de la línea telefónica(y la reclamación recogida va en consonancia con esto). La dificultad de retener las llamadas por una traba técnica, con lo que se dificultad la priorización de los avisos sobre otras llamadas. la diferentes tramos horarios de avisos de medicina y enfermería, sobre todo para los avisos urgentes que retrasa la correcta transmisión del aviso a los profesionales que lo tienen que realizar.
- La necesidad de simplificar el organigrama sobre todo lo referente al horario en enfermería que es muy complicado .
- La dificultad en ocasiones de localizar al profesional encargado de hacer al aviso por estar ilocalizable. Más en las primeras horas del día.
- La dificultad de valorar qué aviso debe ser dado como urgente y la necesidad de que un profesional sanitario lo valore.
- La situación en la que el profesional que debe ir a un aviso urgente, todavía no ha terminado la consulta y cómo gestionar esta situación.
- La conveniencia de un administrativo responsable de cada aviso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La mejoría de los medios técnicos en cuanto a la recepción de llamadas y que no se pierda ninguna, aunque está fuera de nuestro alcance, no parece difícil de conseguir. Aquí se sugirió la posibilidad de disponer de un teléfono móvil para el centro.
- - Al poner en claro los plannings existentes y las aportaciones de la tormenta de ideas, se ha puesto de manifiesto que, aunque los tramos horarios de los avisos están actualmente perfectamente establecidos, son muy complicados, especialmente en enfermería. Además, sería deseable que coincidieran con los de medicina, de tal modo que, en los avisos urgentes pero también en los no urgentes, hubiese un pareja médico-enfermera fija. Esto facilitaría la transmisión del aviso desde Admisión a los profesionales que lo tienen que realizar y la comunicación entre los binomios médico-enfermera.
- De todo esto, la necesidad de implicar en esta revisión a ambos estamentos, es una tarea pendiente.
- Resulta fundamental insistir en los profesionales en la necesidad de estar perfectamente localizables durante su turno. Revisando la lista que tenemos de teléfonos móviles personales y que esté en un lugar bien visible. También la necesidad de aligerar la agenda de citas el día que corresponde un turno de avisos.
- Consideramos muy importante poner en valor el papel de admisión como elemento integrador de todo el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1614

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTION DE LOS AVISOS A DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD PICARRAL

proceso de la gestión de los avisos a domicilio. Y crear una figura de administrativo responsable, desde el momento en que se recibe el aviso, la transmisión a los profesionales encargados de llevarlo a cabo, la verificación de que el aviso se ha realizado y finalmente su registro.

- Este proyecto es implementable a otros equipos de Atención Primaria, sobre todo en la zonas urbanas.

7. OBSERVACIONES.

- Aunque el proyecto ha finalizado en 2017, quedan pendiente para el primer trimestre de 2018 plasmar por escrito en un diagrama sencillo, todo el proceso de los avisos en el CS Picarral y colocarlo en un lugar visible del espacio de Admisión.

- También queda pendiente la exposición al equipo de las conclusiones obtenidas

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1614 ===== ***

Nº de registro: 1614

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DE LOS AVISOS A DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD PICARRAL

Autores:
MARCEN GIMENEZ CONCEPCION, GARCIA DOMINGUEZ SUSANA, GUILLEN LABORDA ARANZAZU, AZNAR ALEGRE ALICIA, OCA AGUSTIN JESUS, PUEYO SALAS ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La gestión de los avisos a domicilio es un proceso en el que están implicados todos los miembros sanitarios y no sanitarios del equipo de Atención Primaria. La gestión eficiente de todo el proceso es fundamental para la satisfacción tanto del usuario como de los trabajadores.
Se han detectado una serie de incidencias en este proceso como son : la identificación incorrecta del paciente o de la gravedad de su proceso, la dificultad con los pacientes desplazados, dificultades en el acceso telefónico, falta de claridad en el circuito de urgencias, los fallos en la transmisión de los avisos ...

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la organización de la atención domiciliaria urgente estableciendo unas instrucciones claras y detalladas e implementando posteriormente dichas instrucciones.
- Mejorar el conocimiento de los profesionales no sanitarios del EAP respecto del proceso
-Mejorar el conocimiento de los profesionales sanitarios del EAP respecto del proceso
Aumentar la implicación de los profesionales no sanitarios en el proceso

MÉTODO
Se trata de un proyecto de mejora integrado dentro del programa de calidad del EAP Picarral, coordinado por la Jefa de Equipo de Admisión, Concepción Marcén en el que colabora todo el equipo de Admisión y la coordinadora médica. Se utiliza la técnica del trabajo en equipo.
Se desarrollarán las siguientes actividades:

- 1.- Reunión con el equipo de Admisión para exponer el proyecto
- 2.- Recoger, mediante la técnica de la tormenta de ideas, las opiniones de los trabajadores sobre los problemas detectados, haciendo hincapié en los principios y finales de turnos, en los avisos urgentes, la coordinación médico-enfermera, la responsabilidad de admisión en la correcta transmisión de los avisos.
- 3-Selección a partir de lo anterior de los puntos frágiles del proceso.
- 4.- Actualización de los plannings existentes : estableciéndose 3 turnos de avisos(8-11h, 11 a 14h y 14 a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1614

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTION DE LOS AVISOS A DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD PICARRAL

17h). En cada turno, debe haber un responsable de Admisión que se encargará de la recogida y trasmisión del aviso, y un profesional médico y de enfermería siempre disponibles en caso de tratarse de un aviso urgente.

El planning será claro, sin dejar espacios de tiempo libres y se expondrá en un lugar visible de Admisión

5.-Se diseñará un diagrama de flujo simple y claro que establecerá todo el proceso desde que el paciente llama por teléfono para poner el aviso a domicilio hasta que, una vez visitado el paciente, el sanitario deja la copia del aviso firmada y, a última hora diariamente, el administrativo encargado, revisa que todo los avisos hayan sido correctamente realizados.

Este diagrama de flujo se expondrá en Admisión en un lugar visible.

6.- Se hará una sesión clínica para todo el equipo en el que se expondrá todo el proceso tal como se ha revisado.

INDICADORES

- Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto
- Número de asistentes sanitarios y no sanitarios a la sesión clínica de exposición del nuevo organigrama
- Número de incidencias o reclamaciones por cualquier motivo relacionado con los avisos domiciliarios.

DURACIÓN

Cronograma:

-Tormenta de ideas por parte de los integrantes del equipo de Admisión: julio 2017

- Selección de los puntos débiles del proceso: agosto 2017.

Revisión y actualización de los plannings vigentes: septiembre 2017.

-Elaboración de un protocolo estandarizado de actuación: septiembre 2017.

Edición de los documentos generados: octubre 2017

Sesión clínica con exposición al EAP del proceso revisado: octubre 2017

El año 2017

OBSERVACIONES

,

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0447

1. TÍTULO

PASEO SALUDABLE

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR BARANDA VILLARROYA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORIANO BURILLO SOLEDAD
NAVARRO MARTINEZ MARIA DOLORES
MARCEM GIMENEZ CONCEPCION
GUILLEN LABORDA ARANZAZU
OLLOBARREN HUARTE EMILIA
AZUARA LAGUIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 28 de marzo 2017 realizamos : Descubrir naturaleza, explicación de las plantas y árboles del Parque Tío Jorge: Dicha actividad fue impartida por Luis Ignacio Figols profesor de instituto, actualmente jubilado y voluntario, en dichas actividades.

Desayuno Saludable: El primer martes de junio día 6 del 2017, después de caminar.

Realizamos otra actividad cultural, paseo hasta La Seo de San Salvador y visita guiada de la catedral el día 27 de octubre del 2017

En octubre del 2017, hemos iniciado el "Paseo Adaptado" donde se incluye a personas que caminan más despacio, o son portadoras de mochila de oxigenoterapia o llevan bastón para caminar.

A lo largo de todo el año 2017, los martes se realiza el Paseo Saludable .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta este momento, hemos realizado una encuesta de inicio, en la cual participaron 22 personas, de las cuales las 20 respondieron afirmativamente que esperaban mejorar su salud, así como la recomendación a otras personas de la actividad.

En 2016 había una media de 15 personas, mientras que en 2017 la media ha aumentado a 20

En cuanto al número de profesionales implicado ha aumentado en cuatro profesionales más, que actualmente se encargan del Paseo Adaptado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es un proyecto a largo plazo que esperamos mantener como actividad fija del Centro de Salud.

Actualmente el Paseo Saludable se ha convertido en un referente para mejorar la salud, tanto en el Centro de mayores como en el Propio Centro de Salud del Picarral.

Esperamos de este modo conseguir hábitos de vida saludables, y promoción de la salud en el Barrio del Picarral. Este proyecto puede ser implementable en otros centros de salud .

7. OBSERVACIONES.

Aunque este era un proyecto para el año 2017, la actividad continuará los próximos años. Queremos realizar dos reuniones con los grupos para hablar de alimentación saludable, y hábitos higiénicos en la vida diaria, para el próximo 2018.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/447 ===== ***

Nº de registro: 0447

Título
PASEO SALUDABLE

Autores:
BARANDA VILLARROYA MARIA PILAR, CASTILLO LUEÑA CONCEPCION, SORIANO BURILLO SOLEDAD, NAVARRO MARTINEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0447

1. TÍTULO

PASEO SALUDABLE

TEMAS

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

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Sabemos que el 80 % de nuestros pacientes no realizan las recomendaciones de hábitos saludables que indicamos en nuestras consultas.

Con el ejercicio físico se mejora la función cardiovascular, ayuda a mantener los parámetros de glucosa estables y reduce la resistencia a la insulina, igualmente nos ayuda a reducir peso y a controlar las cifras de triglicéridos, colesterol y LDL. Además con el ejercicio físico se liberan endorfinas y se consigue que nuestros pacientes se sientan mejor.

En nuestro Centro de Salud Picarral se carecía hasta ahora de un proyecto de promoción de salud. La iniciativa parte del C.S. recogiendo de este modo posibles peticiones que se hicieran a través del consejo de salud, o asociaciones del barrio Picarral.

Decidimos iniciar Nuestro Paseo Saludable.

El presente proyecto es una continuidad del iniciado en noviembre del 2015 de forma piloto, va dirigido a promover la salud por medio del ejercicio físico y de hábitos saludables en alimentación, también pretende ayudar a personas con aislamiento social, e implicar a los profesionales de nuestro Centro de Salud

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Promover en nuestros usuarios la realización de ejercicio moderado así como hábitos de vida saludable
- 2-Conseguir en nuestro barrio un grupo de referencia para realizar ejercicio.
- 3-Educar durante los paseos en hábitos saludables de alimentación.
- 4- Disminuir el aislamiento social
- 5- Implicar a los profesionales de nuestro Centro de Salud en el proyecto

MÉTODO

Método:
Captamos a nuestro pacientes desde las consultas médica y de enfermería.

Caminamos con el grupo, un profesional del Centro de Salud y un voluntario, paciente nuestro, con inquietudes y hábitos saludables, que cierra la marcha vigilando que nadie quede rezagado y todos puedan llevar el ritmo de la caminata.

Iniciamos nuestra actividad con caminatas de 40 minutos, dedicando unos minutos para calentar y 10 minutos para estirar después del paseo, un día por semana, concretamente los martes de 10 a 11 de la mañana. Seleccionamos rutas, buscando paseos arbolados y parques.

Actividades:

Establecer el desayuno saludable al final de cada temporada, Posiblemente en la primera quincena de junio. Descubrir en esta temporada naturaleza y aves en los parques que visitamos, en colaboración con el Ayuntamiento de la ciudad.

INDICADORES

Número medio de personas participantes en la actividad
Número de personas nuevas en la actividad.
Número de personas que participan en el desayuno saludable
Número de profesionales implicados

DURACIÓN

Cronograma:

- Comenzamos el 18 de octubre
- Recogida cada semana, del número de asistentes, participantes nuevos.
- Elaboración de datos iniciales octubre 2016
- Finalización de la actividad junio 2017
- Desayuno saludable primera semana de junio
- Realización de encuesta octubre 2016 y al finalizar la temporada, junio 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0447

1. TÍTULO

PASEO SALUDABLE

Duración:

De octubre del 2016 a junio del 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 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 - 2016/0472

1. TÍTULO

MEJORA DE LA DIFUSION DE LAS ACTIVIDADES DEL CONSEJO DE SALUD PICARRAL ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE SUSANA GARCIA DOMINGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA MOLINA MARIA JOSE
BARANDA VILLARROYA PILAR
CASTILLO LUEÑA CONCEPCION
MARTINEZ MUÑOZ PILAR
OLLOBARREN HUARTE EMILIA
SORIANO BURILLO SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Octubre 2016: Diseño y edición de tríptico informativo del Consejo de Salud Picarral.
Octubre-Noviembre 2016: Encuesta breve a los profesionales (¿sabe lo que es el consejo de salud?, en caso afirmativo ¿sabe qué actividades realizan?, ¿sabe si en la zona de Picarral está funcionando el consejo de salud?, ¿conoce alguna actividad que se esté realizando?).
Noviembre 2016-Diciembre 2017: Difusión del tríptico informativo a dos niveles: en el Centro de Salud y en las entidades representadas en el consejo.
Noviembre 2016: Plan de comunicación en formato de sesión clínica sobre el concepto de Consejo de Salud y en concreto las actividades del Consejo de Salud Picarral.
Enero-Diciembre 2017: Difusión de los acuerdos del Consejo de Salud mediante la exposición de las actas en el área pública del Centro de Salud habilitada para las informaciones del Consejo.
Enero-Diciembre 2017: Proporcionar copia escrita o informatizada a los diversos integrantes del consejo para que difundan las actas en las entidades que representan.
Enero 2017: Elaboración de un póster de mayor tamaño para colocar en el tablón localizado en el hall del Centro de Salud que contiene información sobre el Consejo de Salud.
Diciembre 2017: Segunda encuesta a los profesionales tras la sesión clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Número de folletos impresos y entregados a los pacientes. 50 folletos en total .

Número de folletos distribuidos por las diferentes entidades.: 25 a la asociación de vecinos, 10 para asociación consumidores, 5 a la Junta del Rabal y 5 en sindicatos UGT y CCOO.

2 pósters colocados en el tablón del Consejo de Salud y en la Asociación de Vecinos AAVV Picarral

Número de reuniones del consejo de salud realizadas en el año 2017: 4

Número de Actas publicitadas en 2017 en el Centro de Salud: 4

Número de Actas entregadas a las diferentes entidades en 2017: 4

Encuesta a los profesionales sobre su conocimiento del Consejo de Salud.: segunda encuesta realizada posteriormente a la sesión clínica informativa. Se contestaron 26 encuestas. Resultados:
La media de años trabajados en Atención Primaria de los profesionales encuestados era de 19,3 años. En un rango entre 5 y 34 años.
Todos los encuestados respondieron afirmativamente a las preguntas 1ª y 2ª (¿sabe lo que es el consejo de salud?, ¿sabe si en la zona de Picarral está funcionando el consejo de salud?).
A la 3ª pregunta (¿sabe qué actividades realizan los consejos de salud), contestaron afirmativamente 25 de los encuestados .
En la 4ª pregunta (¿conoce alguna actividad que se esté realizando? en el CS Picarral)?.25 contestaron de forma positiva. Cuando se les pidió especificar algún tipo de actividades, todos ellos hicieron referencia a las reuniones ordinarias del Consejo, y 10 de ellos a la actividad de Paseos Saludables y a las de Escuela de Salud, en concreto a las charlas impartidas por los farmacéuticos sobre los fármacos e internet.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La encuesta repetida a los profesionales tras la sesión clínica, ha dado una serie de resultados: el grupo de trabajadores tenía una amplia experiencia en el trabajo de Atención Primaria, y era por todos conocida la figura del Consejo de Salud y su existencia en la zona de salud de Picarral. En 2016, era escaso el número de encuestas que afirman conocer qué actividades realizan los consejos de salud en general y en concreto las llevadas a cabo por en CS Picarral. Lo cual apoyaba la necesidad de mejorar la difusión de las actividades del Consejo. Tras la sesión clínica formativa, los resultados han mejorado, mejorando el conocimiento que los integrantes del equipo tienen de su consejo.
Las actas de las 4 reuniones ordinarias del consejo de salud Picarral han quedado expuestas en el tablón del Centro de Salud.
También se han entregado las 4 actas a los miembros del consejo, para ser trasladados a las entidades que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0472

1. TÍTULO

MEJORA DE LA DIFUSION DE LAS ACTIVIDADES DEL CONSEJO DE SALUD PICARRAL ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD

representan.. Esto facilita la difusión de las actividades del Consejo de Salud a la población de la zona. El proyecto de mejora, aunque no era el objetivo inicial, ha permitido poner en conocimiento de los integrantes tanto del consejo de salud como del EAP, otras actividades comunitarias de promoción de salud (cursos, conferencias etc) que se realizan en la zona, principalmente en las AAVV. También realizar alguna de las actividades del consejo utilizando el espacio físico de la AAVV. Este aspecto ha sido muy satisfactorio para todos sus integrantes, aunque no ha sido medido de forma objetiva. En las próximas reuniones del consejo se expondrá la misma sesión clínica que se presentó en el equipo como actividad formativa. Esto no se ha hecho hasta ahora dado que recientemente ha habido una renovación en los cargos. Este proyecto es implementable en otros sectores o zonas básicas de salud.

7. OBSERVACIONES.

A pesar de dar por finalizado este proyecto, en el año 2018 se tiene previsto continuar trabajando en la misma línea.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/472 ===== ***

Nº de registro: 0472

Título
MEJORA DE LA DIFUSION DE LAS ACTIVIDADES DEL CONSEJO DE SALUD PICARRAL ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD

Autores:
GARCIA DOMINGUEZ SUSANA, GRACIA MOLINA MARIA JOSE, CASTILLO LUEÑA CONCEPCION, BARANDA VILLARROYA MARIA PILAR, MARTINEZ MUÑOZ PILAR, SORIANO BURILLO SOLEDAD, OLLOBARREN HUARTE EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

TEMAS

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

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La actividad de los Consejos de Salud está regulada en la Ley General de Sanidad del año 1986. A pesar de que suponen un importante elemento de la participación comunitaria en materia de salud, son un gran desconocido para la mayoría de la población y también para muchos de los profesionales sanitarios. Ésta fue una de las conclusiones de las Jornadas de Participación Comunitaria de abril 2016 en Zaragoza.

En el Centro de Salud Picarral, el Consejo de Salud está constituido desde el año 2008 y cuenta con la participación de miembros las diferentes entidades que están reguladas en su reglamento de régimen Interno. En él se realizan, desde entonces, las reuniones ordinarias que se establecen reglamentariamente.

En el Pacto de Gestión de 2015, se hizo una evaluación de los problemas detectados por la población a través del Consejo de Salud. El presente proyecto es una continuación del proyecto iniciado el año 2015, enfocado más a acercar el Consejo de Salud Picarral a la población de la zona básica de Picarral y también a los profesionales, mejorando la difusión de las actividades realizadas y la comunicación del Consejo con las diferentes asociaciones de la zona.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la difusión de la existencia y las actividades del Consejo de Salud en la población de la zona básica de salud de Picarral.
- Mejorar la difusión sobre la existencia y la actividad del Consejo de Salud entre los profesionales que trabajan en el Centro de Salud.

MÉTODO

Se trata de realizar un proyecto de mejora de la calidad coordinado por la Dra Susana García Domínguez, junto con la Dra Concepción Castillo, Pilar Martínez, enfermera del Centro de Salud y Emilia Ollobarren trabajadora social del CS Picarral, mediante la técnica de trabajo en equipo, desarrollado por el equipo de mejora del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0472

1. TÍTULO

MEJORA DE LA DIFUSION DE LAS ACTIVIDADES DEL CONSEJO DE SALUD PICARRAL ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD

EAP Picarral, con el apoyo del Consejo de Salud, e integrado en el programa de calidad del EAP Picarral.

Se desarrollarán las siguientes actividades:

Elaboración de un tríptico-folleto informativo sobre lo que es el Consejo de Salud, sus integrantes y objetivos.
Difusión de dicho tríptico en el Centro de Salud y en las entidades representadas en el consejo.
Encuesta breve a los profesionales (¿sabe lo que es el consejo de salud?, en caso afirmativo ¿sabe qué actividades realizan?, ¿sabe si en la zona de Picarral está funcionando el consejo de salud?, ¿conoce alguna actividad que se esté realizando?).
Formación continuada en el EAP Picarral mediante una sesión clínica impartida por el equipo de mejora que versará sobre los siguientes puntos: 1.- el concepto de consejo de salud según está definido en la Ley General de Sanidad. 2.- Consejo de Salud Picarral, sus integrantes y actividades.
Difusión de los acuerdos del Consejo de Salud mediante la exposición de las actas en el área pública del Centro de Salud habilitada para las informaciones del Consejo.
Proporcionar copia escrita o informatizada a los diversos integrantes del consejo para que publiquen las actas en las entidades que representan.
Elaboración de un póster de mayor tamaño que se colocará en el tablón localizado en el hall del Centro de Salud con información sobre el Consejo de Salud.

INDICADORES

INDICADORES: EVALUCION Y SEGUIMIENTO

Número de folletos impresos y entregados a los pacientes.
Número de folletos distribuidos por las diferentes entidades.
Encuesta a los profesionales sobre su conocimiento del Consejo de Salud. Antes y después del desarrollo del proyecto.
Número de asistentes a la sesión clínica .
Número de reuniones del consejo de salud realizadas en el año 2016
Número de Actas publicitadas en 2016 en el Centro de Salud.
Número de Actas entregadas a las diferentes entidades en 2016.

DURACIÓN

Cronograma:

Encuesta a los profesionales en octubre de 2016.
Sesión clínica en el Centro de Salud en octubre de 2016.
Elaboración del tríptico-folleto terminado a final de octubre 2016.
Póster y edición del folleto a final de noviembre 2016.
A partir de diciembre 2016: reparto de folletos a las diferentes entidades, entrega a los pacientes y exposición de póster en el Centro de Salud.
A partir de septiembre de 2016 y de forma continuada: exposición en la zona habilitada del Centro de Salud de las actas de las reuniones del Consejo de Salud y entrega de copias a los miembros representantes de las diferentes entidades de la Zona básica de Salud Picarral.

Duración: el año 2016 y 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 : 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 - 2016/0939

1. TÍTULO

MANEJO INTEGRAL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA(ERC). APLICACION DE LOS CRITERIOS DE DERIVACION A NEFROLOGIA POR ERC EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE GRACIA MOLINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASIN MARTIN MARIA VICTORIA
CASTILLO LUEÑA CONCEPCION
LOPEZ ESTEBAN MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-ENERO 2017: Reunión del equipo de mejora para elaborar un sistema de registro de los pacientes derivados a nefrología. Establecer sistemas de registro o información en la enfermedad que garanticen la continuidad asistencial.
FEBRERO 2017: Se realizan una actividad formativa en forma de sesión clínica para el personal sanitario con un doble objetivo:
1.- Presentación del proyecto de mejora y del consenso para la detección y manejo de la ERC .
2.- Presentación protocolo en OMI. Criterios de derivación a Nefrología por E.R.C en Atención Primaria.
FEBRERO 2017: Reunión con admisión para consensuar un sistema de registro de los pacientes derivados a Nefrología.
FEBRERO 2017: Elaboración de un sistema de registro de la respuesta de Nefrología de los pacientes derivados.
-JUNIO 2017: Recogida y seguimientos de los primeros resultados: número de pacientes y aplicación del protocolo de derivación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Reunión del equipo de mejora. 6 participantes
- El sistema de registro consensuado con Admisión consiste en separar los volantes de interconsulta con Nefrología, hacer una fotocopia de éstos y guardarlos en una carpeta especial de la que posteriormente se revisarán los datos. De enero a junio de 2017, el número de derivaciones es de...
-Sesiones impartidas al personal sanitario por parte de 2 componentes del equipo de mejora : acuden 9 médicos, a los que no acuden se les aporta por escrito la información transmitida en las sesiones así como el protocolo de derivación.

No se han podido registrar adecuadamente los paciente derivados, porque además se ha iniciado la derivacion virtual. Pero el proyecto ha servido para conocer y revisar los criterios de derivacion que son los mismos que se deben utilizar ahora con la interconsulta virtual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LECCIONES APRENDIDAS(*) DESCONOCIMIENTOS A VECES POR PARTE DEL PERSONAL DE TODAS LAS POSIBILIDADES DE OMI. Es necesario hacer una derivacion a especializada más eficiente que conseguirá:

1. Mejorar resultados de la atención.
2. Disminuir riesgos derivados de la atención.
3. Mejorar utilización de recursos.

-El proyecto de mejora ha servido para revisar por parte del equipo de los criterios adecuados para una correcta derivacion en la insuficiencia renal, que indudablemente consigue una mayor fluidez entre los dos niveles y una mejor atención a los pacientes.
-Y valorar la necesidad de establecer unos criterios de derivación en otras especialidades que redunden en una mejora en la atención a los pacientes, no solo pensando en reducir listas de espera o derivar la burocracia hacia Atención Primaria.
-Como conclusión final es importante una buena coordinacion entre primaria y especializada. Teniendo como fin el mismo objetivo. Coordinación que tiene que ser bidireccional para mantener la motivación en ambas direcciones. Este proyecto podría ser reproducible cambiando las fuentes de información.

7. OBSERVACIONES.

El SISTEMA DE REGISTRO no ha funcionado adecuadamente, pero al cambiar el sistema de derivación, se puede plantear que los datos se obtengan directamente de OMI.
En Noviembre 2017 se da por finalizado el proyecto de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0939

1. TÍTULO

MANEJO INTEGRAL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA(ERC). APLICACION DE LOS CRITERIOS DE DERIVACION A NEFROLOGIA POR ERC EN ATENCION PRIMARIA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/939 ===== ***

Nº de registro: 0939

Título
MANEJO INTEGRAL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA(ERC). APLICACION DE LOS CRITERIOS DE DERIVACION A NEFROLOGIA POR ERC EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GRACIA MOLINA MARIA JOSE, GARCIA DOMINGUEZ SUSANA, ASIN MARTIN MARIA VICTORIA, BARANDA VILLARROYA MARIA PILAR, MARTINEZ MUÑOZ PILAR, SORIANO BURILLO SOLEDAD, OLLOBARREN HUARTE EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: insuficiencia renal crónica
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 ERC es un importante problema de salud que puede afectar en sus diferentes estadios a cerca del 10% de la población española y que supone una elevada morbimortalidad, así como un importante consumo de recursos al Sistema Nacional de Salud. La ERC se presenta asociada a otras patologías crónicas. La detección precoz de estos pacientes optimizaría las posibilidades de tratamiento y retrasar la progresión. Para la prestación sanitaria integral a la población es necesaria una adecuada coordinación entre los niveles asistenciales. Sin embargo a veces esta coordinación presenta deficiencias. El conocimiento de los criterios diagnósticos, clasificación en estadios, la identificación de los factores pronósticos, así como el establecimiento de criterios de derivación, son elementos claves en la atención integral de estos paciente. En el centro se detectó la no utilización del protocolo de OMI para la correcta derivación a Nefrología. La causa fundamental era el desconocimiento de la existencia de dicho protocolo. Teniendo en cuenta que este protocolo proporciona la información clínica suficiente al servicio hospitalario para que la distribución de los pacientes se realice con eficiencia, de acuerdo con los criterios consensuados, consideramos necesario la utilización del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS

-Conocer el consenso para la detección y manejo de la ERC por parte del personal sanitario
-Utilización en el 100% de los casos de los criterios de derivación a Nefrología por ERC .
-Utilización del protocolo existente en OMI para la derivación .
-Conocer la prevalencia de enfermos con ERC en el Centro de Salud.

MÉTODO

-Reunión con admisión para elaborar un sistema de registro de los pacientes derivados a nefrología. Establecer sistemas de registro o información en la enfermedad que garanticen la continuidad asistencial.
-Realizar 2 sesiones clínicas para el personal sanitario .
1.- Presentación del proyecto de mejora y del consenso para la detección y manejo de la ERC .
2.- Presentación protocolo en OMI. Criterios de derivación a Nefrología por E.R.C en Atención Primaria.
-Elaborar un sistema de registro de la respuesta de Nefrología de los pacientes derivados.

INDICADORES

Indicadores. -nº pacientes con ERC derivados a Nefrología utilizando protocolo OMI / Total pacientes con ERC derivados a Nefrología
-nº informes de pacientes ERC recibidos de Nefrología/Total de pacientes con ERC derivados a Nefrología.

-Total de pacientes diagnosticados ERC en cada cupo/total pacientes del cupo.
Se obtendrán los indicadores del registro realizado y de la información que se puede extraer de OMI.

DURACIÓN

Inicio del proyecto en DICIEMBRE 2016. Reunión del equipo de mejora.
Reunión con admisión
Elaboración del sistema de registro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0939

1. TÍTULO

MANEJO INTEGRAL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA(ERC). APLICACION DE LOS CRITERIOS DE DERIVACION A NEFROLOGIA POR ERC EN ATENCION PRIMARIA

- ENERO 2017 -Sesiones impartidas al personal sanitario por parte de 2 componentes del equipo de mejora .1.- Presentación del proyecto de mejora y del consenso para la detección y manejo de la ERC .
2.- Presentación protocolo en OMI. Criterios de derivación a Nefrología por E.R.C en Atención Primaria

-JUNIO 2017.Recogida y seguimientos de los primeros resultados .
-Reunión Equipo de mejora.
-Reunión con Admisión. Valoración registros.
-Reunión Personal sanitario. Valoración dificultades detectadas.
-DICIEMBRE 2017.Recogida datos definitivos.
-Reunión Equipo de mejora.
-Reunión con Admisión. Valoración registros.
-Reunión Personal sanitario. Valoración dificultades detectadas.
-Memoria resultados y valoración de continuidad 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 : 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 - 2016/0494

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DIABETICOS QUE UTILIZAN MATERIAL PUNZANTE EN SU DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD ZUERA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR SOLER COCHI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ZUERA
· Localidad ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TARONGI SALINAS BEGOÑA
GARRALON ORTEGA CRISTINA
LOPEZ PEIRONA BARBARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Extracción de datos de la receta electronica proporcionados por el servicio de AP del sector
Creación de un registro de los pacientes a los que se entrega y recoge el contenedor
Entrevista con el paciente en la consulta de enfermería para explicarle la importancia de la recogida de residuos biológicos
Entrega de los contenedores de residuos al mayor número posible de personas
Sesión clínica en el EAP para explicar el proyecto y entregar la hoja de registro a los profesionales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entrega de contenedores para punzantes al 90.05% de los pacientes censados con diabetes.
Devolución de los contenedores llenos 81.29%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En conclusión, se ha facilitado la entrega a un elevado número de pacientes, con la colaboración activa de los componentes del equipo de mejora.
Con estas medidas hemos evitado la contaminación ambiental en medios de recogida no selectivos.
Se ha incidido en el buen uso de agujas de las personas diabéticas, recomendado el cambio de aguja en cada pinchazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/494 ===== ***

Nº de registro: 0494

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DIABETICOS QUE UTILIZAN MATERIAL PUNZANTE EN SU DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD ZUERA

Autores:
SOLER COCHI PILAR, TARONGI SALINAS BEGOÑA, GARRALON ORTEGA CRISTINA, LOPEZ PEIRONA BARBARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZUERA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Cada día son mas los pacientes que utilizan insulinas en su domicilio, por lo que desechan el material punzante en botes de cristal que nos acercan al centro y otras directamente en la basura de su domicilio con el riesgo biológico que conlleva.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0494

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DIABETICOS QUE UTILIZAN MATERIAL PUNZANTE EN SU DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD ZUERA

Que cada paciente insulino dependiente deseche con seguridad el material punzante en su domicilio en un contenedor de residuos

MÉTODO

Identificación de pacientes que utilizan material punzante en su domicilio.
Entrevista con el paciente en la consulta de enfermería para explicarle la importancia de la recogida de los residuos biológicos.
Entrega del contenedor de residuos a todos los pacientes contactados.
Creación de un registro de los pacientes a los que se entrega y recoge el contenedor.
Sesión clínica en el EAP para explicar el proyecto y entrega de la hoja de registro a todos los sanitarios para su uso.

INDICADORES

% de pacientes a los que se le entrega contenedor de residuos del total que precisa material de este tipo
% de envases devueltos al centro de salud para su destrucción del total de los entregados.
% de unidades asistenciales que han participado activamente en el proyecto del total del equipo.

DURACIÓN

Identificación de los pacientes que utilizan material punzante en su domicilio NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2016
Extracción de datos de la receta electrónica proporcionados por el servicio de AP del sector NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2016
Creación de un registro de los pacientes a los que se entrega y recoge el contenedor NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2016
Entrevista con el paciente en la consulta de enfermería para explicarle la importancia de la recogida de residuos biológicos DICIEMBRE 2016
Entrega de los contenedores de residuos al mayor número posible de estos pacientes A PARTIR DICIEMBRE 2016
Sesión clínica en el EAP para explicar el proyecto y entregar la hoja de registro a los profesionales DICIEMBRE 2016
Evaluación de los resultados A PARTIR DE 2017

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: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1543

1. TÍTULO

REDUCCION DEL CONSUMO DE PAPEL EN EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE TRANSPORTE SANITARIO POR PARTE DE LOS USUARIO, REMITIDA DESDE LOS CENTROS DE SALUD

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ANA ISABEL REY LISO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ GARCIA DOLORES
AISA VIÑA JESUS
QUINTANA GRACIA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

30/06/2017 Reunión con el Servicio de Clientes, donde se van a centralizar y tramitar todas las peticiones de todos los centros de salud urbanos de Atención Primaria Sector Zaragoza I.

10/07/2017 Reunión con el Servicio de Informática para establecer el procedimiento más adecuado y que no suponga una sobrecarga de trabajo en los Servicios de Admisión.

20/07/2017 Nos ponemos en contacto telefónico con el Informático de Transporte Sanitario para confirmar que la solicitud de transporte puede viajar de forma segura encriptándola y con contraseña a través de un puerto de impresora como origen y como destino una cuenta de correo corporativa

Segunda quincena de julio y de agosto. La responsable de este proyecto y un informático del sector se personan en los centros para explicar el nuevo procedimiento y para dotar de los recursos que se requieran para poder materializar el proyecto (Recursos propios. coste 0).

14/02/2018: Se remite una encuesta a los responsables de Admisión de los Centros y a los profesionales del Servicio de Clientes para que valoren el procedimiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivo del proyecto: Reducción consumo de papel en un 30% en el mismo periodo del año anterior: Objetivo alcanzado: reducción del consumo en un 76 %

Objetivo del proyecto: Procedimientos encriptados: 40%. Objetivo alcanzado: Encriptados un 76%. Todos los procedimientos que han llegado por vía telemática han llegado encriptados.

El impacto del procedimiento valorado por los agentes implicados (tras encuesta realizada), ha resultado positivo en un 75% (valorando del 1 al 5 el trámite).

Método de obtención: Se han calculado todas las ambulancias que se recibieron en papel desde el 1/09/2016 a 31/01/2017 (1176) y se ha comparado con las recibidas en papel en el periodo del 01/09/2017 a 31/01/2018 (286). Se han restado los importes (Resultado: 890) y sobre el resultado se ha realizado el porcentaje: $890 \cdot 100 / 1176$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha resultado positivo puesto que ha superado el objetivo inicial.

Queda pendiente instaurarlo en los Centros Rurales.

Como otro punto positivo destacar que la colaboración de los profesionales de Admisión de los Centros ha sido excepcional y hemos aprendido a trabajar en Equipo aunque nos encontremos en espacios físicos diferentes.

Replicación: El proyecto ha sido instaurado de forma definitiva. Se estudiará la posibilidad de ampliarlo a otros procedimientos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1543 ===== ***

Nº de registro: 1543

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1543

1. TÍTULO

REDUCCION DEL CONSUMO DE PAPEL EN EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE TRANSPORTE SANITARIO POR PARTE DE LOS USUARIO, REMITIDA DESDE LOS CENTROS DE SALUD

Título

REDUCCION DEL CONSUMO DE PAPEL EN EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE TRANSPORTE SANITARIO POR PARTE DE LOS USUARIO, REMITIDA DESDE LOS CENTROS DE SALUD

Autores:

REY LISO ANA ISABEL, QUINTANA GRACIA MARIA JESUS, AISA VIÑA JESUS, GOMEZ GARCIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que no pueden desplazarse clinicamente
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: Calidad en el procedimiento

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el Servicio de Cliente se genera un exceso de papel en los procedimientos administrativos. Con este proyecto se pretende reducir el uso de papel así como mejorar el procedimiento administrativo adaptando el mismo a la Ley 39/2015 de Procedimiento Administrativo Común. En definitiva un beneficio al paciente que mantendrá sus datos clínicos siempre en un soporte informático protegido y seguro, así como actualizados y susceptibles de recuperación.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Mejora de la gestión diaria del Servicio de Clientes: Reducción consumo papel en los tramites con los Equipos de Atención Primaria.
- 2.- Mejora de la calidad en la atención al usuario: Garantizar la Seguridad de datos de salud de los usuarios que establece el Servicio Aragonés de Salud, a través de un sistema de encriptación.

MÉTODO

Reunión del Servicio de Clientes, para establecer un procedimiento claro, conciso y simple que permita agilizar el trámite.

Hacer partícipes al personal de Admisión de los centros de salud de Atención Primaria Sector Zaragoza I, a través de una primera reunión para explicarles el proyecto.

Generar una cuenta de correo electrónico corporativa para envío y recepción de la documentación telemática.

Reunión con el Servicio de Informática.

Evaluación del procedimiento por parte del Servicio de Clientes.

Evaluación del procedimiento por parte del Servicio de Clientes con los Servicios de Admisión.

INDICADORES

Reducción consumo de papel en un 30%, respecto al mismo periodo de tiempo en el año anterior.

En Procedimientos encriptados, 40% de los procedimientos.

DURACIÓN

Reuniones de coordinación y seguimiento del proyecto. 1 por trimestre.

Formación al personal de Admisión de los centros de salud de Atención Primaria Sector Zaragoza I para la implantación del proyecto. 1 sesión

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1155

1. TÍTULO

URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA : AREAS PRIORITARIAS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN LABARTA MANCHO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO VITALIA OSCAR
MENDI METOLA CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-CORREO MENSUAL

El Servicio de Farmacia de AP envía cada mes a los miembros de la comisión de URM (responsables de URM en los EAP) y a coordinadores médicos de EAP un aviso sobre la disponibilidad de nuevos datos actualizados junto con información diversa:

.-Febrero (10/02/2017): nuevo apartado en intranet con información sobre riesgo anticolinérgico (RAC) (sesión ya realizada en los centros y listado de fármacos y alternativas) y medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) en ancianos (listado medicamentos-nombre comercial y enlace a alertas AEMPS)

.-Marzo (9/03/2017): información sobre interacción estatinas-sintrom.

.-Abril (7/04/2017): propuesta de realizar, en cada centro, sesión sobre "Medicamentos potencialmente inapropiados en Ancianos".

.-Mayo (4/05/2017): reunión de comisión de URM de AP para explicar el proyecto y recabar ideas, propuestas y colaboración entre los responsables de URM de los EAP.

.-Junio (14/06/2017): difusión del documento de "RECOMENDACIONES PARA EL USO DE ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS" elaborado por el grupo de trabajo designado la Subcomisión de URM del Sector Zaragoza I y se envía una sesión básica para poder presentarlo en los EAP. Se ha elaborado también una hoja de información al paciente sobre los ejercicios de Kegel, que está disponible en OMI.

.-Septiembre (7/09/2017):

Recordatorio sesión "MPI en anciano"

Recordatorio sesión "Recomendaciones antiespasmódicos urinarios"

.-Octubre (18/10/2017): difusión en intranet de la sesión "MPI en anciano"

.-Noviembre (6/11/2017): en el listado de pacientes con TW se visualiza si el paciente tiene en su historia de OMI un CIAP activo del código U99 - insuficiencia renal

.-Diciembre (5/12/2017): información sobre el uso de AINE en pacientes con riesgo cardiovascular

2.-INTRANET: Todo el contenido relacionado con este proyecto se pone a disposición de los EAP en un apartado específico de la intranet del sector, particularmente las 3 sesiones clínicas elaboradas por farmacia de AP:

Sesión "Valoración del Riesgo Anticolinérgico"

Sesión clínica "Antiespasmódicos urinarios"

Sesión clínica "Medicamentos potencialmente inapropiados en anciano"

3.-SESIONES DE SEGUIMIENTO

.-09/05/2017 - Comisión URM-AP: Se presenta el proyecto a los responsables de URM de todos los EAP y se muestra la evolución de resultados en el periodo enero-mayo 2017 en cada indicador, comparando entre sectores, instando a los responsables de URM de los EAP a analizarlo con más detalle en el Cuadro de Mandos de Farmacia para el conjunto del EAP y fomentando la revisión individualizada de todos los facultativos.

.-26/05/2017 - Junta Técnico Asistencial: se presenta el proyecto a todos los coordinadores de los EAP del sector, como proyecto impulsado desde la Dirección de AP para intentar fomentar el mayor aprovechamiento del cuadro de mandos de farmacia, intentando implicar tanto a Atención Primaria como a Atención Especializada. Este proyecto está incluido en todos los acuerdos de gestión de los centros. Se ha hecho una individualización de objetivos para cada EAP en función de la situación de partida. Mensualmente se envía un correo a coordinadores médicos y responsables de URM con nueva información para que los centros puedan aprovecharla y se insiste en que toda esta información se traslade a través de sesiones a los centros.

.-28/06/2017 - SANTA ISABEL: Informe de seguimiento hasta junio del EAP. Antonio Canales, Coordinador EAP.

.-27/09/2017 - Junta Técnico Asistencial: se entrega a todos los coordinadores:

Cuadro comparativo de resultados de todos los CIAS del EAP, sector y Aragón

Cuadro de seguimiento del proyecto de URM para cada EAP

Disponible cuadro de estadísticas de accesos por CIAS del Cuadro de Mandos con datos de febrero y agosto de 2017, pero finalmente no se entrega.

.-23/11/2017 - Comisión URM-AP:

Se presenta resumen las actividades realizadas hasta el momento desde el servicio de farmacia de AP, mostrando el contenido relacionado con este proyecto que está disponible en la intranet, y las actividades realizadas en relación con informes de seguimiento y sesiones realizadas en los centros.

Se entrega hoja modelo para realizar la memoria de seguimiento de todas las actividades realizadas en cada EAP en este proyecto asistencial.

Se muestra la evolución positiva del indicador de medicamentos inapropiados en el anciano tras las sesiones sobre este tema realizadas en 4 EAP.

Se muestra y se entrega el cuadro comparativo de los indicadores URM de todos los EAP a fecha 1 de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1155

1. TÍTULO

URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA : AREAS PRIORITARIAS

noviembre y el cuadro de seguimiento de cada EAP con los indicadores del proyecto asistencial en URM a fecha de septiembre, tal como se entregó a los coordinadores en la pasada junta técnico asistencial.

4.- SESIONES DE FORMACIÓN EN EAP:

Sesión clínica "Medicamentos potencialmente inapropiados en anciano"

- 31/05/2017 - ACTUR OESTE: MPI en ancianos, RAC. Carmen Labarta, FAP.
- 20/06/2017 - ZUERA: MPI en ancianos. Carmen Labarta, FAP.
- 21/06/2017 - SANTA ISABEL: MPI en ancianos. Carmen Labarta, FAP.
- 19/09/2017 - PICARRAL: MPI en ancianos. Carmen Labarta, FAP.
- 5/4/2017- 13/6/2017- 13/12/2017 - PICARRAL seguimiento
- 16/03/2017 -ARRABAL: Presentación del proyecto
- 5/10/2017 - LA JOTA: Seguimiento Proyecto

Sesiones Antiespasmódicos:

- 07/06/2017 - ACTUR SUR: Antiespasmódicos urinarios. Sonia Sanz y Daniel Juncosa, Residentes MFyC.
- 07/06/2017- PARQUE GOYA: Antiespasmódicos urinarios. Inmaculada Gúerri. Médico familia - Responsable URM
- 21/09/2017- ALFAJARIN: Antiespasmódicos urinarios. M^a Jesús Pérez Aranda. Médico familia - Responsable URM.
- 13/12/2017 -ARRABAL: Sesión Clínica Antiespasmódicos
- 15/11/2017 -LA JOTA: Sesión Clínica Antiespasmódicos

5.-SESIONES EN HOSPITALES:

General y por Servicios. No se realizan

6.-HOJA INFORMATIVA:

.-09/05/2017 - Comisión URM-AP:

Se presenta un modelo inicial. Se plantea hacer un diseño más visual, resumiendo con mensajes breves y cortos la intención del indicador y añadiendo la lista de medicamentos afectados, por ejemplo, en riesgo anticolinérgico y medicamentos potencialmente inapropiados en ancianos.

Se proponen, además, otras actuaciones como el envío de notificación individualizada desde dirección AP en indicadores que afectan a pocos pacientes (AINE en RCV, doble bloqueo SRA). Aunque también se pone de manifiesto que una vez revisado el listado de pacientes afectados por este doble bloqueo SRA se comprueba que todos han sido tratamientos iniciados por atención hospitalaria

.-23/11/2017 - Comisión URM-AP:

Se hace propuesta de hoja informativa abordando sólo los indicadores relacionados con problemas de seguridad, lo que permite realizar un diseño más visual. Se ofrece la posibilidad de incluir enlaces a los apartados relacionados de la intranet o documentación de Internet, pero dado que el uso más común será en formato papel se desecha esta opción.

.-11/12/2017 -Comisión URM-AP :Formato definitivo de la hoja

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.-INDICADOR N°1

El proyecto se basa en la información sobre indicadores y actuaciones de URM que está disponible en el Cuadro de Mandos de Farmacia (CMF).

La evaluación se realizará con los datos correspondientes a diciembre, disponibles en CMF a principios de enero.

INDICADORES DE INDICACIÓN:

- 1.- Pacientes en prevención secundaria tratados con con estatinas
- 2.- Pacientes en prevención primaria con tratamiento hipolipemiente combinado

INDICADORES DE EFECTIVIDAD

- 3.-Pacientes tratados con medicamentos no efectivos

INDICADORES DE SEGURIDAD

- 4.-Uso de medicamentos potencialmente inadecuados en el anciano (>75 años)
- 5.- Uso de medicamentos de riesgo anticolinérgico elevado en el anciano
- 6.- Pacientes tratados con triple Whammy
- 7.- Pacientes tratados con doble bloqueo Sistema Renina Angiotensina Aldosterona
- 8.-Pacientes de alto riesgo cardiovascular tratado con AINES

INDICADORES DE EFICIENCIA

- 9.-Selección ineficiente de estatinas
- 10.-Selección ineficiente de IBP

INDICADORES DE INDICACIÓN:

- 1.- Pacientes en prevención secundaria tratados con estatinas: Valor: 68,88%, mejoría respecto al 2016 (66,91%). Valores dentro de rango en todos los EAP, destacando 3 de ellos que obtienen resultados por encima de los valores máximos. Resultados similares al total Aragón: 68,44%.
- 2.- Pacientes en prevención primaria con tratamiento hipolipemiente combinado: Valor por encima de rango

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1155

1. TÍTULO

URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA : AREAS PRIORITARIAS

10,17% (10,1-4,7). Empeora resultado con respecto a 2016 (9,54). Sólo 3 EAP están fuera de rango con cifras muy elevadas, entre 16,35 y 18,33% que son los que hace que el sector no cumpla este objetivo. Resultados peores que total Aragón.

INDICADORES DE EFECTIVIDAD

3.-Pacientes tratados con medicamentos no efectivos:

.Pacientes tratados con SYSADOA : ha empeorado el indicador con un aumento de 305 pacientes

.Pacientes tratados con CITICOLINA: mejoría de los resultados con 47 pacientes menos.

INDICADORES DE SEGURIDAD

4.-Uso de medicamentos potencialmente inadecuados en el anciano (>75 años): Resultados de 14.06%, dentro de rango y mejores respecto a 2016 (14, 96%). Destacan con malos resultados tres EAP con valores entre 16,35 y 18,33% el resto están dentro de rango. Resultados por debajo de total Aragón.

5.- Uso de medicamentos de riesgo anticolinérgico elevado en el anciano: Valores de 14,38%, dentro de rango. Con mejora mínima con respecto a 2016(14,56). Hay 6 EAP fuera de rango con valores de hasta el 20%

6.- Pacientes tratados con triple Whammy: Partimos de cifras absolutas de 1977 pacientes en 2016 y hemos conseguido una disminución a 1575 (402 pacientes)

7.- Pacientes tratados con doble bloqueo Sistema Renina Angiotensina Aldosterona: Valores de 0,83%, dentro de rango, con mejoría respecto a 2016 (0,99%). Datos similares al resto de Aragón.

8.-Pacientes de alto riesgo cardiovascular tratado con AINES: valores de 7,44%. Mejoría respecto a 2016: 8,64%. Siete de los EAP con muy buenos resultados, por encima de los valores esperados. El resto fuera de rango.

INDICADORES DE EFICIENCIA

9.-Selección ineficiente de estatinas: valores dentro de rango 16,89%, con una pequeña mejora con respecto a los datos de 2016 17%. Hay que destacar que sólo tres EAP están fuera de rango, con valores de hasta el 33%.

10.-Selección ineficiente de IBP: Valores de 72,62% en 2017, ha empeorado con respecto a 201675,18%, centrado en 5 EAP, el resto con resultados por encima de la media de Aragón.

2.-INDICADOR N°2:

Hoja informativa editada y pendiente de difundir en atención primaria y hospitalaria

Se ha elaborado la hoja informativa sobre indicadores relacionados con problemas de seguridad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.- No ha sido posible conseguir la implicación de atención especializada.

2.- Cambio de actitud de los profesionales en cuanto al uso del cuadro de mandos de Farmacia para tener información en tiempo real del seguimiento de los indicadores de URM.

Mantener la Comisión del URM en AP, que sea la responsable de monitorizar el seguimiento de los indicadores en cada EAP

3.- Elevado número de indicadores a monitorizar: Se ha intentado hacer una individualización de objetivos por EAP para todos los indicadores de URM disponibles en el Cuadro de Mandos de Farmacia, lo que complica elaborar cuadros de seguimiento.

4.-Para próximos proyectos sería deseable hacer una selección de indicadores por EAP, tres o cuatro y de forma consensuada con el EAP, con los mismos objetivos de Contrato-Programa, y hacer intervenciones específicas sobre ellos, en vez de plantear todos los objetivos para todos los EAP.

Se propone realizar esta selección en los objetivos que van a evaluarse y que sean estos los que se trabajen para el año próximo.

5.-Se propone implicar a los EAPS en la monitorización de los indicadores, de tal forma que cada mes se recuerde la importancia/justificación de un indicador concreto, y se trabaje de forma proactiva en él.

6.-En aquellos equipos en los que se detecte una desviación continuada en los indicadores con respecto a los rangos marcados, se realizará una sesión específica para apoyar el trabajo en esos puntos concretos. Al igual que en todos los centros que lo requieran.

7.-En los 4 EAP en los que se ha impartido la sesión clínica sobre "Medicamentos potencialmente inapropiados en el anciano" se observa una mejora en los resultados en durante los 5-6 meses siguientes (descenso del uso de MPI en ancianos), apreciándose a partir de entonces ligeros aumentos en los resultados del indicador. En conjunto, en el periodo Enero 2017-Enero 2018 estos cuatro EAP tienen descensos en este indicador superiores a la media del sector.

7. OBSERVACIONES.

Se debería de insistir en implicar a profesionales de atención especializada, tanto facultativos como farmacéuticos para la mejora en URM, ya que un porcentaje de prescripción en AP es diferida de Atención Especializada

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1155 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1155

1. TÍTULO

URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA : AREAS PRIORITARIAS

Nº de registro: 1155

Título
URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA: AREAS PRIORITARIAS 2017

Autores:
LABARTA MANCHO CARMEN, GALINDO CHICO MIGUEL, NAVARRO VITALLA OSCAR, MENDI METOLA CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Proyecto orientado a conseguir el mayor grado de aprovechamiento posible de las oportunidades que ofrece el nuevo cuadro de mandos de farmacia para la mejora de la farmacoterapia con la implicación de Atención Primaria y Hospitalaria

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la farmacoterapia en aspectos seleccionados de INDICACIÓN, EFECTIVIDAD, SEGURIDAD y EFICIENCIA, fomentando la utilización y aprovechamiento del nuevo Cuadro de Mandos de Farmacia (CMF)
2. Facilitar la coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria

MÉTODO
- Actividad coordinada desde la Comisión de URM de AP y con participación de la Subcomisión de URM del sector.
- Elaboración de una hoja informativa sobre las áreas prioritarias de URM en 2017 para difusión tanto en AP como en Hospitales.
- Aviso mensual por correo electrónico de la disponibilidad de nuevos datos en CMF al Responsable de URM del EAP y a los coordinadores de AP.
- Sesiones de formación y seguimiento en EAP
- Sesiones en Hospitales: General y por servicios.

INDICADORES
Indicador 1. Se utilizarán los indicadores e información disponibles en el CMF.
Indicadores de INDICACIÓN:
1. Pacientes en prevención secundaria tratados con estatinas (%)
2. Pacientes en prevención primaria con tratamiento hipolipemiante combinado (%)
Indicadores de EFECTIVIDAD:
3. Pacientes tratados con medicamentos no efectivos: SYSADOA, Citicolina (nº)
Indicadores de SEGURIDAD:
4. Uso de Medicamentos Potencialmente inapropiados en anciano (>75 años) (%)
5. Uso de Medicamentos de Riesgo anticolinérgico elevado en anciano (> 75 años) (%)
6. Pacientes tratados con Triple Whammy (IECA o ARAII+ diurético+AINE) (nº)
7. Pacientes tratados con Doble Bloqueo Sistema Renina Angiotensina (IECA, ARAII o aliskiren) (%)
8. Pacientes de alto Riesgo Cardiovascular tratados con AINE (%)
Indicadores de EFICIENCIA:
9. Selección ineficiente de estatinas (%)
10. Selección ineficiente de IBP (%)

Indicador 2. Hoja informativa editada y difundida en atención primaria y hospitalaria

DURACIÓN
Planificación: Noviembre-Diciembre 2016
Duración: 1 año (2017)
Evaluación de resultados: Diciembre 2017
Responsables:
- Dirección AP Sector Zaragoza I
- Farmacéutico AP Sector Zaragoza I
- Responsables de URM de los EAP / miembros Comisión URM en AP
- Miembros Subcomisión URM del sector I

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1155

1. TÍTULO

URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA : AREAS PRIORITARIAS

OBSERVACIONES

Se consideran áreas prioritarias para 2017 aquellas áreas con información disponible en CMF a fecha de noviembre 2016.

Para mejorar la estimación de indicadores se hacen dos salvedades:

- Si fuera posible incluir el criterio edad (> 75 años) en los indicadores en los que no está, el proyecto podría priorizar las actuaciones en el paciente anciano.
- Sería de interés incluir en los indicadores criterios de exclusión como: Pacientes con código CIAP Z28 (Social minusvalía/discapacidad/ dependencia) y pacientes con código CIAP A99 (Terminal (Paciente)).

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1160

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA EN LAS PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO REHABILITADOR Y/O FISIOTERAPEUTICO

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ALICIA CASCANTE MARTINEZ
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARAGÜES BRAVO JUAN CARLOS
GALINDO CHICO MIGUEL
PEREZ BENITO MARINA
ARAKISTAIN MARKINA MIRIAN
BAÑOS MORALES SARA
DIAZ-PLAZA ARA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Cronograma de implantación:

Enero 2016: Elaboración de un documento de consenso. El grupo de trabajo mantuvo hasta 3 reuniones a lo largo del 2016. En Abril de 2016 se firma el documento definitivo.

Abril-septiembre 2016: Se difunde entre los profesionales de fisioterapia.

Septiembre 2016: Reunión del grupo de trabajo y primera revisión del protocolo.

Enero 2017: La DAP elabora e incorpora un documento anexo: Circuito de devolución de interconsultas no ajustadas a protocolo.

Junio 2017: Reunión con todos los fisios acordandose unificar todas las agendas.

2. Plan de comunicación:

Enero-Mayo 2017: Los fisioterapeutas de AP difunden el protocolo en los equipos que tienen asignados.

Mayo 2017: La DAP comunica a los fisioterapeutas el circuito de devolución de interconsultas.

Mayo 2017: En JTA también se comunica el protocolo a todos los coordinadores de equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

3. Evaluación de resultados:

La difusión del protocolo ha sido la adecuada. (Existe calendario de sesiones)

Las agendas de las UFAP están unificadas y son homogéneas.

Se han recibido 117 IC consideradas no adecuadas a protocolo, de las cuales 98 han sido tramitadas con respuesta al profesional emisor según circuito establecido.

Días de demora: Se hicieron 4 cortes de seguimiento de la demora media en cada UFAP, marzo, junio, octubre y diciembre. A lo largo del año existe un buen comportamiento en 4 de las 6 UFAP (Actur Oeste, Actur Sur, Santa Isabel y Parque Goya) con una disminución de la demora media en algunos casos significativa.

En términos de Sector se ha conseguido reducir de 75 a 55 los días de demora media.

Existe un documento en donde se recogen todos estos datos desglosados para su consulta si fuera preciso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4. Impacto del proyecto:

Se han conseguido la mayoría de los objetivos previstos.

Tras evaluar estos resultados, se procedió a estudiar otros factores que influyesen en las UFAP donde no se ha producido este efecto positivo, La Jota y Picarral, en esta última se observó que tienen la mayor tasa de derivación desde AP del Sector con un 3,23%, un punto porcentual por encima de la media que explicaría el pobre impacto de este proyecto. Este punto puede ser motivo de análisis y propuesta de soluciones para un proyecto propio en el futuro.

A cierre de esta memoria no se han podido extraer datos referentes a especializada.

5. Sostenibilidad:

Hay que tener en cuenta que la difusión del proyecto se realizó entre enero y mayo de 2017, por lo que es normal y positivo ver resultados a partir de entonces. El primer corte en donde empieza a observarse mejoría es el de octubre, manteniéndose la misma tendencia a cierre de diciembre de 2017.

Es por ello que aunque el programa se cierra como tal, desde la DAP y las UFAP se seguirán monitorizando resultados y manteniendo en formato de sesiones clínicas la difusión y comunicación de cualquier revisión del protocolo realizado. El hecho de que en 2018 se comience a trabajar en un programa de manejo de la patología musculoesquelética apoya esta medida, ya que el buen funcionamiento de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria es un pilar fundamental para conseguir buenos resultados.

A pesar de haberse reducido la demora en estas Unidades, esta sigue siendo alta (en torno a 2 meses de media), por lo que una medida que hay que plantearse es la de aumentar los RRHH en fisioterapia.

El proyecto es implementable en otros Sectores.

7. OBSERVACIONES.

Existe un documento memoria en donde se recogen todos los datos de forma pormenorizada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1160

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA EN LAS PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO REHABILITADOR Y/O FISIOTERAPEUTICO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1160 ===== ***

Nº de registro: 1160

Título
CRITERIOS DE DERIVACION A FISIOTERAPIA-RHB HOSPITALARIA

Autores:
CASCANTE MARTINEZ ALICIA, ARAGÜES BRAVO JOSE CARLOS, GALINDO CHICO MIGUEL, PEREZ BENITO MARINA, ARAKISTAIN MARKINA MIRIAM, LAHUERTA JARQUE AMPARO, BAÑOS MORALES SARA, DIAZ-PLAJA ARA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1. Gran variabilidad en la atención a pacientes con patología del aparato locomotor susceptibles de rehabilitación.
2. Alta prevalencia de patologías relacionadas.
3. Se hace preciso definir los circuitos de estos pacientes entre ambos niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Disminución tiempo de demora en primera visita de fisioterapia.
2. Unificar criterios de derivación que conlleven un tratamiento óptimo para las diferentes patologías susceptibles de tratamiento rehabilitador.
3. Mejorar la cumplimentación del volante de interconsulta.
4. Mejora de registro en OMI-AP

MÉTODO
1. Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar. Finalizado
2. Elaboración de un documento de consenso, donde se recogen los criterios consensuados para facilitar la toma de decisiones en la derivación de patología musculoesquelética a las UFAP o a RHB hospitalaria. Finalizado.
3. Difusión en formato de sesiones clínicas impartidas por los fisios de Sector a todos los facultativos de AP del Sector I. Difusión a nivel especialidades hospitalarias susceptibles. Finalizado.
4. Seguimiento en formato de cortes periódicos de atención a tiempo o demoras en las distintas UFAP.
5. Seguimiento de la correcta derivación tanto desde AP como desde diferentes especialidades hospitalarias a las UFAP. Corresponde a la DAP: Corrección de errores de derivación.

INDICADORES
1. % de pacientes correctamente derivados
2. Disminución de las demoras medias en las UFAP

DURACIÓN
1. Grupo de trabajo. Enero 2016
2. Primer documento de consenso finalizado. Marzo 2016
3. Revisión. Septiembre 2016
4. Difusión a los profesionales médicos. Septiembre-Diciembre 2016

OBSERVACIONES
El proyecto sigue activo en el año 2017 con el mismo seguimiento y reuniones periódicas del grupo de trabajo.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1160

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA EN LAS PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO REHABILITADOR Y/O FISIOTERAPEUTICO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1178

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA PARA EL MANEJO DEL HOMBRO DOLOROSO EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL GALINDO CHICO

- Profesión MEDICO/A
- Centro DAP ZARAGOZA 1
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAMIREZ ALESON VICTORIA
CANALES CORTES VICENTE
BARTOLOME MORENO CRUZ
ANDRES PELEGRIN SARA
COMELLA DORDA MARTA
DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL
CASA MORAGA MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Cronograma de implantación:

- Se recogió bibliografía de las principales guías clínicas sobre el manejo del hombro doloroso y se adaptaron en varias reuniones de consenso a la realidad del Sector.
- El grupo de trabajo responsable de elaborar un documento de consenso entre AP y Hospitalaria tuvo su primera reunión en enero de 2016.
- Mantuvo 2 reuniones más a lo largo del mismo año, hasta que en mayo de 2016 se elaboró el documento definitivo (Deposito legal Z-606-2016)
- Implantación prevista en todos los EAP durante el primer semestre de 2017

2. Plan de comunicación:

- El documento completo y su algoritmo se publica en la Intranet del Sector I para su consulta.
- Enero-mayo de 2017 se difunde entre los distintos EAP.
- En mayo de 2017, y en Junta Técnico Asistencial la DAP también presenta el proyecto a todos los coordinadores de equipo. Se ha editado en la Intranet de la Unidad Docente del Sector I un video explicativo del protocolo en formato de presentación clínica. Se recomienda que todos los EAP visualicen este video en formato de sesión o de forma individual por profesional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

3. Evaluación de resultados:

- La difusión e implantación del protocolo ha sido la adecuada para documentos de estas características.
- OMI-AP: Pacientes con diagnóstico de hombro doloroso (L92) a los que se les solicita RMN/pacientes con diagnóstico de hombro doloroso con algún registro en el último año (%): 177/2311= 7,66%. En 2016 alcanzamos el 6,10% por lo que no se alcanza el objetivo de disminuir su porcentaje con respecto al año anterior.
- OMI-AP: Pacientes con diagnóstico de hombro doloroso (L92) y derivados a Fisioterapia de AP/total de pacientes diagnosticados de hombro doloroso con algún registro en el último año (%): 477/2311= 20,6%. En 2016 este porcentaje fue del 20,75%, por lo que se mantiene la misma tendencia.
- El indicador hospitalario nos ha sido imposible volcar dada la complejidad de obtener disgregado el ítem de rotura de manguito de rotadores al estar codificado con un CIAP que engloba todos los procesos de hombro doloroso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4. Impacto del Proyecto:

Se ha trabajado en un documento para el manejo de esta patología consensuado por AP/Hospitalaria y en base a las recomendaciones recogidas en las últimas guías médicas.

Se ha implementado en la intranet del Sector, así como editado un video en formato de sesión clínica para su consulta.

A la hora de analizar los resultados en indicadores, a pesar de obtener los datos de todo el año natural, hay que tener en cuenta que la difusión del proyecto fue efectiva a partir de mayo-junio de 2017.

Para el indicador de solicitud de RMN, cuyo objetivo para el 2017 era bajar del 6,10% de resonancias de hombro solicitadas en 2016, si analizamos el comportamiento centro por centro, 7 de los 13 centros de salud cumplen con el objetivo previsto. Por contra se observa que sobre todo en 4 de los 13 centros de salud el porcentaje de incremento es muy notable, entre 3 y 6 puntos porcentuales más que en 2016. Identificados estos equipos, será labor para el año 2018 estudiar las causas y promover acciones de mejora en los mismos. Todo ello en el ámbito de futuras propuestas para proyectos de mejora que presenten estos equipos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1178

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA PARA EL MANEJO DEL HOMBRO DOLOROSO EN EL SECTOR ZARAGOZA I

5. Sostenibilidad y capacidad de extensión:

A pesar de dar por finalizado el proyecto, en el año 2018 se tiene previsto incluir en CP el proyecto en el manejo de la patología musculoesquelética, por lo que este protocolo en el manejo del hombro doloroso será incluido en el mismo.

Se mantendrá la monitorización de los indicadores marcados y se pondrá especial interés en la mejora de resultados en 4 de los 13 centros de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1178 ===== ***

Nº de registro: 1178

Título
PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA PARA EL MANEJO DEL HOMBRO DOLOROSO EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
GALINDO CHICO MIGUEL, RAMIREZ ALESON VICTORIA, CANALES CORTES VICENTE, BARTOLOME MORENO CRUZ, ANDRES PELEGRIN SARA, COMELLA DORDA MARTA, DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL, CASA MORAGA MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

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 .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El hombro doloroso es un problema de salud muy común y una causa muy importante de gastos médicos, absentismo laboral y discapacidad.
Existe una gran variabilidad en el proceso de atención a estos pacientes, lo que ocasiona problemas tanto en los circuitos asistenciales que siguen, como en la utilización de los diferentes dispositivos y recursos, así como en los resultados y calidad asistencial final que reciben estos enfermos.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proceso es definir de forma consensuada entre los diferentes niveles asistenciales y especialidades médicas implicadas, los circuitos básicos para la atención y derivación de los pacientes afectados en el Sector Zaragoza I.
El propósito final es mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

MÉTODO

Se formó un grupo de trabajo con profesionales de todas las especialidades médicas implicadas y de los diferentes niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada). Se recogió bibliografía de las principales guías clínicas sobre el manejo del hombro doloroso y se adaptaron en varias reuniones de consenso a la realidad del Sector I.
Mediante diagramas de flujo, tratamos de reflejar el proceso y sus circuitos asistenciales de la forma más sencilla y gráfica posible para favorecer su consulta y toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios.
A lo largo del primer semestre de 2017 se dará difusión a todos los EAP y especialidades comprometidas.

INDICADORES

Se ha seleccionado una parrilla de indicadores para monitorizar y evaluar el grado de implantación del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1178

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA PARA EL MANEJO DEL HOMBRO DOLOROSO EN EL SECTOR ZARAGOZA I

proceso diseñado y ofrecer a los profesionales implicados un feed-back periódico sobre la efectividad del mismo.

1. OMI-AP: pacientes con diagnostico de hombro doloroso (L92) y derivados a Fisioterapia de AP / total de pacientes diagnosticados de hombro doloroso con algún registro en el último año (%).
2. OMI-AP: pacientes con diagnostico de hombro doloroso (L92) a los que se les solicita RM / pacientes con diagnostico de hombro doloroso con algún registro en el último año (%).
3. Hospital: pacientes derivados desde AP a Traumatología y diagnostico confirmado de rotura del manguito de los rotadores / total de pacientes derivados desde AP a Traumatología por patología de hombro (%).

DURACIÓN

Grupo de trabajo y documento definitivo. Mayo 2016
Revisiones. 1er. semestre 2017
Sesiones clínicas EAP. 1er. semestre 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 - 2016/1589

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE RIESGOS EN IMPLANTACIÓN DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. AMFE DE DISEÑO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE CAROLINA MENDI METOLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO VITALLA OSCAR
CLERENCIA CASORRAN CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Febrero Marzo_2017:

Asistencia y participación en Taller / Seminario : Gestión de Riesgos y Plan de Contingencias.
Presentación de Trabajo Colectivo: AMFE de Diseño, La Interconsulta Virtual (ICV) y el Proceso de Continuidad Asistencial entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE).

2.- Abril_Mayo 2017:

Realización del ejercicio de AMFE de Diseño para la ICV de AP-AE en el Sector1 Zaragoza: Selección y Priorización de Fallos y Propuestas de Mejora.

3.- Junio 2017:

Asistencia y Participación en Grupo de trabajo en gestión de riesgos en ap (xv jornadas de trabajo sobre calidad en salud y xiii congreso de la sociedad aragonesa de calidad asistencial, y presentación del Ejercicio AMFE de Diseño de ICV.

4.- Junio_Julio 2017:

Gestión de los 5 "Fallos Priorizados en AMFE" para el diseño del proceso de continuidad asistencial entre atención primaria y atención especializada (consulta virtual)

5.- Julio_2017:

Elaboración, Discusión y Consenso del documento del Proceso de continuidad asistencial entre atención primaria y atención especializada (Consulta Virtual) y Algoritmo de Decisión en la Gestión de la ICV.

6.- Septiembre 2017.

Presentación en la Junta Técnico Asistencial de 27/09/2017 a los responsables y Coordinadores de equipos de AP del documento del Proceso de continuidad asistencial entre atención primaria y atención especializada (Consulta Virtual) y Algoritmo de Decisión en la Gestión de la ICV.
Presentación de las especialidades medicas priorizadas y cronograma de implantación de la ICV en Centros de Salud del Sector.

7.- Junio _ Diciembre 2017:

Reuniones de coordinación con AE para la difusión, y puesta en marcha de la ICV en los EAP del Sector 1.
Sesiones de presentación por especialidad en ICV en los Equipos de AP implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1- Resolución de mejoras en diseño. Fallos resueltos del total de fallos previstos en el diseño. : Identificados y Tratados 5 fallos: 1: MF no identifica respuesta ICV en buzón Ordenes Pendientes. No conoce contestación FEA a ICV en OMI-AP, 2: MF no Informa ICV al paciente; 3: FEA no Informa, no lee, no resuelve ICV; 4: FEA solicita pruebas a MF/Devuelve paciente a AP; 5: Gestión de la cita a PAciente. pacientes pendientes de cita de resolución.

2- Resolución de mejoras en ejecución. Fallos resueltos del total de fallos e incidencias identificadas en la ejecución de la ICV. (Mismo Indicador Anterior)

3- Implantación de la ICV: Porcentaje de profesionales de Atención Primaria ejecutando ICV.: 100% de profesionales AP esta realizando ICV

4- Implantación de la ICV: Porcentaje de profesionales de Atención Especializada ejecutando ICV. : 54'5%: Especialidades realizando ICV a Diciembre de 2017: 11: cirugía general y digestiva; digestivo: endocrinología y nutrición; hematología clínica; medicina interna; nefrología; neumología; neurología; pediatría hospital; reumatología; urología; Especialidades No Incluidas 2; Cardiología; Alergología; Total de alcance de implantación del Sistema: 82%

5- Implantación de la ICV: Porcentaje de ICV del total de interconsultas solicitadas por Atención Primaria.: el 44,81% (datos de Nov y diciembre de 2018)

3392	Solicitadas
1520	Valoradas por ICV
44,81%	% Valoradas por ICV
481	ICV resueltas
31,64%	% resueltas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1589

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE RIESGOS EN IMPLANTACIÓN DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. AMFE DE DISEÑO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación del Sistema de Interconsulta Virtual supone una importante innovación en la relación y comunicación entre AP Y AE

Con la elaboración de nuevas rutinas de comunicación e interacción:

La Técnica de priorización de fallos en la fase de diseño, ha permitido diseñar un procedimiento operativo que ha minimizado los riesgos inherentes a toda nueva acción en la organización.

Dificultades: Exigencia metodológica; Disponibilidad temporal; Diversidad de intereses, AE-AP, Directivos y PPSS, Nuevas tecnologías y plataformas de comunicación;

Beneficios: Innovación; implementación y desarrollo de nuevas utilidades; Implicación Colectiva. Aprendizaje dinámico

Conclusion. El uso de la Gestión de Riesgos en el Diseño de un nuevo Procedimiento minimiza los errores previsibles en la implantación y aumenta la probabilidad de éxito del PO. Aumenta la competencia de la organización y su comportamiento eficiente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1589 ===== ***

Nº de registro: 1589

Título
PREVENCIÓN DE RIESGOS EN IMPLANTACIÓN DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA.
AMFE DE DISEÑO

Autores:
MENDI METOLA CAROLINA, GALINDO CHICO MIGUEL, NAVARRO VITALLA OSCAR, CLERENCIA CASORRAN CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos los profesionales
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) es un procedimiento que previene fallos en un proceso o sistema que se está o se quiere implantar en una organización.

El AMFE es utilizado habitualmente por empresas, pero se está implantando esta técnica de priorización (preventiva) de problemas y fallos en los servicios.

En la actualidad el Sector I de Zaragoza se está implantando la interconsulta virtual (ICV) como un nuevo procedimiento de comunicación y consulta clínica entre Atención Primaria y Atención Especializada. Este procedimiento de nuevo diseño implica el desarrollo de ingeniería de soporte en los registros clínicos y una nueva instrucción para realizar la interconsulta entre el médico de familia y el médico especialista.

RESULTADOS ESPERADOS

Prevenir fallos de diseño en las herramientas de soporte, en la instrucción (Procedimiento) de trabajo de la ICV, y en la implantación de todo el proceso en los Equipos de Atención Primaria y en los Servicios de Atención Especializada.

MÉTODO

Fases del proyecto:

- 1- Redacción del procedimiento o instrucción de ICV.
- 2- Diseño de la herramienta de gestión de ICV: Registro clínico (HCE-OMI-AP).
- 3- Análisis y realización de AMFE de diseño:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1589

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE RIESGOS EN IMPLANTACIÓN DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. AMFE DE DISEÑO

- 3.1 - Identificación y listado de fallos en la ICV.
- 3.2 - Priorización de fallos según AMFE y selección de oportunidades de mejora.
- 3.3 - Intervención en fallos seleccionados.
- 4- Implantación de un sistema de comunicación y notificación de fallos o incidencias no previstos en la implantación de ICV.
- 5- Análisis de la resolución de las propuestas de mejora.
- 6- Comunicación y formación a los profesionales de las mejoras y correcciones realizadas tras la resolución de fallos e incidencias detectados en el procedimiento de ICV.

INDICADORES

Indicadores.

- 1- Resolución de mejoras en diseño. Fallos resueltos del total de fallos previstos en el diseño.
- 2- Resolución de mejoras en ejecución. Fallos resueltos del total de fallos e incidencias identificadas en la ejecución de la ICV.
- 3- Implantación de la ICV: Porcentaje de profesionales de Atención Primaria ejecutando ICV.
- 4- Implantación de la ICV: Porcentaje de profesionales de Atención Especializada ejecutando ICV.
- 5- Implantación de la ICV: Porcentaje de ICV del total de interconsultas solicitadas por Atención Primaria.

DURACIÓN

Mayo Diciembre 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 - 2016/1597

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UNA INTRANET (COMO SERVICIO WEB) PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ENRIQUE LLAMAS AGUNDEZ
· Profesión TECNICO SUPERIOR DE INFORMATICA
· Centro DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LARREA GIMENO JOSE LUIS
CLERENCIA CASORRAN CARLOS
NAVARRO VITALLA OSCAR
GRAN SERON SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Noviembre _ Diciembre 2016 : Creación del grupo de trabajo: Reuniones diseño preliminar del Sitio; Priorización de necesidades y recursos para el desarrollo de la Intranet. Cronograma de Desarrollo. Ejecuta el Grupo de Direccion.

2.-Enero 2017:.. Elección de Gestor de Contenidos: Drupal. Ejecuta el grupo tecnico

3.- Enero _ febrero 2017: Operativa de trabajo: selección de contenidos, elección y organización de menús desplegados y Interfaz de presentación.

4.- Febrero 2017: elección de Herramientas y aplicaciones. Diseño del Interface y realización del Mapa Web. Utilidades, Servicios y Funcionalidades

5 .- Marzo_ Abril 2017. Difusión de un piloto del Servicio WEB a unidades administrativas técnicas y directivas de AP del Sector 1.

6 .- Mayo 2017 : Valoración de Pilotaje y Priorización de nuevas funcionalidades; Gestor de la Formación Continuada de AP.

7.- Junio 2017 Implementación del Servicio Web en DAP_S1. Difusión del Gestor de FC a equipos de AP en modo prueba.

8.- Noviembre 2017: Amediada que se incrementa las sugerencias y mejoras a las funcionalidades implantadas. Correccion. Ejecuta Grupo Tecnico.

9.- Diciembre 2017: Valoración de funcionamiento de Servicio WEB y Funcionalidades implantadas. Y eleccion de nuevas funcionalidades y aplicaciones para 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización del Sitio Web: Implementacion

Resultado: Alcanzado.

Sitio Web realizado, ejecutado y en funcionamiento. Julio 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Da servicio a la gente con la que trabajamos

Accesibilidad Profesionales

Acceso más eficiente al procedimiento administrativo

Agiliza y reduce trámites

Extensión de uso e incorporación de equipos de atención primaria e implicación de los directivos en el uso de la intranet

Dificultades: Capacitación de los nuevos usuarios para el uso de herramientas informáticas

Retos pendientes: Integración en una intranet del sector

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1597 ===== ***

Nº de registro: 1597

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1597

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UNA INTRANET (COMO SERVICIO WEB) PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA

Título
DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UNA INTRANET (COMO SERVICIO WEB) PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA

Autores:
LLAMAS AGUNDEZ ENRIQUE, LARREA GIMENO JOSE LUIS, CLERENCIA CASORRAN CARLOS, GALINDO CHICO MIGUEL, MENDI METOLA CAROLINA, NAVARRO VITALLA OSCAR, GRAN SERON SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No corresponde
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Desburocratizacion

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La comunicación inmediata, el respaldo documental, la información y los recursos disponibles del medio digital a través de redes telemáticas en cualquiera de sus niveles de profundidad, desde Internet a las Redes Corporativas (Intranet's), crece exponencialmente. En una organización de servicios que requiere múltiples facetas de gestión de la información, documentos, registros, formularios, y variadas situaciones de uso, administrativo, clínico, formativo, investigador, así como múltiples niveles de habilidad de los usuarios, puede generar "infoxicacion" en el usuario final y su desestimiento

Esta herramienta pretende dar visibilidad, difusión y accesibilidad en un espacio propio a las diferentes recursos, actividades, información y gestiones que se realiza en el ámbito de la AP en el marco de la intranet del Sector, focalizando en un punto de referencia que disminuya eficazmente la dispersión de los usuarios y los recursos que necesitan para complementar la actividad asistencial diaria

RESULTADOS ESPERADOS

- .- Creación de una Web de servicio para Atención Primaria, dirección y Centros, integrada en la Intranet del Sector1
- .- Aumentar el impacto de la información y comunicación entre DAP y el personal y las recomendaciones e instrucciones con los profesionales de los Centros y Unidades de AP del Sector, mejorando la diseminación y difusión de la información para una comunicación mas efectiva.
- .- Facilitar y desburocratizar la tramitación y gestión de procedimientos y otros servicios generales entre DAP y los centros con el objetivo de mejorar la eficiencia de los procesos administrativos.

MÉTODO

- .- Espacio Web donde se ubicaran los diferentes servicios.
- .- Repositorio Documental.
- .- Gestor de Documentos
- .- Utilidades de búsqueda y entrega de información y Documentos .
- .- Utilidades de Servicio: Contadores, Agenda, Tablón ..etc.

- 1.- Creación del grupo de trabajo: diseño preliminar del Sitio
- 2.- Operativa de trabajo: selección de contenidos, herramientas y aplicaciones.
- 3.-Priorización necesidades y recursos
- 4.- Cronograma
- 5.- Diseño interface, y MapaWeb
- 6.- Utilidades, Servicios y Funcionalidades
- 7.- Implementacion.

Frente a metodología convencional de diseño de un producto, predictiva y secuencial, basada en procesos, se propone avanzar en el diseño del producto con una metodología ágil basada en incrementos e interacciones de las diferentes fases de diseño, implementación y pruebas como recomienda la Metodología SCRUM para la gestión de proyectos con equipos reducidos y multidisciplinares.

INDICADORES

Realización del Sitio Web: Implementacion

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1597

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UNA INTRANET (COMO SERVICIO WEB) PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA

DURACIÓN

12 meses: Diciembre 2016-2017

1.-Diciembre 2016

2.-Diciembre -Enero 2016

3; 4.- Enero 2016

5,6,7.- MAYO- OCTUBRE 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 - 2016/1749

1. TÍTULO

ASESORIA EDUCATIVA. PARENTALIDAD POSITIVA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE INMACULADA MARCO ARNAU
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro USM INFANTO JUVENIL ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La difusión de la actividad se realiza: Desde las consultas de pediatría del sector. Carteles informativos en los Centros de Salud. Información mediante las AMPAS de colegios de la zona.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las encuestas de satisfacción han sido altamente satisfactoria, se realizan a través de la web:
<https://osinteresa.com/>

El número de asistentes no ha alcanzado objetivos, nos planteamos problemas para difusión y localización de la actividad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se proyecta trasladar la actividad al C.S. Parque Goya, sala de docencia. Centro donde la población es joven, el volumen de niños es mayor y los pediatras se han interesado en colaborar ya que observan que la demanda de la zona hace conveniente un programa del carácter del ofrecido.

7. OBSERVACIONES.

Es un programa de colaboración Atención Primaria y Salud Mental, dirigido a todo el sector, la ubicación podrá interesar que se realice de forma rotativa en los diferentes centros de salud (Actur Oeste, Actur Sur, Actur Norte, Arrabal, Picarral, Santa Isabel y Parque Goya) pertenecientes al Sector Sanitario I de Zaragoza.. El objetivo es que se conozca mejor y acercarlo a toda la población

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1749 ===== ***

Nº de registro: 1749

Título
ASESORIA EDUCATIVA. PARENTALIDAD POSITIVA

Autores:
MARCO ARNAU INMACULADA, TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM INFANTO JUVENIL ACTUR OESTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Problemas educativos con sus hijos
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El programa, de índole eminentemente preventiva y de promoción de la salud, coloca el acento en la vertiente educativa de las pautas de crianza y centra sus esfuerzos en el desarrollo de competencias y habilidades en el seno familiar.

Es un proyecto que se inicia en el año 2000 justificado por el notable incremento de las demandas planteadas en los servicios de pediatría y salud mental infanto-juvenil en torno a los problemas de conducta, fracaso escolar y conflictos de personalidad, observación compartida desde otros ámbitos (Educación, Servicios sociales...), y que su estudio clínico muestra una especial relevancia de los factores relacionados con las dinámicas familiares y un estilo educativo particularmente desorientado.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1749

1. TÍTULO

ASESORIA EDUCATIVA. PARENTALIDAD POSITIVA

Objetivos generales:

-Actuar preventivamente hacia los factores de la personalidad que dependen de la educación y poseen incidencia importante sobre la génesis de psicopatología.
-Disminuir la incidencia de trastornos de conducta, fracasos escolares e inadaptación social de origen educativo atribuible al entorno familiar.

Objetivos específicos:

-Adquirir por parte de los padres/madres conocimientos de las diferentes etapas evolutivas infantiles, sus peculiaridades y los conflictos que los caracterizan.
-Proporcionar habilidades y estrategias ante situaciones problemáticas concretas.
-Estimular la comunicación entre los padres para consensuar criterios comunes respecto a la forma de actuar en la educación de sus hijos.
-Mantener y mejorar el nivel de autoeficacia percibida en los padres a la hora de educar a sus hijos.

Objetivos operativos:

-Lograr la participación de al menos 12 familias en cada uno de los grupos.
-Encontrar diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post-intervención en los ítems que valoran los conocimientos adquiridos.
-Abordar el 100% de los temas que precupan a los participantes, referentes a la educación infantil y que se expresan en el cuestionario inicial.
-Conseguir que en el cuestionario final el 80% de los participantes expresen su satisfacción y la utilidad de la actividad.
-Contrastar de forma positiva si la actividad ha propiciado: -Un acuerdo entre los padres a la hora de dirigir la educación de sus hijos. -Mayor sentimiento de seguridad y confianza en relación a su tarea "hacer de padres".

MÉTODO

Metodología activa y participativa basada en la dinámica grupal con los padres receptores y en un desarrollo teórico asequible para ellos. Cada sesión incluye una secuencia de actividades con las se busca el aprendizaje significativo, estas son:

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA.
2. LA LÍNEA DEL TIEMPO
3. SECUENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA:
4. FANTASÍA GUIADA.
5. JUEGO DE ROLES.
6. TRABAJO EN PEQUEÑOS GRUPOS.
7. CONCLUSIÓN GENERAL

La difusión de la actividad se realiza:

-Desde las consultas de pediatría del sector.
-Carteles informativos en los Centros de Salud.
-Información mediante las AMPAS de colegios de la zona.

INDICADORES

Se realizan tres tipos de evaluación,

- 1ª Número de padres que acuden a las sesiones en un mínimo de tres ocasiones.
- 2º Valorar los conocimientos adquiridos y el grado de aprovechamiento por parte de los cuidadores.
- 3º Encuesta de satisfacción de la actividad.

DURACIÓN

Se desarrolla en 2 ciclos anuales de 5 sesiones, cada ciclo, con una sesión mensual.

Primer ciclo de enero a mayo. Segundo ciclo de agosto a diciembre.

- 1º día: Desarrollo evolutivo de 9 a 36 meses. Problemas y objetivos educativos.
- 2º día: Los problemas del sueño.
- 3º día: Los problemas de la alimentación.
- 4º día: Celos, miedos y rabietas
- 5º día: Retirada de pañal, chupete y biberón. Televisión, ordenadores.

OBSERVACIONES

Tras 17 años realizando el programa y contando con que supera nuestra capacidad de acción la posibilidad de realizar una evaluación de los efectos a largo plazo, podemos afirmar que tenemos indicios que confirman su eficacia:

-En la zona de salud es un referente conocido por el boca a boca y demandado específicamente por las familias.
-Las encuestas de valoración del programa son altamente satisfactorias tanto a nivel de incorporación de los contenidos como de satisfacción personal.
-Durante el desarrollo del programa nos hemos encontrado con situaciones personales y familiares que desbordaban el campo de actuación que puede ofrecer el encuadre propuesto, siendo frecuentemente situaciones en las que se detectan factores de riesgo significativos que requieren una atención individual. En estos casos se ofrece una cita específica para valorar e informar de los recursos y modo de acceso a un apoyo especializado. Por lo que un efecto no esperado pero rentable es la detección de factores de riesgo significativos y la posibilidad de una precoz intervención especializada.
Como últimas reflexiones señalamos que la realización de este programa resulta una labor de interés sanitario y social, de la que como profesionales nos sentimos enormemente gratificados a pesar del gran esfuerzo que supone. El equipo es estable hace ya 3 años, el diseño organizativo se ha automatizado de forma que resulta ágil y eficaz y para terminar, destacar que la implantación de programas preventivos se beneficia de la colaboración y coordinación de todos los niveles asistenciales y profesionales, e igualmente resulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1749

1. TÍTULO

ASESORIA EDUCATIVA. PARENTALIDAD POSITIVA

interesante lograr el compromiso por parte de las instituciones para su puesta en práctica.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0595

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE ENFERMEDAD NODULAR TIROIDEA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA OROSIA BANDRES NIVELA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CME GRANDE COVIAN
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CABREJAS GOMEZ CARMEN
VIDAL PERACHO CONCEPCION
GARCIA GARCIA MARIA BLANCA
SORIANO GODES JUAN JOSE
SANZ MONCASI MARIA PILAR
BARRAGAN ANGULO AMAYA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La Sección de Endocrinología y Nutrición del Sector I elaboró un protocolo del nódulo tiroideo y se realizó sesión informativa implicando a los Servicios de Radiología y Anatomía Patológica.

La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición concedió a la Sección de Endocrinología del Sector I (se concedieron 4 en toda España) un ecógrafo, con un subvención del coste del 70% por parte de esta sociedad, un 15% por parte de la Sociedad Aragonesa de Endocrinología y Nutrición y el otro 15% por parte del SALUD.

La Sección de Endocrinología y Nutrición del Sector I compró un pistola de punción-aspiración (Cameco), para la realización de la Punción aspiración con aguja fina (PAAF).

Se ha implantado una consulta de alta resolución del nódulo tiroideo, los miércoles, mañana completa, con citación de pacientes cada 25 minutos para los pacientes de primera visita y 20' para la realización de ecografías de seguimiento y realización de PAAF ecodirigida.

Previo a la implantación de esta consulta se ha elaborado un documento explicativo, con la justificación, los objetivos y el funcionamiento de la consulta de alta resolución del nódulo tiroideo, que se presentó a la Dirección de Atención Primaria y una vez consensuado se difundió a todos los centros de salud del Sector I, para que se pudieran derivar los pacientes con nódulo tiroideo a esta consulta, para realización siempre que fuera posible en un solo acto de la historia clínica, exploración física y ecografía tiroidea y en algunos casos la PAAF ecodirigida.

Se hicieron reuniones con jefe de Servicio de Radiología del HRV para explicar el funcionamiento de esta consulta, informándole de la fecha de comienzo. Está previsto que 1-2 facultativos más de la Sección, puedan estar algún tiempo en el Servicio de radiología para consolidar la formación en la técnica de la ecografía tiroidea, dado que en este momento en la Sección solo hay una persona formada para realizar de forma óptima la ecografía tiroidea y la PAAF ecodirigida.

Se hicieron reuniones con la interlocutora del Servicio de Anatomía Patológica del HRV para consensuar como se iban a procesar y conservar las muestras resultantes de la PAAF de nódulos tiroideos y el material necesario para su realización.

Se realizó un formato de informe en planilla de HP doctor visible en la intranet para la ecografía tiroidea y también para la PAAF tiroidea.

Se informó a la supervisora de las consultas externas del CME Grande Covian y al personal de enfermería de la Sección que es necesario en la consulta de nódulo tiroideo de la realización de la ecografía tiroidea y de la técnica de la PAAF tiroidea.

Se organizó la logística, informando a celadores del CME Grande Covian para el envío de las muestras de la PAAF desde este centro al Servicio de Anatomía Patológica del HRV.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se han realizado 221 exploraciones entre ecografía tiroidea y PAAF ecodirigida.

- Se ha mejorado el tiempo de respuesta y la efectividad y la eficacia en la asistencia del paciente con patología nodular, al realizar en una sola consulta la valoración (historia clínica, y exploración física) y la ecografía tiroidea y en algún caso la PAAF.

- El realizar el protocolo del nódulo tiroideo, también ha mejorado la eficiencia dado que se ha homogeneizado entre los profesionales que atendemos estos pacientes la práctica asistencial.

- En prácticamente el 100% de los informe de anatomía patológica de la PAAF se utiliza la clasificación de Bethesda.

- En > 95% de las PAAF de nódulo tiroideo realizadas por la Sección de Endocrinología desde la consulta del nódulo tiroideo, han sido muestras suficientes para realizar el diagnóstico.

- La realización de la ecografía tiroidea y la PAAF tiroidea desde la Sección de endocrinología, junto con tener protocolizado este proceso, ha mejorado la rentabilidad, calidad de la asistencia.

- Mejora de la lista de espera de Radiología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- En el tiempo que llevamos con la implantación de esta consulta, ha sido satisfactorio por los resultados alcanzados, que han favorecido el proporcionar un cuidado integral, homogéneo a los pacientes con patología nodular tiroidea mediante la coordinación de todos los recursos disponibles.

- En este momento estamos pendientes de analizar la demanda de la patología nodular tiroidea, tanto de primera visita como de revisiones para poder planificar el número de consultas y el tiempo de consulta.

- Queda pendiente el formar más profesionales de la Sección para poder garantizar la continuidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0595

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE ENFERMEDAD NODULAR TIROIDEA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

- Sería necesario cuando haya pasado un tiempo de funcionamiento el realizar una evaluación del funcionamiento de esta prestación con los servicios implicados (atención primaria, radiología, anatomía patológica y endocrinología).
- En este año se va actualizar el protocolo del nódulo tiroideo.
- En la medida de lo posible el poder realizar algún tipo de técnica de tratamiento (enolización de nódulo tiroideo..), previo periodo de formación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/595 ===== ***

Nº de registro: 0595

Título
IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE ENFERMEDAD NODULAR TIROIDEA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
BANDRES NIVELA MARIA OROSIA, BARRAGAN ANGULO AMAYA, CABREJAS GOMEZ CARMEN, VIDAL PERACHO CONCEPCION, GARCIA GARCIA MARIA BLANCA, SORIANO GODES JUAN JOSE, SANZ MONCASI MARIA PILAR, GALINDO CHICO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CME GRANDE COVIAN

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

PROBLEMA

La patología nodular tiroidea supone casi un 50% de la asistencia en consultas externas de Endocrinología. Su estudio implica a distintas especialidades (radiólogos, patólogos, bioquímicos, especialistas en medicina nuclear, cirujanos), coordinadas desde la Endocrinología. La realización e interpretación de la ecografía tiroidea por el endocrinólogo acelera el diagnóstico y el tratamiento, y posibilita la creación de consultas de alta resolución en patología nodular tiroidea y el cumplimiento del concepto de "consulta única" (asistencia inicial y realización de exploraciones complementarias en el mismo día para establecer un diagnóstico y tratamiento oportunos) definido en diferentes modelos de gestión sanitaria.

La Sección de Endocrinología y Nutrición (SEyN) del Sector Zaragoza I desde septiembre-2016 dispone de un ecógrafo y se han iniciado las actividades necesarias para crear la consulta de Alta Resolución de la patología nodular tiroidea.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Proporcionar un cuidado integral y homogéneo a los pacientes con patología tiroidea mediante la coordinación de todos los recursos disponibles y la aplicación de protocolos de diagnóstico y tratamiento consensuados entre todos los profesionales, basados en guías clínicas.
2. Rentabilizar la consulta de la patología tiroidea posibilitando la resolución del proceso en una única visita
3. Difundir entre los facultativos responsables de la derivación y entre los pacientes la existencia y el funcionamiento de la consulta específica
4. Coordinar con Atención Primaria el manejo y seguimiento del paciente, y establecer normas consensuadas de rederivación o de reevaluación
5. Elaborar y actualizar los protocolos y normas de actuación para la utilización racional de los recursos
6. Fomentar la investigación y la formación continuada de los profesionales implicados

MÉTODO

A partir de septiembre-2016, la SEyN del Sector I inicia la realización de la ecografía tiroidea en parte de los pacientes con patología nodular. Se han realizado y se van a realizar las siguientes medidas:

- Se ha elaborado un protocolo de diagnóstico y tratamiento de la patología nodular tiroidea, coordinado por la Dra. Barragán.
- Se ha programado una agenda dos días al mes (con el nombre de consulta de nódulo tiroideo), para la realización de la ecografía tiroidea. En función de las necesidades y demanda se podrá modificar. En la actualidad la persona formada, con experiencia en la realización de la Ecografía tiroidea de la SEyN es la Dra. Cabrejas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0595

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE ENFERMEDAD NODULAR TIROIDEA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

- En colaboración con el Servicio de Radiología del HRV, está previsto la formación de otros facultativos de la SEyN.
- Se ha contactado con Dirección de Atención Primaria, para que se traslade la información a todos los coordinadores de los Centros de Salud del Sector del algoritmo de derivación desde Atención Primaria y el funcionamiento de la consulta.
- Se inicia esta consulta con la realización de la ecografía tiroidea, con la idea posterior de realizar las Punciones aspiración con aguja fina (PAAF) de los nódulos tiroideos por parte de la SEyN. Ya se ha hablado con el Servicio de Anatomía Patológica del HRV para la coordinación en la conservación y el envío de las muestras.
- Se ha generado un formato de informe en el HPdoctor para las ecografías realizadas en la SEyN.
- Establecer sesiones con los Servicios implicados (Endocrinología, Atención Primaria, Anatomía Patológica, Radiología) y con los Servicios colaboradores (Laboratorio, Medicina Nuclera, Cirugía), para consensuar y evaluar el protocolo de actuación del nódulo tiroideo y plantear posibilidades de mejora.

INDICADORES

- % de pacientes derivados desde Atención Primaria, que cumplen el algoritmo de derivación.
- N^a de pacientes nuevos con patología nodular tiroidea, que en una única visita se realiza la resolución del proceso.
- % Ecografías tiroideas realizadas en la SEyN del Sector I/Total de Ecografías tiroideas realizadas en el año (25%).
- % de informes de PAAF que cumplen la clasificación de Bethesda (>70%).

DURACIÓN

Inicio: septiembre- 2016

Finalización: Diciembre-2018

- Presentación del protocolo del nódulo tiroideo
- Información desde la Dirección de Atención Primaria a todos los coordinadores de los Centros de Salud.
- Se genera la consulta monográfica del nódulo tiroideo en el CME Grande Covian dos días al mes (media mañana), para la realización de la ecografía tiroidea.
- En colaboración con el Servicio de Radiología se inicia la formación de otras dos facultativas de la SEyN.
- A los 6 meses reunión con los Servicios implicados para valoración del funcionamiento del protocolo y de la Consulta del nódulo tiroideo.
- Finales del 2017 y 2018 se valorará iniciar la realización de la PAAF ecodirigida por parte de la SEyN.

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 - 2016/0551

1. TÍTULO

FUSION DE DUPLICADOS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO BLASCO JIMENEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROYO MOYA MIGUEL
RUBIO ORGA ELENA
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION
SABATER ALEJO JORGE
TOBAJAS AZUARA EDUARDO
MONTERDE GARCIA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La detección de duplicados y fusión de historias es una tarea que realiza el Servicio de Archivos de forma habitual.

Recientemente, los Servicios Centrales del SALUD han localizado un total de 6000 registros de pacientes de HNSG que son posibles duplicados ya que tienen asignado el mismo número de identificación (AR). Este hecho supone la posibilidad real de que la HC de algunos pacientes estén fragmentadas, con el riesgo de poner a disposición de los profesionales responsables de la asistencia información clínica incompleta. Por lo anterior, el equipo de mejora del Servicio de Archivos del Hospital Nuestra Señora de Gracia ha decidido depurar este listado.

- Se elaboró un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) a seguir, consensado con la plantilla del Servicio.
- En primer lugar se analizó la situación de cada dossier: historias provisionales, definitivas, activas, pasivas...y se fue anotando en cada registro de paciente.
- Dependiendo de cada situación, solicitamos las historias a la empresa que custodia pasivo, creamos sobres nuevos o fusionamos documentación entre dos sobres.
- Utilizamos BDU para corregir datos personales de los pacientes en HIS.
- Fusionamos las historias en HIS.
- Se trabajó con un listado por persona.
- Finalizado el proceso, se escanea el listado una vez resuelto en HNSG.
- Volvimos a solicitar a final de 2017 a Servicios Centrales un nuevo listado con los mismos criterios que el anterior para comprobar el grado de coincidencia. En estos momentos estamos depurando el mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo era depurar de forma definitiva la base de datos HIS. En la actualidad, con la última versión de HIS se ha conseguido vincular los datos de BDU, ganando eficacia en la toma de datos, llegando a porcentajes mínimos de error.
o Aportación de la Historia Clínica de papel completa del paciente cuando se solicita por los profesionales que atiendan al paciente..

Servicios Centrales nos comunica que nuestro Sector tiene los mejores valores de depuración de la base de datos de pacientes duplicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es muy positiva, el trabajo ha sido minucioso y cada caso se ha tratado con mucha atención.

En los casos en que no hemos tenido datos suficientes no hemos realizado la fusión de historias.

Periódicamente solicitaremos listados a Servicios Centrales para depurar los duplicados que vayan surgiendo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/551 ===== ***

Nº de registro: 0551

Título
FUSION DE HISTORIAS DUPLICADAS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0551

1. TÍTULO

FUSION DE DUPLICADOS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

BLASCO JIMENEZ ANTONIO, ROYO MOYA MIGUEL, RUBIO ORGA ELENA, LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION, MONTERDE GARCIA LAURA, RACAJ FUMANAL YOLANDA, OLIVAR DUPLA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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 detección de historias clínicas (HC) duplicadas y la fusión de historias es una tarea que realiza el Servicio de Archivos de forma habitual. Recientemente, los Servicios Centrales del SALUD han localizado un total de 6000 registros de pacientes de HNSG que son posibles duplicados ya que tienen asignado el mismo número de identificación (AR). Este hecho supone la posibilidad real de que la HC de algunos pacientes estén fragmentadas, con el riesgo de poner a disposición de los profesionales responsables de la asistencia información clínica incompleta.. Por lo anterior, el equipo de mejora del Servicio de Archivos de H.Nuestra Señora de Gracia ha decidido depurar este listado.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es depurar de forma definitiva la base de datos HIS. En la actualidad, con la última versión de HIS se ha conseguido vincular los datos de BDU, ganando eficacia en la toma de datos, llegando a porcentajes mínimos de error.

Aportación de la Historia Clínica de papel completa del paciente cuando sea solicitada por los profesionales que atiendan al paciente..

MÉTODO

Se ha elaborado un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) a seguir, consensado con la plantilla del Servicio.

En primer lugar se analiza la situación de cada dossier: historias provisionales, definitivas, activas, pasivas...y se anotará en cada registro de paciente.

Dependiendo de cada situación, se solicitarán las historias a la empresa que custodia pasivo, crearemos sobres nuevos o fusionando documentación entre los sobres.

Se utilizará lo registrado en BDU para corregir datos personales de los pacientes en HIS.

Fusionamos las historias en HIS.

Se trabaja con un listado por persona. Finalizado el proceso, se escanea el listado una vez resuelto en HRV.

Se solicitará a los SS CC un nuevo listado con los mismos criterios que el anterior para comprobar el grado de coincidencia.

INDICADORES

% HISTORIAS FUSIONADAS: N° Historias fusionadas / año.

% HISTORIAS PARA FUSIONAR DESPUÉS DE FINALIZAR EL PROYECTO: N° Historias a fusionar / N° Historias Creadas.

DURACIÓN

Comienzo: 01/08/2016

Valoración semestral del Indicador.

Finalización: 31/08/2018

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0551

1. TÍTULO

FUSION DE DUPLICADOS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

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 - 2016/0157

1. TÍTULO

APLICACION EXCEL PARA CONSULTAR LOS TUBOS A EXTRAER SEGUN LAS DETERMINACIONES Y PERFILES QUE SE SOLICITAN EN EL VOLANTE DE ANALISIS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO JOSE DEL RIO ROMAN
· Profesión TEL
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ BAYOD ROSA
MATEOS GOSENJE CRISTINA
VALERO RANDO ROSANA
RODRIGUEZ SOTO ANA LIA
PINAR IRANZO JOSE IGNACIO
BAQUEDANO ARANDA MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se instaló en el escritorio de cada servicio del hospital esta aplicación realizada en excel para que el personal de enfermería consulte el tipo de tubo a extraer en función de las determinaciones que solicita el facultativo. Marcando con una x el perfil solicitado y dándole a la lupa de consulta, aparece una ventana con los tubos necesarios.

En la zona de otras determinaciones se han puesto unos desplegados para poder buscar por orden alfabético el resto de determinaciones que no están en los perfiles del volante.

También se ha aumentado los PERFILES más usados por algunos servicios como son el PERFIL de GERIATRIA Y el PERFIL de MEDICINA INTERNA.

Se informó a las supervisiones para que le dieran difusión en los servicios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado desde que se ha instalado esta aplicación es el esperado ya que se ha reducido bastante el número de llamadas recibidas preguntando el tipo de tubo a extraer así como los errores en el tipo de tubo para realizar algunas determinaciones.

De las llamadas que recibimos, muchas de ellas son por desconocimiento de la aplicación, y una vez que se explica que existe y como se usa es muy efectiva y muy bien acogida por el personal de plantas.

Se ha cumplido el calendario de ejecución del programa de calidad y se ha aplicado durante todo el año.

A parte de realizar la aplicación, el trabajo realizado por el equipo técnico de laboratorio consiste en una consulta constante de aquellas determinaciones que no se realizan en el hospital para saber el tipo de tubo que necesitamos. Es una aplicación en constante proceso de cambio y evolución ya que se cambió el tipo de tubo para la VSG y se ha actualizado. También se va a actualizar en breves el nuevo tubo para serología por eso el seguimiento sigue siendo constante.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se seguirá dejando la aplicación y se irá actualizando en función de las necesidades y cambios que se vayan realizando, hasta que se aplique la petición electrónica de los análisis.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/157 ===== ***

Nº de registro: 0157

Título
APLICACION EXCEL PARA CONSULTAR LOS TUBOS A EXTRAER SEGUN LAS DETERMINACIONES Y PERFILES QUE SE SOLICITAN EN EL VOLANTE DE ANALISIS

Autores:
DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE, PEREZ BAYOD ROSA, MATEOS GOSENJE CRISTINA, VALERO RANDO ROSANA, RODRIGUEZ SOTO ANA LIA, OJEDA GONZALEZ MARIA, PINAR IRANZO JOSE IGNACIO, BAQUEDANO ARANDA MARISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cualquier tipo de patología que requiera un estudio analítico de la sangre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0157

1. TÍTULO

APLICACION EXCEL PARA CONSULTAR LOS TUBOS A EXTRAER SEGUN LAS DETERMINACIONES Y PERFILES QUE SE SOLICITAN EN EL VOLANTE DE ANALISIS

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Ahorrar molestias a los pacientes por error en la fase PRE-ANALÍTICA así como ahorro de material y pérdida de tiempo en el personal de enfermería

PROBLEMA
La frecuencia con la que se reciben llamadas al laboratorio en los diferentes turnos sobre el tipo de tubo que tienen llenar para un perfil analítico o para realizar un tipo de analito específico así como el alto índice de confusión en el tipo de tubo que acaba con otro pinchazo innecesario al paciente, nos hizo pensar en realizar una sencilla aplicación de consulta, la cual permita desde cualquier servicio del hospital tanto la consulta de los tubos a extraer, como la impresión de éstos en el volante analítico para llevarlo hasta la cabecera del paciente y que no haya ningún tipo de error.

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar dobles pinchazos a los pacientes.
Evitar gasto innecesario debido a esta repetición de la extracción.
Evitar pérdida de tiempo innecesaria debido a la repetición de este trabajo.

MÉTODO
Realizar una Aplicación de uso sencillo y diseño del volante de analíticas usado en el hospital, en base Excel para que se pueda consultar desde cualquier servicio el tipo de tubos a llenar en una extracción ante la petición de cualquier tipo de analítica, teniendo la posibilidad de imprimir la consulta en el propio volante.
Realizar la correcta difusión de su existencia entre el personal así como un manual de su uso .

INDICADORES
A partir del momento en que se cuelgue la Aplicación, mediremos las llamadas a consultar el tipo de tubo a extraer y aquellas analíticas que vienen con errores en el tipo de tubo.

DURACIÓN
ENERO DE 2017 estará preparado el Manual y la aplicación colgada en el sistema par empezar a difundir y a usarla por aquellos usuarios que lo necesiten

OBSERVACIONES

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: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0163

1. TÍTULO

SEROTECA DE PACIENTES Y APLICACION EXCEL PARA LOCALIZAR LOS SUEROS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE BELEN COMET MARTINEZ
· Profesión TEL
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALDEA ALDEA TERESA
LIESA SAMPER BEATRIZ
PEDRAZA BALLARIN NOELIA
NAVARRO EGEA MARTA
MONTAÑES CASTRO JENIFER
MAINAR NAVARRO ANA
MATEOS GOSENJE CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se hizo la aplicación excel con un formato atractivo, sencillo en su uso y personalizado al sistema de trabajo que se venía desarrollando en el servicio.

Consta de tres menus:

a.- IR A GRADILLAS :

Nos enseña todas las gradillas que tenemos almacenadas. Si accedemos a cualquiera de ellas, nos da la información y posición exacta de los tubos que tenemos.

b.- CONSULTA GRADILLA ACTIVA:

Nos da la información sobre la última gradilla que hemos cargado tubos y aquellas que debemos vaciar (LOS TUBOS MAS ANTIGUOS)

c.- BUSCAR TUBO:

Sirve para localizar directamente en la gradilla y posición en la que se encuentra un tubo de suero.

Nos da información sobre el día y la hora en que ese tubo pasó a la seroteca.

Se hizo un manual de uso y pequeñas sesiones formativas para aprender a usarlas.

A parte se adaptó una nevera exclusivamente para seroteca dividiendo las zonas de refrigeración para las gradillas personalizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Es una de las cosas que mejor resultado ha dado en los proyectos de calidad aplicados al servicio.

Con el antiguo sistema de almacenaje de tubos, nos costaba unos 10 minutos de media localizar cada tubo y a veces ni siquiera los encontrábamos teniendo que realizar nueva extracción. Solemos buscar unos 5 tubos al día como mínimo, lo que hace que con el anterior método de búsqueda hubiésemos empleado un tiempo de 45 minutos aproximadamente.

Se ha cumplido el calendario de ejecución del programa de calidad y se ha aplicado durante todo el año. Se seguirá usando la aplicación pensando si se puede extender a otras áreas del laboratorio por su gran eficiencia.

Con el nuevo sistema de localización en 1 minuto podemos localizar mas de 5 tubos, Luego ahorramos 220 minutos aproximadamente (3 horas y media a la semana) para poder usarlo en otros trabajos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

estamos pensando en ampliar a otra zona del laboratorio por el gran resultado que hemos obtenido

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/163 ===== ***

Nº de registro: 0163

Título
SEROTECA DE PACIENTES Y APLICACION EXCEL PARA LOCALIZAR LOS SUEROS

Autores:
COMET MARTINEZ BELEN, ALDEA ALDEA TERESA, LIESA SAMPER BEATRIZ, PEDRAZA BALLARIN NOELIA, NAVARRO EGEA MARTA, MONTAÑES CASTRO JENIFER, MAINAR NAVARRO ANA, MATEOS GONSEJE CRISTINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0163

1. TÍTULO

SEROTECA DE PACIENTES Y APLICACION EXCEL PARA LOCALIZAR LOS SUEROS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cualquiera que necesite de un estudio analítico
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el Laboratorio son muchísimas las veces que después de haber mandado una analítica, el facultativo que realizó la petición decide añadir alguna determinación al perfil que en un principio había pedido. Con el correcto almacenamiento de los sueros se consigue que esa determinación se pueda hacer sin necesidad de realizar una nueva extracción al paciente. Con la gran cantidad de sueros que se almacenan es muy problemático localizar estos sueros y muchas veces aun teniéndolos no se encontraban y se necesitaba una nueva extracción.

RESULTADOS ESPERADOS

Localización inmediata de suero de días anteriores para aumentar las determinaciones analíticas a los pacientes acortando el tiempo de respuesta en el resultado.
Almacenamiento de mayor cantidad de sueros en el Laboratorio.

MÉTODO

Modificar una de las neveras que se tenía para crear una SEROTECA organizándola por Gradillas, letras y un código de colores que permite almacenar mas cantidad de sueros y se ha apoyado con una APLICACION EXCEL para localizar enseguida el suero que se desea trabajar.
Manual y procedimiento de uso de esta aplicación.
Con esto vamos a ahorrar la molestia de tener que realizar una innecesaria segunda extracción a los pacientes que se desee aumentar las pruebas analíticas en un periodo de 15 días desde la extracción de la muestra.
Ahorrar tiempo al personal de enfermería de las plantas que no tendran que realizar nueva extracción .
Ganar muchísimo tiempo en la localización de estos sueros de pacientes a los que se les aumenta alguna determinación, ya que muchas veces se tarda mas en localizar el suero que en realizar la prueba analítica.

INDICADORES

Se medirá la cantidad de tiempo ahorrado cada vez que se busque un suero de un paciente de días anteriores, sabiendo cuanto tiempo ganamos en la productividad del personal de laboratorio.

DURACIÓN

Enero de 2017. Personal formado, Aplicación Excel en el servicio y puesta en marcha de la nueva seroteca

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0849

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL CRIBADO CERVICAL. MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA ACREDITACION ISO 15189

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN ALMAJANO MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER
ELENA MONEVA MARIA PILAR
RUIZ ROMERO INMACULADA
RINCON GORMEDINO CRISTINA
GASPAR OCHOA ROSALIA
FERNANDEZ TAULES CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1: Cronograma de implantación:

- Formación de los patólogos en Citología Líquida: Dirigida por Hologic, mediante estudio individual de casos problema y sesiones de evaluación: Formación de la Dra Pilar Elena en Barcelona los días 22.23 y 24 en Barcelona.
- Realización de la Citología líquida en el equipo de gran capacidad
- Se sigue realizando un registro de todos los casos HPV-positivos, con los resultados de la citología y seguimiento ulterior.
- Se considera implantada la sistemática de toma y recepción de muestras y su procesamiento.
- Se considera implantada en el sector la sistemática de diagnóstico de HPV y citología cervical.
- Se han modificado los informes maestros de PatWin para adaptarse a esta sistemática.

5.2.- Plan de comunicación:

Se han realizado reuniones con ginecólogos y matronas.

Se han atendido de forma inmediata todas las consultas y dudas sobre el protocolo a seguir en cada caso.

Se emiten, de momento, recomendaciones de seguimiento para cada caso, aclarando o reforzando el protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Evaluación de resultados:

Se han implantado los procedimientos descritos: Se considera implantada en el sector la sistemática de diagnóstico de HPV y citología cervical.

Se ha establecido la correlación entre los resultados de HPV, citología, biopsia cervical y conización,

manteniendo un registro permanente de correlación.

Se ha disminuido el total de estudios y se ha incrementado el número de lesiones diagnosticadas y tratadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.- La aplicación del cribado basado en HPV ha mejorado el diagnóstico de la patología cervical en cuanto al número de casos diagnosticados (sensibilidad).

2.- Es precisa una divulgación del protocolo entre los médicos de Atención Primaria.

3.- Es precisa una mayor sujeción al protocolo por parte de los solicitantes, especialmente los ginecólogos del Hospital.

Queda pendiente:

- La renovación de la acreditación de calidad

- La aplicación de este cribado de forma poblacional

- El proyecto debe aplicarse en otros sectores para cumplir las recomendaciones del Ministerio y de las sociedades científicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/849 ===== ***

Nº de registro: 0849

Título
MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA ACREDITACION ISO 15189

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0849

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL CRIBADO CERVICAL. MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA ACREDITACION ISO 15189

Autores:

ALMAJANO MARTINEZ CARMEN, MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER, BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES, RINCON GORMEDINO CRISTINA, RUIZ ROMERO INMACULADA, GASPAS OCHOA ROSALIA, ALEJANDRE FEBREL MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nuestra Señora de Gracia se encuentra acreditado según norma ISO 15189 desde el año 2009.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de (nombre del Servicio) para mantener la acreditación UNE-EN ISO 15189 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

?Nuestro planteamiento es: Extender la acreditación ISO 15189 a nuevos procesos del servicio (incluir la determinación de HPV en el cribado cervical y la realización de citología en fase líquida.

RESULTADOS ESPERADOS

Aplicar toda la sistemática de calidad al proceso de detección de HPV.
Plantear la acreditación de este proceso unido al de la citología cervical, tanto convencional como en fase líquida.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua. Responsable Javier Mateos Barrionuevo JMB

Aplicar la sistemática al proceso automatizado de obtención del estatus HPV. Responsable IRR, CRG

Aplicar la sistemática de interpretación diagnóstica: Responsables CAM, LBM.

Aplicar la sistemática al sistema de emisión de informes: Responsables RGO, MAF

INDICADORES

Creacion de un GRUPO DE MEJORA interno del Servicio pactado con la direccion del Centro (S/N)
Programa de coordinacion de Atencion Primaria -Especializada en un proceso de cribado cervical. (S/N)
Establecer un procedimienmto adecuado de recepcion, tratamiento y archivo de pruebas solicitadas de cribado HPV (S/N)
Redacción del PTA que incluya la citología en fase líquida y el test de HPV (S/N).

La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Redacción de los documentos iniciales: hasta febrero 2017
Implantación: Hasta junio 2017
Revisión y modificaciones posteriores: hasta fin de 2017

Auditoria interna: Febrero/abril 2017

Revision por la Direccion: Abril 2017

Auditoria Externa: mayo/junio 2017

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0849

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL CRIBADO CERVICAL. MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA ACREDITACION ISO 15189

- Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Poner fecha.
- Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Poner fecha
- Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

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 - 2016/0473

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA EN EL QUIROFANO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ALEJANDRA CANO LATORRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN CALVO VIRGINIA
PEREZ GIL MARIA JESUS
VAL MORENO YOLANDA
CASALLO MANTECON CONSUELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- análisis de la situación previo a la implantación
- elaboración del listado de verificación quirúrgica (check-list) para el quirófano de ginecología
- presentación y explicación del check-list al personal de enfermería, ginecología y anestesiología
- medición de los resultados tras haber sido implantado el check-list

PRESUPUESTO GASTADO

No se ha gastado nada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS

Hasta el momento no hemos obtenido resultados porque no disponemos de datos suficientes para poder realizar un análisis.

La cumplimentación de los check-list ha sido insuficiente (en muchos casos incompleta) sobre todo al principio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

A pesar de poseer pocos datos y resultar difícil los inicios de la implantación del check-list se considera muy importante la realización del mismo puesto que mejora la seguridad del paciente y reduce los efectos adversos de las intervenciones quirúrgicas.

Por ello se plantea la posibilidad de elaborar un nuevo proyecto de calidad: "implantación del listado de verificación quirúrgica en los quirófanos del hospital Nuestra Señora de Gracia" con el fin de unificar criterios y utilizar un único documento para todos los quirófanos.

7. OBSERVACIONES.

Actualmente se ha creado un nuevo grupo de trabajo para elaborar un check-list unificado para todas las especialidades

*** ===== Resumen del proyecto 2016/473 ===== ***

Nº de registro: 0473

Título

IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA EN EL QUIROFANO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:

CANO LATORRE ALEJANDRA, MARTIN CALVO VIRGINIA, PEREZ GIL MARIA JESUS, VAL MORENO YOLANDA, CASALLO MANTECON CONSUELO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Mujeres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0473

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA EN EL QUIROFANO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes quirúrgicas de ginecología
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejorar la seguridad de los pacientes y disminuir los efectos adversos en las intervenciones quirúrgicas.

PROBLEMA
En la actualidad, nuestro hospital está desarrollando una estrategia de gestión por procesos, a raíz de la cual en el bloque quirúrgico, vamos a implantar el listado de verificación quirúrgica dentro del quirófano de ginecología. El objetivo principal es la mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables.

RESULTADOS ESPERADOS
Implantar el listado de verificación quirúrgica segura de la OMS (Check -List) en las intervenciones de ginecología.
Reducir al máximo los efectos adversos evitables.

MÉTODO
Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
Realización del listado de verificación quirúrgica segura de la OMS.
Formación al personal quirúrgico.
Evaluación de resultados.

INDICADORES
Número de intervenciones quirúrgicas en las que se realiza el Check-List/número de intervenciones ginecológicas totales.

DURACIÓN
Formación del grupo de trabajo, Septiembre-Octubre 2016.
Formación del personal del bloque quirúrgico, Noviembre-Diciembre 2016.
Implementación, Enero 2017.
Evaluación de resultados, tercer trimestre 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 - 2016/0427

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR SESE SANZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN
HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE
COMET LOZANO VICENTE
SUÑER SUÑER SILVIA
BERNAL BECERRA ANA MARIA
CELIMENDIZ JIMENEZ VANESA
ZAERA CARCELLER CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han llevado a cabo las primeras actividades de este proyecto:
Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo.
Actividad 2ª: Búsqueda bibliográfica de información sobre el problema a estudio.
Actividad 3ª: Examen de diferentes guías y trípticos entregados en otros hospitales.
Actividad 4ª: Elaboración del primer borrador del tríptico que se entregue al ingreso del paciente en la unidad de Cirugía de dicho hospital

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Creación de un grupo de trabajo.
- Mejora de la comunicación entre los profesionales.
- Unificación de los criterios de actuación de los trabajadores de la unidad.
- Estandarización de todas las medidas y actuaciones de enfermería descritas en el tríptico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados que se esperan obtener son los planteados en el proyecto presentado:
- Mejorar resultados de la atención.
- Disminuir riesgos derivados de la atención.
- Mejorar utilización de recursos.
- Garantizar derechos de los usuarios (dar mayor satisfacción).
- Atender expectativas de los profesionales.

7. OBSERVACIONES.
Quiero dejar constancia de la imposibilidad de concluir el proyecto del que soy responsable debido a la falta de impresión de los trípticos en este momento. Se pretende comenzar a entregar, en la mayor brevedad posible, el tríptico que ya se ha elaborado.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/427 ===== ***

Nº de registro: 0427

Título
ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
SESE SANZ MARIA PILAR, HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE, PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN, SUÑER SUÑER SILVIA, ZAERA CARCELLER CARMEN, BERNAL BECERRA ANA MARIA, CELIMENDIZ JIMENEZ VANESA, COMET LOZANO VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE QUIRÚRGICO
Línea Estratégica ..: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0427

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Tipo de Objetivos :
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

AUSENCIA DE DOCUMENTO CON INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES AL INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PACIENTE Y ACOMPAÑANTES, QUE PLANTEÓ LA NECESIDAD DE REALIZAR UN TRÍPTICO INFORMATIVO, QUE DEFINA LA UNIDAD Y APORTE CONSEJOS GENERALES

RESULTADOS ESPERADOS

-AUMENTAR LA INFORMACIÓN SOBRE EL INGRESO Y PERMANENCIA EN LA UNIDAD TANTO AL PACIENTE COMO A LOS ACOMPAÑANTES.
-MEJORAR LA CALIDAD DE ASISTENCIA AL PACIENTE
-DISMINUIR LA ANSIEDAD DEL PROCESO DEL INGRESO AUMENTANDO LA SEGURIDAD Y CONFIANZA
-AUMENTAR LA MOTIVACIÓN E IMPLICACIÓN DE TODO EL EQUIPO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD

MÉTODO

1º REUNIONES DEL EQUIPO PARA LA ELABORACIÓN DEL TRÍPTICO.
2º REVISIÓN DE GUÍAS Y DOCUMENTACIÓN DE OTROS HOSPITALES
3º ELABORACIÓN DEL TRÍPTICO
4º DISEÑO DE UNA ENCUESTA DE VALORACIÓN SOBRE EL TRÍPTICO

INDICADORES

NÚMERO DE PACIENTES A LOS QUE SE ENTREGA EL TRÍPTICO
NUMERO DE PACIENTES SATISFECHOS CON LA INFORMACIÓN

DURACIÓN

FECHA DE INICIO: OCTUBRE DE 2016
FECHA DE FINALIZACIÓN : ABRIL DE 2017
1º ACTIVIDAD: REUNIÓN DEL EQUIPO EN OCTUBRE DE 2016
2º ACTIVIDAD : REVISIÓN DE GUÍAS Y DOCUMENTACIÓN DE OTROS HOSPITALES
3º ELABORACIÓN DEL TRÍPTICO : ABRIL DE 2017
4º DISEÑO ENCUESTA DE VALORACIÓN: ABRIL DE 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0353

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA MARIA VILLANUEVA CAMPAÑA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEDINA CEREZAL MARIA PILAR
PEREZ GIL MARIA JESUS
DELGADO YUS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. EN EL CUARTO TRIMESTRE DEL 2016 SE ELABORÓ EL MANUAL VISUAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL.
2. AL MISMO TIEMPO SE ELABORÓ LA GUIA PRÁCTICA DE LOS PROCESOS.
3. EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2017 SE REALIZARON SESIONES FORMATIVAS PARA TODO EL PERSONAL DE LA CENTRAL.PREVIAS A LA IMPLEMENTACIÓN
4. EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2017 SE IMPLANTÓ EL MANUAL.
5. EN EL CUARTO TRIMESTRE SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN DEL PROYECTO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- EN LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA CENTRAL SE IDENTIFICARON LAS POSIBLES OPORTUNIDADES DE MEJORA PRIORIZANDO LA DE ESTE PROYECTO.
- SE ALCANZÓ EL 100% EN LOS INDICADORES PROPUESTOS:
 1. SE ELABORÓ EL MANUAL VISUAL DE FUNCIONAMIENTO ASÍ COMO LA GUIA PRÁCTICA DE LOS PROCESOS.
 2. SE FORMÓ A TODO EL PERSONAL DE LA CENTRAL.
- RESULTADOS OBTENIDOS:
 1. EXISTE EL MANUAL Y LA GUIA Y SE EMPEZÓ A UTILIZAR
 2. SE CONSIGUIÓ UNA HERRAMIENTA EFICIENTE PARA EL TRABAJO DIARIO QUE AYUDÓ A RESOLVER LAS DUDAS Y LOS PROBLEMAS APARECIDOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL USO DE ESTA HERRAMIENTA SE VALORÓ CON UNA ALTA SATISFACCIÓN DE TODO EL PERSONAL CONSIGUIENDO LA UNIFICACIÓN DE CRITERIOS DISMINUYENDO LA VARIABILIDAD

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/353 ===== ***

Nº de registro: 0353

Título
ELABORACION DE UNA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Autores:
VILLANUEVA CAMPAÑA ROSA MARIA, MEDINA CEREZAL MARIA PILAR, PEREZ GIL MARIA JESUS, DELGADO YUS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
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.....: CERTIFICACION ISO 9001

PROBLEMA

ANTE EL INCREMENTO DE LA COMPLEJIDAD EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, LA ESPECIALIZACION Y LA MOVILIDAD DEL PERSONAL EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES, RESULTA FUNDAMENTAL DISPONER UNA GUIA VISUAL DE CONSULTA.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0353

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

UTILIZAMOS EL METODO "HAMLON" PARA LA DETECCION Y PRIORIZACION, OBTENIENDO COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA MAS PUNTUADA LA ELABORACION DE LA GUIA VISUAL.

RESULTADOS ESPERADOS

1. EVITAR LA VARIABILIDAD PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL.
2. SERVIR COMO MEDIO DE CAPACITACIÓN, INFORMACIÓN Y ORIENTACION PERMANENTE AL PERSONAL.
3. UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACIÓN.
4. EVITAR COMPLICACIONES Y DISMINUIR LA POSIBILIDAD DE RESULTADOS ERRONEOS.
5. FORMAR AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA CENTRAL.

MÉTODO

1. ELABORAR UN MANUAL VISUAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL.
2. ELABORAR UNA GUIA PRACTICA DE LOS PROCESOS.
3. FORMACION DEL PERSONAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION.
4. IMPLEMENTACION.
5. EVALUACION

INDICADORES

1. EXISTE LA GUIA.
2. NUMERO DE PERSONAS QUE HAN RECIBIDO FORMACION.

DURACIÓN

1. OCTUBRE 2016: ELABORACIÓN DE LA GUIA
2. NOVIEMBRE/DICIEMBRE 2016: FORMACION DEL PERSONAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
3. ENERO 2017: IMPLEMENTACION
4. MAYO 2017: EVALUACION

OBSERVACIONES

SERIA RECOMENDABLE PODER CONTAR CON UN Pc (LENOVO 20 PULGADAS, ALL-IN-ONE, TÁCTIL, WINDOWS 7 PROFESIONAL/WINDOWS 10)

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 - 2016/0137

1. TÍTULO

FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO: CONSEJOS PRACTICOS SOBRE ASPECTOS NUTRICIONALES, PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y ATENCION A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN CANOVAS PAREJA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARI SANZ GENOVEVA
MONTERDE HERNANDEZ BEATRIZ
HELLIN GRACIA MARIA JESUS
GASPAR RUZ MARIA LUISA
GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA
DEZA PEREZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado en el Hospital Nuestra señora de Gracia de 3 jornadas de talleres en febrero, mayo y noviembre de 2017 para cuidadores informales familiares o profesionales de pacientes ancianos. Se ha realizado la captación de cuidadores interesados en recibir formación práctica sobre como atender al paciente geriátrico dependiente a nivel de hospitalización o en consultas externas del Servicio de Geriatria.

Se ha realizado previamente difusión de los mismos por diferentes estrategias:

- Información a los equipos directivos
- Realización de grandes carteles informativos distribuidos por todo el hospital
- Elaboración de folletos de difusión colocados en las habitaciones de los pacientes y entregados en las consultas externas.
- Realización de un video de presentación para visualizarse en la TV de las habitaciones

Se ha formado con carácter estable un grupo de mejora interdisciplinar formado por médicos del Servicio de geriatría, enfermera de enlace, enfermera responsable de consulta del cuidador, nutricionista y terapeuta ocupacional de nuestro Hospital.

Se han preparado los talleres con temas prácticos y contenido didáctico y sencillo de seguir para el cuidador no profesional. Se ha entregado material didáctico sobre los temas de formación. Se ha dado difusión sobre la consultas de Geriatria de apoyo al cuidador que existe en el hospital.

Se han impartido 3 talleres sobre temas de interés en esta colectivo:

- Recomendaciones nutricionales. Manejo del paciente con disfagia.
- Movilidad del paciente dependiente.
- Atención a trastornos de conducta en el paciente con demencia.

Duración y calendarios realizados:

1. Preparación curso, captación cuidadores: Primer trimestre 2017 febrero 2017
2. Captación cuidadores. Segunda sesión formación: Segundo trimestre 2017 mayo.
3. Tercera sesión y evaluación de resultados: tercer trimestre noviembre de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Ha habido una alta participación en los talleres con una media de 25 participantes en cada taller con predominio de cuidadores profesionales. Algunos de ellos han solicitado volver a acudir a próximas ediciones. Se han realizado evaluación de resultados mediante encuesta de satisfacción con resultados muy positivos 100%

Preguntas planteadas:

¿Le ha parecido interesante el tema tratado? 100% responden si

¿Le ha parecido util? 100% responden si

¿La exposición ha sido sencilla? 100% responden si

¿Lo recomendaría a otro cuidador? 100% responden si

Se plantea para 2018 la continuidad de los talleres con carácter estable. Se esta organizando un curso para formación de personal sanitario que permita una mayor difusión de las recomendaciones para los cuidadores.

Indicadores: evaluacion y seguimiento

Mejora en su nivel de formación y grado de satisfacción respecto a la formación recibida:

-Numero de cuidadores con alto grado de satisfacción con el curso realizado/cuidadores que han recibido formación X 100:100%

-Numero de cuidadores que consideran mejora en su nivel de formación/cuidadores que han recibido formación X 100:100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora esta satisfecho con los resultados de esta primera edicion de Talleres de apoyo al cuidador del paciente geriatrico en el año 2017 con su alta participacion y con los buenos resultados en las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0137

1. TÍTULO

FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO: CONSEJOS PRACTICOS SOBRE ASPECTOS NUTRICIONALES, PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y ATENCION A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

encuestas de satisfaccion de los participantes.

Creemos necesario su continuidad de forma estable en nuestro medio, Se trabaja en la preparacion del mismo curso para personal sanitario del SALUD de nuestro sector para poder "formar a formadores de cuidadores".

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/137 ===== ***

Nº de registro: 0137

Título
FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO: CONSEJOS PRACTICOS SOBRE ASPECTOS NUTRICIONALES, PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y ATENCION A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

Autores:
CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN, LABARI SANZ GENOVEVA, MONTERDE HERNANDEZ BEATRIZ, HELLIN GRACIA MARIA JESUS, GASPAR RUZ MARIA LUISA, GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA, DEZA PEREZ MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Desnutricion Disfagia, Inmovilidad, Demencia
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: .
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cuidador habitual del paciente geriátrico con deterioro funcional y en especial de aquellos con problemas cognitivos y de inmovilidad, que viven en el domicilio, esta expuesto a una gran carga diaria de trabajo físico y estrés emocional que se prolonga en el tiempo. En muchos casos son cónyuges, personas de edad también avanzada, o hijos con escasa formación en la atención a las tareas diarias que sus familiares necesitan. En nuestro Servicio ha habido en los últimos años diversas iniciativas encaminadas a la formación del cuidador en diferentes ámbitos como atención a los problemas de deglución (grupo de mejora de Disfagia) o recomendaciones para la movilidad a los cuidadores de pacientes con fracturas de cadera o ictus (Fisioterapia Servicio de Rehabilitación). En la "Consulta del cuidador" ubicada en las consultas externas del Servicio de Geriátrica, dependiente de una enfermera experta en la atención a pacientes con demencia, se realiza asesoramiento a las familias cuidadoras sobre diversos aspectos de la enfermedad y su manejo. Creemos importante cualquier iniciativa en este tema de posible implantación tanto en cuidadores de paciente en el entorno hospitalario como ambulatorio (Centros de Salud).

RESULTADOS ESPERADOS

Captación de cuidadores interesados en recibir formación practica sobre como atender al paciente geriátrico dependiente a nivel de hospitalización o en consultas externas del Servicio de Geriátrica. Mejora en su nivel de formación y grado de satisfacción respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.

MÉTODO

1. Formación de un grupo de mejora interdisciplinar formado por médicos del Servicio de geriatría, enfermera de enlace, enfermera responsable de consulta del cuidador y terapeuta ocupacional de nuestro Hospital.

2. Preparación de curso con temas prácticos y contenido didáctico y sencillo de seguir para el cuidador no profesional.

Temas seleccionados:

- Recomendaciones nutricionales. Manejo del paciente con disfagia.
- Movilidad del paciente dependiente.
- Atención a trastornos de conducta en el paciente con demencia.

3. Captación de cuidadores interesados mediante difusión a nivel de hospitalización de nuestro centro y en consultas externas.

4. Realización de 2 cursos de formación a cuidadores en el año: 2º trimestre del año 2016 y 1er trimestre del año 2017, en las aulas de formación del Hospital Nstra. Sra. de Gracia.

5. Evaluación de resultados mediante encuesta de satisfacción.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0137

1. TÍTULO

FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO: CONSEJOS PRACTICOS SOBRE ASPECTOS NUTRICIONALES, PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y ATENCION A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

6. Se valorara la posibilidad de realización en el entorno de Atención Primaria Centros de Salud.

INDICADORES

-Numero de cuidadores que han acudido a consultas de formación/cuidadores de pacientes hospitalizados X 100

-Numero de cuidadores con alto grado de satisfacción con el curso realizado/cuidadores que han recibido formación X 100.

DURACIÓN

1.Preparación curso, captación cuidadores y 1ª sesión: Ultimo trimestre 2016

2.Captación cuidadores. Segunda sesión formación: Primer trimestre 2017.

3.Encuesta satisfacción.

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 - 2016/0225

1. TÍTULO

INFORMACION Y DIFUSION DE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES DOMINGO SANCHEZ

· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUAJARDO SINUSIA INMACULADA
CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS
LETOSA BOLEA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Octubre a Diciembre de 2016: Elaboración de material divulgativo: folleto informativo de HDG, elaboración de sesiones divulgativas de HDG en el ámbito hospitalario y ámbito de Atención Primaria.
Diciembre 2016 y Diciembre de 2017: Realización de sesiones clínicas informativas de HDG:
-“Actualización en Práctica clínica” (S1-0009/2017). Plataforma de formación Spontia,.(17/01/2017. Impartida: 1,00 hora lectiva. Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Aragón con 2,2 créditos. Expediente : 020006 090018A
-“Hospital de Día Geriátrico”. Neurología . H. Royo Villanova . (8-11-17)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mayor derivación de Atención Primaria y de Especialidades (Neurología) así como mejor adecuación del perfil de paciente pluripatológico que se beneficie de HDG.
Se recogen datos en base de datos de SPSS. Los datos son la procedencia del paciente, destino al alta, I. Barthel al ingreso y al alta, Test Pfeiffer, Tinneti, plurifarmacia antes y después del programa
Pendiente de tratamiento estadístico.
Los indicadores utilizados son:
-Nº de pacientes nuevos
-Paciente candidatos/total de derivados.
-Índice de ocupación.
-Índice de paciente nuevos corregidos.
Estos indicadores son recogidos por el Servicio de Admisión de HNSG.
Pendiente de recibir resultados de Indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Quizás hemos sido muy ambiciosos en el Proyecto de mejora. La elaboración del Tríptico informativo aún está en borrador. El número de sesiones clínicas divulgativas ha sido pequeño. Resulta muy complicado la comunicación con los responsables de organizar sesiones clínicas.
Si bien es cierto que el número de pacientes derivados tras las sesiones aumenta, no es así con la adecuación del paciente al programa de HDG. Por lo que dudamos de que la información que se comunica en las sesiones sea la adecuada o este bien elaborada.
Respecto a la sostenibilidad del proyecto apuntar que el diseño básico del tríptico divulgativo esta ya realizado, falta mejorar aspectos puntuales. Y respecto a las sesiones clínicas comentar que seguiremos realizándolas intentando pulir aquellos aspectos que son básicos para la adecuación del paciente en HDG.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/225 ===== ***

Nº de registro: 0225

Título
PROYECTO DE MEJORA DE INFORMACION Y DIFUSION DE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Autores:
FERRANDO LACARTE IGNACIO, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES, GUAJARDO SINSUA INMACULADA, CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS, LETOSA BOLEA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Continuidad atención al paciente pluripatológico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0225

1. TÍTULO

INFORMACION Y DIFUSION DE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.:

PROBLEMA
Desde los años 70 el Hospital de Día Geriátrico es un nivel asistencial bien conocido por Geriatras, Rehabilitadores, y Médicos de Atención Primaria de nuestro sector. En la era del paciente pluripatológico consideramos clave tanto difundir este recurso de atención multidisciplinar y recuperación funcional, como mejorar la información disponible al respecto, con el objetivo de optimizar los recursos disponibles.

RESULTADOS ESPERADOS
Mayor derivación, mejoría adecuación de pacientes derivados.

MÉTODO
Elaboración y difusión de material informativo (tríptico, carteles...) en colaboración entre personal médico, enfermería y terapia ocupacional, sesiones formativas, hospitalarias y en Atención Primaria, organización de jornadas divulgativas.

INDICADORES
Descripción en periodo previo y posterior al proyecto de los siguientes indicadores: Número de pacientes nuevos. Pacientes candidatos/total derivados. Índice de ocupación. Índice de pacientes nuevos corregido (IPNC).

DURACIÓN
Octubre-diciembre 2016: Elaboración de material informativo (tríptico, carteles)
Diciembre 2016-abril 2017: Difusión de tríptico, sesiones de formación hospitalarias y Atención Primaria.
Abril-mayo 2017: Jornadas divulgativas.

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 - 2016/0406

1. TÍTULO

VALORACION DE LAS CONSULTAS DE GERIATRIA POR MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN DEZA PEREZ
· Profesión MIR
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANOVAS PAREJA CARMEN
BIBIAN GETINO CLARA MARIA
GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA
DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO
CAÑADA MILLAN JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente se elaboró una encuesta de once apartados dirigida a personal médico de Atención Primaria. En dicha encuesta se consulta al médico si conoce la existencia de la consultas de geriatría de nuestro servicio, si ha derivado pacientes a las mismas, la frecuencia de derivación, motivos de derivación más frecuentes, su percepción por parte del paciente y de la familia de satisfacción con la consulta, si recibe contestación por escrito del geriatra tras la consulta del paciente, valoración global suya del funcionamiento de las consultas y finalmente opción a anotar propuestas de mejora en relación al funcionamiento de las consultas.
De octubre del 2016 hasta aproximadamente marzo del 2017, se contactó vía telefónica con diferentes médicos coordinadores de Centros de Salud que con frecuencia remiten pacientes a las consultas de geriatría, para solicitar colaboración en el proyecto. Los Centros de Salud que han participado son siete: CS Fernando el Católico, CS Delicias Norte, CS Arrabal, CS La Almozara, CS Picarral-Zalfonada, CS Fuentes de Ebro y CS Actur Sur. Una vez obtenido permiso, un profesional médico de nuestro servicio acudió a cada Centro de Salud para entregar la encuesta.
En el segundo trimestre de 2017 analizamos los resultados de las encuestas. Con los resultados obtenidos, se realizó una sesión de equipo en nuestro servicio para informar de los mismos y además se dio difusión del proyecto presentando los resultados obtenidos en el Congreso Nacional de la Sociedad de Geriatría y Gerontología del 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto nos permite conocer la valoración de los Médicos de Equipos de Atención Primaria (EAP) sobre el funcionamiento de nuestras consultas externas de Geriatría. Se han cumplimentado 66 encuestas. Los resultados obtenidos tras el análisis de los apartados, son: el 92.4% de los médicos de AP conocen las consultas de Geriatría; El 78.8% ha derivado a nuestras consultas; La Frecuencia derivación es: 74.2 % a veces, 4.5 % a menudo, 15.2% nunca; Los motivos de derivación más frecuentes: valoración geriátrica integral (54.5%), demencia (53%), pluripatología (33.3%), alteración conductual (28.8%), visados (10.6 %), polimedicación (7.6%). Respecto a la demencia suele derivar a también a otros especialistas simultáneamente: 45.5 % a veces, 36.4% a menudo, 12.1% siempre. Ha obtenido una respuesta satisfactoria al motivo de la derivación: 48.5% a menudo y el 21.2% siempre. Recibe informe por escrito de la consulta de geriatría, el 57.6% siempre y el 15.2% a menudo. Se percibe satisfacción del familiar tras la consulta: 45.5% a menudo y el 19.7% siempre. La valoración del funcionamiento de la consulta es adecuada en un 74.2%.
Se obtienen 20 propuestas de mejora de los médicos de AP, que podemos englobar en dos: Solicitud de los criterios de derivación a nuestras consultas y realizar sesiones sobre geriatría en los Centros de Salud.
El número de médicos AP de un C. Salud que cumplimentan la encuesta son 66/ y el nº total de médicos AP del total de centros de Salud es 79.
El número de encuestas con cumplimentación del apartado "de propuesta de mejora" es 20/del número total de encuestas realizadas que es 66.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Podemos concluir que la gran mayoría de los médicos de los EAP que han participado en el proyecto conoce nuestras consultas de geriatría, aunque un 19.7% no ha derivado nunca pacientes. Puede estar en relación al desconocimiento que algunos de ellos nos han hecho partícipes de la posibilidad de ser atendido en nuestro servicio con independencia del sector sanitario al que pertenece.
Por otra parte, hemos visto, que la valoración geriátrica integral y el deterioro cognitivo son motivos frecuentes de consulta y comprobamos que la demencia es un motivo de derivación simultánea también a otros especialistas, como vemos con frecuencia en el día a día. Y en la valoración global obtenida vemos que el funcionamiento de nuestras consultas aprueba con un notable.
La coordinación asistencial se ha convertido en un objetivo de muchos sistemas de salud, especialmente para mejorar la calidad y la eficiencia en la atención de los problemas de salud crónicos que requieren la intervención de diversos profesionales y servicios. Un elemento que dificulta esta coordinación es la falta de comunicación entre diferentes profesionales pero también ciertos valores o actitudes como la práctica centrada en el trabajo individual, la lucha por el control del paciente o la falta de aprecio hacia el trabajo de otros niveles.
En nuestro Servicio seguimos trabajando en estrategias de mejora en la coordinación asistencial buscando el beneficio de nuestros pacientes y estudiamos las propuestas de mejora de los profesionales de Atención Primaria para seguir mejorando.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0406

1. TÍTULO

VALORACION DE LAS CONSULTAS DE GERIATRIA POR MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/406 ===== ***

Nº de registro: 0406

Título
VALORACION DE LAS CONSULTAS DE GERIATRIA POR MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
DEZA PEREZ MARIA CARMEN, CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN, BIBIAN GETINO CLARA, GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA, DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO, CAÑADA MILLAN JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatologia
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención a las personas con enfermedades crónicas y dependientes supone una prioridad en las políticas socio-sanitarias. Los Equipos de Atención Primaria tienen un peso muy importante en esa labor asistencial. La mejora de la coordinación asistencial es una prioridad para la mayoría de los Sistemas de Salud y, especialmente para la atención de procesos crónicos complejos en los que intervienen múltiples profesionales. Hemos querido conocer la opinión de los EAP, profesionales con los que compartimos el proceso asistencial del paciente geriátrico, sobre el funcionamiento de las consultas de Geriátrica, para analizar posibles puntos de mejora y ofrecer una asistencia de mayor calidad. Supone una oportunidad de acercamiento con Atención Primaria.

-Bibliografía:
1. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud en el marco del abordaje de la cronicidad 2014.

RESULTADOS ESPERADOS
a. Analizar la valoración de Médicos de Equipos de Atención Primaria (EAP) sobre el funcionamiento de unas consultas externas de Geriátrica.
b. Conocer los motivos más frecuentes de derivación.
c. Mejorar la comunicación entre consultas de Geriátrica y EAP.

MÉTODO
Elaboración de una encuesta que se pasará a médicos de Atención Primaria. Se contactará vía telefónica para solicitar colaboración en el estudio, con los diferentes médicos coordinadores de los Centros de Salud que con mayor frecuencia remiten pacientes a las consultas de geriatría. Posteriormente un profesional médico de nuestro servicio acudirá a cada centro de salud para que el personal médico cumplimente la encuesta y se les facilitará la posibilidad de proponer propuestas de mejora sobre cualquier tema en relación con nuestro servicio.

INDICADORES
a. Número de médicos AP de un C. Salud que cumplimentan la encuesta/ nº total de médicos AP de dicho centro de Salud.
b. Número de encuestas con cumplimentación del apartado "de propuesta de mejora"/número total de encuestas realizadas.

DURACIÓN
a. Octubre 2016-Marzo 2017: Contacto con coordinadores de centro de Salud y visitas a los distintos centros para pasar encuesta de valoración.
b. Abril 2017: Análisis de los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0406

1. TÍTULO

VALORACION DE LAS CONSULTAS DE GERIATRIA POR MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA

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 - 2016/0467

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO DE BIENVENIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA Y CARTEL DE NORMAS DE LA PLANTA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE SILVIA BALLESTERO DELGADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE MORUGA BEGOÑA
REGAÑO JIMENEZ BEATRIZ
REYES MONCLUS PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Febrero 2016: Detección del problema. Detectamos que existe entre los pacientes y las familias una clara falta de información respecto a lo ocurre durante un ingreso hospitalario en Geriátrica, así como el funcionamiento y las normas básicas de la Unidad.

-Marzo 2016: Creación del grupo de trabajo. Reunión de equipo multidisciplinar para consensuar criterios. Documentación mediante otros trípticos hospitalarios. Reparto de tareas.

-Abril 2016: A lo largo del mes se realizaron diversas reuniones de equipo para realizar las siguientes actividades: Primera puesta en común del contenido a incluir en el tríptico. Selección de contenidos y adaptación. Elaboración del Tríptico según las necesidades detectadas y diseño del mismo. Elaboración de Power Point para la posterior presentación del tríptico en el servicio de Geriátrica.

-Mayo 2016: Presentación del tríptico en la unidad de Geriátrica a la que asistieron Dirección y Subdirección de Enfermería, Jefe de servicio, Geriátras, Supervisoras del hospital, Residentes de Geriátrica, Enfermeras y TCAEs de la unidad de Geriátrica. Se realizó una presentación de Power Point en el que se explicaba todo el proceso y los contenidos del tríptico.

-Junio 2016: Se inicia la distribución del tríptico. El tríptico es entregado desde entonces por el personal de enfermería en el momento de la valoración del paciente a su ingreso en la unidad.

-Octubre 2016: Reunión de equipo. Se decide elaborar una encuesta de valoración. Diseñamos una encuesta corta que monitorice los objetivos principales: alcance del tríptico y si sus contenidos son adecuados y resultan útiles.

-Noviembre-Diciembre-Enero: Recogida de datos mediante encuesta y análisis de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-OBJETIVOS:

- *Hacer entrega del tríptico a todos los pacientes que ingresan en el servicio de Geriátrica.
- *Conseguir que lean el tríptico.
- *Que la información aportada en el tríptico sea adecuada a las necesidades detectadas.

Con la información que aportamos mediante el tríptico en el momento del ingreso queremos alcanzar las siguientes metas:

- Dar la bienvenida y que la estancia del paciente en el hospital sea lo más grata y confortable posible.
- Dar a conocer unas normas y recomendaciones a los pacientes y su entorno familiar del funcionamiento y organización de la planta.
- Disminuir la ansiedad por falta de conocimientos del paciente y su familia frente al ingreso hospitalario.
- Proporcionar a los pacientes, familiares y cuidadores una atención sanitaria de calidad.
- Fomentar la implicación de la familia en los cuidados del paciente.
- Promover la autonomía conforme a las necesidades y posibilidades del paciente.
- Mejorar la imagen de nuestro servicio y de nuestro Hospital.

-INDICADORES:

Los indicadores que utilizamos para la valoración de los objetivos marcados son los siguientes:

- Número de pacientes\familiares que reciben el tríptico/Número de pacientes ingresados en un periodo x100.
- Número de pacientes\familiares que han leído el tríptico/Número de pacientes que reciben el tríptico x100.
- Número de pacientes\familiares que consideran útil la información en el tríptico/Número de pacientes que lo han leído.

-FUENTES Y MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS:

Se realiza encuesta directa a los familiares y cuidadores principales de los pacientes ya que son quienes generalmente lo reciben. La encuesta se realiza entre 2-3 días después del ingreso. En el momento de hacer la encuesta mostramos un ejemplar del tríptico para que puedan reconocerlo. Esta encuesta incluye las siguientes preguntas cerradas (respuesta Sí o No):

- ¿Les entregaron el tríptico de bienvenida al ingreso?
- ¿Lo han leído?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0467

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO DE BIENVENIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA Y CARTEL DE NORMAS DE LA PLANTA

- La información proporcionada por el tríptico, ¿le parece de utilidad para la estancia en el hospital?

-RESULTADOS ALCANZADOS E IMPACTO DEL PROYECTO:

- Número total de familiares/cuidadores encuestados: 87
- Pacientes/ cuidadores que recibieron el tríptico al ingreso: 54
- Pacientes/cuidadores que lo han leído: 45
- Pacientes /cuidadores que han encontrado útil la información aportada por el tríptico: 45

Con estos datos obtenemos las siguientes conclusiones:

El 62% de los pacientes/familiares encuestados asegura haber recibido el tríptico en el momento del ingreso. De ellos, un 83% había leído el tríptico.

El 100% de los que lo leyeron lo encontraron de gran utilidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dados los resultados obtenidos vemos que el tríptico de bienvenida es una herramienta útil para transmitir una gran cantidad de información al paciente/familia a su llegada a la unidad. De los que lo recibieron, el 83% de ellos lo había leído y el 100% de ellos dijo que la información les había sido de utilidad.

Consideramos que la cantidad de pacientes que recibieron el tríptico al ingreso es mejorable (62%), ya que debería estar cercana al 100% que es lo deseable.

Durante las entrevistas, constatamos que parte del 38% restante que no recibe el tríptico se debe a los siguientes motivos:

-No reciben el tríptico por tratarse de un traslado intrahospitalario de otro servicio y no de un ingreso propiamente dicho(6%).

-No saben si realmente recibieron el tríptico de bienvenida por tratarse de diferentes familiares a los que estuvieron el día del ingreso.

- Durante los periodos vacacionales disminuye la entrega de trípticos, lo cual apunta al cambio de personal sanitario en la planta por personal eventual sustituto.

En general estamos satisfechos con la acogida del tríptico en el servicio y con los resultados obtenidos hasta el momento. Estamos seguros que con el paso del tiempo y trabajando los 3 últimos puntos mencionados podemos hacer que llegue a la totalidad de pacientes que ingresen en esta unidad.

7. OBSERVACIONES.

Actualmente existe un alto grado de satisfacción entre el personal sanitario puesto que disminuyen notablemente las preguntas y dudas que los familiares y pacientes suelen hacer a los trabajadores del servicio de Geriatria, del tipo: "a qué hora pasan los médicos", "horarios de comidas, aseos", "dudas relacionadas con el cartel de disfagia", etc.

Esto para nosotros es una muestra bastante evidente de que la información que aporta el tríptico es de gran utilidad para el paciente y su familia, viéndose reflejado también en que el 100% de los pacientes/familiares que lo leyeron manifestaron su satisfacción con el contenido del mismo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/467 ===== ***

Nº de registro: 0467

Título
ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO DE BIENVENIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA Y CARTEL DE NORMAS DE LA PLANTA

Autores:
BALLESTERO DELGADO SILVIA, LAFUENTE MORUGA BEGOÑA, REGAÑO JIMENEZ BEATRIZ, REYES MONCLUS PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatología
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0467

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO DE BIENVENIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA Y CARTEL DE NORMAS DE LA PLANTA

El servicio de Geriatria actualmente consta de 20 habitaciones. La capacidad total de pacientes es 39 y casi todos los días hay altas e ingresos. Son por lo general, pacientes muy dependientes a los que atender en cada turno de trabajo.

Al ingreso del paciente es conveniente explicarle a él y a sus familiares el funcionamiento de la planta. Actualmente, la información que se da a los pacientes y familiares en el momento del ingreso resulta insuficiente a la vista de las repetidas incidencias:

- Repetición de las mismas dudas/preguntas por parte de familiares y cuidadores.
- Caída de objetos por la ventana.
- Desaparición de material hospitalario.
- Falta de lencería en la planta.

Por todo ello detectamos la necesidad de hacer llegar una gran cantidad de información al paciente, familiares y cuidadores de una manera más efectiva.

RESULTADOS ESPERADOS

- Dar la bienvenida y que la estancia del paciente en el hospital sea lo más grata y confortable posible.
- Dar a conocer unas normas y recomendaciones a los pacientes y su entorno familiar del funcionamiento y organización de la planta.
- Proporcionar a los pacientes, familiares y cuidadores una mejor atención sanitaria y evitar que ocurran incidencias no deseadas.
- Intentar involucrar a la familia en los cuidados de su familiar.
- Mejorar la calidad de la atención de los pacientes.
- Promover una vida lo más autónoma posible.
- Mejorar la imagen de nuestro servicio y de nuestro Hospital.

MÉTODO

- Detección del problema
- Documentación mediante otros trípticos hospitalarios.
- Reunión de equipo multidisciplinar para consensuar criterios.
- Elaboración del tríptico y cartel según las necesidades detectadas: El tríptico consta de: Portada - Quiénes somos, Al ingreso, Durante la estancia: (Habitación-Aseo-Comidas-Tratamiento-Visitas), Al alta hospitalaria. El cartel informativo Recoge una serie de normas básicas de convivencia para general conocimiento de pacientes y familiares.
- Presentación oficial del tríptico y el cartel en el servicio de Geriatria.
- Colocación del cartel informativo en todas las habitaciones en un lugar visible.
- Distribución del tríptico. (Entrega del mismo en el momento del ingreso del paciente)

INDICADORES

- Monitorizaremos mediante encuesta corta si los contenidos del tríptico y el cartel son los adecuados y resultan útiles.
- Número de pacientes\familiares que reciben el tríptico/Número de pacientes ingresados en un periodo x100
- Número de pacientes\familiares que consideran útil la información dada en el tríptico/Número de pacientes que reciben el tríptico x100
- Número de pacientes\familiares que consideran útil la información dada en el cartel informativo/Número de pacientes ingresados en un periodo x100

DURACIÓN

- Marzo 2016: Creación del grupo de trabajo.
- Abril 2016: Elaboración del Tríptico y cartel.
- Mayo 2016: Presentación y aprobación del tríptico en la unidad.
- Junio 2016: Colocación de los carteles en las habitaciones y se inicia la distribución del tríptico al ingreso del paciente.
- Octubre 2016: Elaboración de la encuesta.
- Pendiente recogida de datos y análisis de los resultados. Periodo probable Noviembre-Diciembre-Enero.

OBSERVACIONES

Dado que en Diciembre-Enero nos encontramos con un periodo de festividades y siempre hay cambios importantes en el servicio de Geriatria en este periodo, estamos valorando la posibilidad de realizar la recogida de datos y analisis de los resultados en los 3 meses posteriores, es decir, Febrero-Marzo-Abril.

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 - 2016/0575

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (II). PREPARACION DEL ALTA HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA GASPAR RUZ
• Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
• Centro H NTRA SRA DE GRACIA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. GERIATRIA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANAYA GIL TERESA
MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE
BELTRAN VICENTE ESTELA
MORLANES NAVARRO TERESA
LAFUENTE MORUGA BEGOÑA
LABARI SANZ GENOVEVA
VELARTE MOLINER ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En los últimos meses del 2016 nos reunimos el grupo de mejora para plantear modificaciones sobre el documento de registro y plantear cómo transmitir información entre grupo I y grupo II. Se incorporan datos en el nuevo documento y se divide el mismo en dos partes para registrar la intervención de cada uno de los grupos, además de incorporar más datos (diagnóstico, nombre del cuidador, valoración funcional, adaptaciones, recepción de la guía). Acudimos a la habitación del usuario cuando se nos informa de la proximidad del alta hospitalaria y establecemos contacto con cuidador.

Repasamos con cuidador y usurario todos los aspectos trabajados por el grupo I, dudas sobre la guía, adaptaciones domiciliarias, ayudas técnicas y ABVD en el domicilio.

Hemos informado al personal facultativo de Geriatria y Medicina Interna de nuestra intervención, especialmente personal de nueva incorporación, enfermería y residentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos realizado las mediciones durante el año 2017, encontrando que:

De 37 pacientes diagnosticados con ACV y dados de alta vivos que no fueron a residencia en el momento del alta, 29 recibieron información en la habitación previa al alta (79%). El 21% restante: 2 no había familiares, 1 fue trasladado a otro hospital, 2 fueron dados de alta con total recuperación funcional y 3 fueron dados de alta sin llegar a recibir la información previa al alta.

Nuestro objetivo inicial era llegar al 70%.

En 22 encuestas de satisfacción realizadas los cuidadores responden:

A la pregunta:

¿La información recibida le ha resultado útil?

20 respondieron SI, 2 no saben

¿El lenguaje ha sido sencillo y fácil de comprender?

22 responden SI

¿El profesional se ha mostrado disponible para resolver todas las dudas que ha preguntado?

22 responden SI

Nuestro objetivo inicial era llegar al 75% en las encuestas de satisfacción. Hemos tenido dificultades para la realización de las encuestas ya que la vía telefónica presentó dificultades y tuvimos que cambiar la forma de realizar las encuestas. A pesar de ello podemos extraer que el resultado es positivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que hemos cumplido los objetivos marcados para 2017 y hemos detectado posibles campos de mejora para el futuro:

- Desarrollar mecanismos de comunicación facultativos-equipo de mejora para lograr que ningún paciente sea dado de alta sin recibir la información.

- Intentamos realizar las encuestas vía telefónica y encontramos que era difícil contactar a veces con el mismo cuidador que recibió la información y que, en ocasiones, el cuidador no identificaba claramente nuestra intervención respecto a la de otros profesionales.

CONCLUSIÓN

Además de lo que nos transmiten los cuidadores en las encuestas, percibimos de forma subjetiva que los cuidadores agradecen mucho este tipo de intervención previa al alta, facilita el paso del paciente al domicilio y previene futuras dificultades en el domicilio como caídas o lesiones del cuidador o del paciente.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0575

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (II). PREPARACION DEL ALTA HOSPITALARIA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/575 ===== ***

Nº de registro: 0575

Título
ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (II). PREPARACION DEL ALTA HOSPITALARIA

Autores:
GASPAR RUZ MARIA LUISA, ANAYA GIL TERESA, MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE, BELTRAN VICENTE ESTELA, MORLANES NAVARRO TERESA, LAFUENTE MORUGA BEGOÑA, LABARI SANZ GENOVEVA, VELARTE MOLINER ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Como continuación de las actividades de mejora que hemos desarrollado en años anteriores respecto a pacientes con ACV y la atención a sus cuidadores, este año pretendemos implementar la fase de planificación del alta hospitalaria que empezamos durante el año anterior. El proyecto "actualización de los cuidados del paciente con Ictus" este año lo hemos dividido en dos fases, así como en dos grupos de mejora. (I) Más enfocado a la fase inicial (II) Planificación del alta hospitalaria. Pretendemos ser un grupo multiprofesional para abordar todas las necesidades y cuidados que necesita este paciente y su cuidador.

RESULTADOS ESPERADOS

Anticipar soluciones a los problemas que se van a encontrar paciente y cuidador en la vuelta al domicilio. Adaptación del entorno del paciente a su nueva situación funcional: adaptaciones domiciliarias, ayudas técnicas. Dotar al cuidador de estrategias básicas de manejo postural del paciente para poder realizar las actividades de la vida diaria con seguridad para ambos. Maximizar las capacidades del paciente para recuperar funcionalidad. Informar a los cuidadores sobre los recursos que existen en la comunidad a los que pueden acudir tras el alta. Crear un procedimiento de comunicación entre los servicios de Rehabilitación y Geriátrica que permita transmitir y recibir información precisa y actualizada sobre los avances del paciente, riesgos y necesidades concretas, en la que participen todos los profesionales que estén implicados en este proceso.

MÉTODO

Difundir la guía elaborada en años anteriores para pacientes y cuidadores y convertirla en herramienta de consulta para estos. Establecer y clarificar los medios por los cuales ha de llegar la guía a manos del paciente y su cuidador. Sesión clínica informativa sobre la puesta en marcha de esta iniciativa dirigida a todos los profesionales que trabajan con estos pacientes para explicar los objetivos del programa y solicitar colaboración. Seguimiento individualizado de cada usuario en su habitación para aplicar la información recibida según las necesidades individuales de cada usuario/cuidador. Realización encuesta satisfacción.

INDICADORES

nº de familiares que reciben asesoramiento en la habitación / nº de pacientes con diagnóstico ACV dados de alta vivos que no vayan a residencia (70%).
nº de encuestas de satisfacción positivas/ nº de encuestas de satisfacción totales realizadas (75%).

DURACIÓN

NOVIEMBRE: Se realizarán las primera reunión del equipo de mejora para determinar objetivos y repartir tareas.
DICIEMBRE: Sesión clínica informativa para los profesionales de los servicios implicados.
ENERO: Comenzar sesiones individualizadas y cómputo de indicadores.
FEBRERO: Segunda reunión equipo de mejora para elaborar primeras conclusiones y plantear cambios de estrategia si fuese necesario.
JUNIO: Recogida de datos indicadores y elaboración de conclusiones.
SEPTIEMBRE: Entrega de memoria y conclusiones.

OBSERVACIONES

Este proyecto supone la continuidad del anterior "PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADOR INGRESADO CON ACV.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0575

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (II). PREPARACION DEL ALTA HOSPITALARIA

PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA".

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0855

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO: NUEVA ESTRATEGIA DE VISIBILIZACION. MEJORANDO LOS INFORMES DE ALTA Y LA ACCESIBILIDAD DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ GAMBOA HUARTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARREA GIMENO JOSE LUIS
GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO
ASIN MARTIN MARIA VICTORIA
ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN
JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA LUCIA
SCHADEGG PEÑA DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Difusión e información a los profesionales del servicio. Sesión de formación acreditada en noviembre de 2016.
- Creación de informe de alta específico (más formulario) para pacientes subsidiarios de cuidados paliativos (V66.7/CIAP A99).
- Incorporación de un facultativo de Atención Primaria para seguimiento y detección de debilidades y fortalezas.
- Descarga directa de los informes de alta médica de pacientes paliativos a los buzones de Atención Primaria: flujo de información y planificación de actuaciones.
- Sesiones ofertadas a todos los Equipos de Atención Primaria del sector I.
- Análisis de las altas codificadas (V66.7) y los informes específicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Realización de sesión informativa en el servicio de Geriátrica. Estandar 100%. Se realiza con fecha 30 de noviembre de 2016, dentro del programa de sesiones acreditadas del servicio de Geriátrica, sobre codificación, identificación y visualización en HCE del paciente paliativo.
- Configuración del formulario. Estandar 100%. El formulario del informe de alta está totalmente confeccionado, listo para su reconstrucción en plantilla bajo el epigrafe "INFORME ALTA GERIATRÍA-Z51.5"
- Informes en buzón de Atención Primaria. Objetivo no alcanzado debido a que no está concluido el Informe de Alta Geriátrica-Z51.5 por problemas operativos de Informática en la codificación de diagnósticos. . Tampoco esto permite el asiento de los datos en OMI.
- Sesiones realizadas en Atención Primaria. No alcanzado.
- Indicador: Altas de pacientes V66.7/CIAP A99/altas médicas codificadas con V66.7. Estandar 50%. No medible en este momento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7. LECCIONES APRENDIDAS: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad más laboriosa, considerando que careíamos de experiencia en el hospital en el trabajo con formularios, ha sido el diseño y la elaboración ad hoc del mismo. Este primer objetivo está conseguido. Para su explotación y visualización en HCE es preciso confeccionar una plantilla. Nos encontramos en el último paso para su utilización habitual.

Nos marcamos como necesario la recogida del diagnóstico principal y la existencia de un diagnóstico secundario, ligado a la necesidad de cuidados paliativos, que estuviese contenido en el informe de forma clara y uniforme. Para que la expresión sintáctica fuese la misma, optamos por intentar que el diagnóstico apareciese en texto y con la codificación CIE. Sin esos ajustes hemos hecho informes de prueba que saltan satisfactoriamente a la HCE, identificando correctamente el episodio, el servicio y el proceso asistencial de cuidados paliativos como característica adicional.

Tengo que recordar que aunque el cronograma va con retraso todavía quedan dos trimestres completos para completar los apartados que en este momento están inconclusos. La transmisión a los Centros de Primaria está organizada pendiente de realizarla.

Tengo que destacar que el proyecto ha presentado una amenaza no deseada pero que se debe tener en cuenta. La codificación de las altas ha sufrido una modificación al introducirse la CIE10 como herramienta para su realización. Este hecho ha precisado de una nueva revisión y recordatorio a aquellos profesionales no familiarizados con este cambio. La implantación, hay que reconocer que no total, del código V66.7, fue laboriosa e incompleta. El cambio al código Z51.5 ha supuesto una amenaza para los logros obtenidos. Tampoco podemos disponer de datos completos ya que la codificación completada del 2017 alcanza a 30 de septiembre de 2018. El total de altas codificadas con el código Z51.5 fueron 122. Por datos de trabajos anteriores hemos elevado el porcentaje de diagnósticos, sin entrar a analizar exhaustivamente los casos, aunque hay que decir que la mortalidad se mantiene. El cambio de código perturba el análisis de la última actividad planteada.

Otra fortaleza encontrada, colateral al proyecto, pero que en la actualidad es de importancia suma, a mi entender, es la garantía de una continuidad asistencial entre Atención Especializada y Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0855

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO: NUEVA ESTRATEGIA DE VISIBILIZACION. MEJORANDO LOS INFORMES DE ALTA Y LA ACCESIBILIDAD DE ATENCION PRIMARIA

Reflexión: para la asistencia es necesario soportes como la Informática. En este mundo de tecnología, es necesario adecuar los recursos técnicos a las necesidades de los profesionales. En este proyecto la disponibilidad de Informática es básica e insustituible.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/855 ===== ***

Nº de registro: 0855

Título
IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO: NUEVA ESTRATEGIA DE VISIBILIZACION. MEJORANDO LOS INFORMES DE ALTA Y LA ACCESIBILIDAD DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
GAMBOA HUARTE BEATRIZ, FERRANDO LACARTE IGNACIO, LARREA GIMENO JOSE LUIS, GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO, ASIN MARTIN MARIA VICTORIA, ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN, JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA LUCIA, SCHADEGG PEÑA DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención a pacientes con enfermedades en fase avanzada. continuidad de cuidados.
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención al paciente necesitado de cuidados paliativos continúa siendo un reto en aspectos: organizativos, asistenciales y en, el primer paso para recorrer la hoja de ruta en equidad y preservar los derechos de usuarios, su identificación y visualización en todos los recursos asistenciales potencialmente tributarios. En la anterior convocatoria presentamos y fue seleccionado el proyecto nº 545. El nuevo Coordinador del Departamento de Informática del Sector I estudió la posibilidad de aplicar la base en nuestro centro, con modificaciones dado que la intranet común está subdividida por centros y los datos ligados al NHC identificativo de centro. Confirmó que para su aplicación requería una refundación de la base y analizamos el impacto/potencia de distribución en los dispositivos asistenciales del Sector I. En estos términos el coste/beneficio de su aplicación resultaba alta. La progresión del uso de la Historia Clínica Electrónica en el ámbito hospitalario y de Atención Primaria está experimentando un crecimiento exponencial con satisfacción manifiesta de sus usuarios. El grupo de mejora establecido está plenamente convencido que la elaboración de informes específicos de alta es una oportunidad para favorecer la visualización.

RESULTADOS ESPERADOS
Ante la imposibilidad de utilizar la base de datos elaborada por la Comisión de Continuidad Asistencial y Cuidados Paliativos del Sector I, por los motivos técnicos argumentados el equipo de mejora analizó pacientes dados de alta en un periodo de 6 meses y que hubiesen sido codificados V66.7.
Del 01/09/2015 al 20/04/2016 dimos de de alta 593 pacientes. 114 paciente se codificaron como V66.7. Solo dos pacientes fueron codificados con V66.7 sin existir referencia directa en el informe de alta. Revisando la HCE de todos los pacientes en OMI solo el 22,8% identificó un diagnostico previo tributario de cuidados paliativos. El procedimiento V66.7 se identificó en el apartado de diagnostico secundario en 65,8% y la necesidad de los mismos en el 76,3% de las evoluciones realizadas. La mortalidad intrahospitalaria fue 58,8%. Los pacientes dados de alta por mejoría solo quedaron registrados en OMI en el 19,1% y por tanto visibles en la HCE de forma directa en la pestaña de sumario clínicos.
Con los resultados de este trabajo concluimos sobre los resultados que se planteaban en el proyecto previo 545 (2015):
1. Difusión del código V66.7/CIAP A99: satisfacción de la difusión dentro del Servicio de la utilización del código V66.7, aunque con posibilidades de mejora. La poca utilización del código CIAP A99 en Atención Primaria de los pacientes derivados. Indicador: Nº pacientes V66.7/Nº pacinetes codificados = 65,8% (estandar 30%).
2. Promover el uso del código: satisfacción.
3. y 4. Adecuar el registro e inclusión de los pacientes en el mismo: tras el análisis de Coordinador del Departamento de Informatica concluye que las tareas requeridas son de tal magnitud y hacen difícil su aplicación en diferentes niveles asistenciales que su coste/beneficio es altísimo y por tanto no justificable. Indicador: Nº pacientes incluidos/Nº pacientes codificados 0% (estándar 30%).
5. La calidad del registro en el Servicio es buena pero no vemos que se vea reflejada en otros recursos asistenciales.
6. Los residentes colaboran en la elaboración de altas siempre bajo supervisión de un adjunto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0855

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO: NUEVA ESTRATEGIA DE VISIBILIZACION. MEJORANDO LOS INFORMES DE ALTA Y LA ACCESIBILIDAD DE ATENCION PRIMARIA

MÉTODO

1. Difusión e información a los profesionales del servicio. Sesión de formación acreditada en noviembre de 2016.
2. Creación de informe de alta específico (más formulario) para pacientes subsidiarios de cuidados paliativos (V66.7/CIAP A99).
3. Incorporación de un facultativo de Atención Primaria para seguimiento y detección de debilidades y fortalezas.
4. Descarga directa de los informes de alta médica de pacientes paliativos a los buzones de Atención Primaria: flujo de información y planificación de actuaciones.
5. Sesiones ofertadas a todos los Equipos de Atención Primaria del sector I.
5. Análisis de las altas codificadas (V66.7) y los informes específicos.

INDICADORES

1. Realización de sesión informativa en el servicio de Geriatria. Estándar 100%.
2. Configuración del formulario. Estándar 100%.
3. Informes en buzón de Atención Primaria. Transcripción a OMI. Indicador N° de informes emitidos/n° de asientos en OMI. Estándar 30%.
4. Sesiones realizadas en Atención Primaria. Indicador: n° de sesiones/n° de centros de AP sector I. Estándar: desconocido.
5. Indicador: Altas de pacientes V66.7/CIAP A99/altas médicas codificadas con V66.7. Estandar 50%.

DURACIÓN

1. Sesión informativa acreditada: noviembre de 2016.
2. Primer trimestre de 2017: elaboración de formulario e informe de alta de paciente (V66.7/CIAP A99).
3. Segundo trimestre de 2017 puesta en marcha de informes de alta y sesiones informativas en centros de Atención Primaria/ESAD.
4. Evaluación de resultados: primer y segundo trimestre de 2018.

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 - 2016/1789

1. TÍTULO

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ERNESTO GARCIA-ARILLA CALVO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GAMBOA HUARTE BEATRIZ
REBOLLAR TORRES ELENA
PEREZ MILLA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Identificación del PACIENTE PALIATIVO: Nueva estrategia de visibilización; mejorando los informes de alta y la accesibilidad desde Atención Primaria (Proyecto 2016_0855)

Desde el proyecto de mejora de calidad, el grupo con participación de Médico de Atención Primaria, informáticos y geriatras se ha desarrollado un formulario a través del que se crea un informe de alta específico que pueda descargarse de forma directa en los buzones de Atención Primaria para conseguir mejorar el flujo de información y la planificación de las actuaciones.

2. Desde la aplicación informática del programa de prescripción electrónica en el hospital "Dominion", se está elaborando, desde la pestaña protocolos ("corbata azul"), el Plan de Tratamiento en el paciente necesitado de control de síntomas, los fármacos y las dosis que permitan su aplicación por vía subcutánea o intravenosa con la participación del Servicio de Farmacia. Se ha incorporado ya protocolo farmacológico de Sedación Paliativa consensuado en Sesión Clínica Interdisciplinar con Servicio de Farmacia

3. Desde Enfermería se ha realizado el procedimiento para la atención al paciente agónico (Catálogo de Procedimientos de Enfermería PO - 0913)

4. Sesión acreditada de Formación impartida por la Dra. Gamboa, en la línea del Plan de Comunicación sobre la codificación y registro del paciente paliativo en la Historia Clínica Electrónica (30/11/2016 con registro de la actividad y hoja de firmas)

5. Sesión acreditada de Formación relacionada con el proceso, Atención al Final de la Vida. Cuestiones clínicas, éticas y deontológicas (Dr. García-Arilla) (21/11/2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Complementando lo expuesto en el Proyecto 2016_0855, el FORMULARIO está realizado con dificultades respecto al INFORME por motivos explicados en dicha Memoria.

El cambio en el Código que ha pasado del V66.7 a Z51.5 en la CIE- 10, ha motivado también retraso en el desarrollo del proceso que ha registrado desde 1/1/2017 al 30/9/2017, 142 pacientes en los informes de alta hospitalaria con mención a la aplicación de cuidados paliativos

Se han implementado de forma parcial las alternativas en el Programa de Prescripción Electrónica del "Control de Síntomas" como parte del Plan de Intervención (Sedación paliativa)

El Procedimiento de Enfermería de Cuidados del paciente en Agonía (PO-0913) del Hospital Nuestra Señora de Gracia y sus autores, se encuentra a disposición del personal de enfermería en la INTRANET del Sector Zaragoza 1.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Proceso de Atención al Paciente Geriátrico de Cuidados al Final de la Vida (Cuidados paliativos), registrado en la cartera de servicios de GERIATRÍA requiere continuidad, siempre es un proyecto inacabado y es percibido como imprescindible en nuestro ámbito por profesionales, pacientes y familiares.

La estructura hospitalaria, sin habitaciones individuales, limita el deseo de poder ofrecer, con continuidad, y cuando se necesita, la opción oportuna. La presión asistencial y dificultades organizativas no satisfechas obligan a iniciativas imprescindibles poco escuchadas y sometidas a otras prioridades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1789

1. TÍTULO

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Opción de mejora pendiente mantener la colaboración con Medicina Interna, servicio también implicado en el desarrollo del Proceso.

En este sentido se plantea, la puesta en marcha de un Grupo de Investigación en Cuidados Paliativos en Geriátrica: Mejoras organizativas y asistenciales, con la participación de Enfermeras, TCAE, Facultativos de Geriátrica y Farmacia y MIR de Geriátrica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1789 ===== ***

Nº de registro: 1789

Título
ATENCIÓN AL PACIENTE AL FINAL DE LA VIDA (H NTRA SRA DE GRACIA)

Autores:
GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO, JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Fase terminal de enfermedad
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Paliativos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención al paciente necesitado de cuidados orientados a paliar los síntomas en la etapa final de muchas enfermedades continúa siendo un reto en aspectos organizativos y asistenciales. El objetivo de este proyecto es fomentar la consecución de una muerte digna, utilizando los medios que disponemos, procedimentando cada una de las necesidades del paciente y disminuir, en la medida de lo posible, el sufrimiento tanto del paciente como de sus familiares y los profesionales sanitarios que les atienden. Y en los casos que sea preciso mantener una continuidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Las circunstancias que rodean la muerte de una persona no sólo son importantes para quien se va, sino también para quienes se quedan. El objetivo de este proyecto es comprender mejor cuales son aquellas necesidades del paciente y los familiares en los últimos días de su vida, para poder ayudar a un buen morir.

MÉTODO
1- Se incluirá entre los tratamientos predeterminados del sistema farmacéutico de prescripción electrónica con dos objetivos, el primero facilitar la prescripción de los fármacos más habituales y segundo para mejorar la seguridad clínica por la administración de dichos fármacos, por las alertas en caso de errores en dosificación o interacciones farmacológicas.
2- Se llevará a cabo un plan de cuidados de enfermería al paciente agónico por necesidades según el Modelo de Virginia Henderson. El procedimiento será elaborado por un grupo de trabajo constituido por profesionales de las Unidades de Medicina y Geriátrica. Revisado por la Comisión de Cuidados del Hospital Nuestra Señora de Gracia. Posteriormente será presentado en sesión conjunta a las dos Unidades Clínicas.
3- Difusión e información a las profesiones del Servicio (sesión acreditada Noviembre 2016).
Creación del informe de alta específico. Sesión con los equipos de atención primaria del sector I.

El proyecto se desplegará en tres objetivos principales :
1-Elaboración de un protocolo específico de fármacos para el control de síntomas de pacientes con tratamiento paliativo.
2- Puesta en marcha de un procedimiento de cuidados en el paciente agónico por parte del equipo de enfermería y auxiliares. Con el objetivo de potenciar el bienestar y el confort físico y emocional del paciente en los últimos días de vida del paciente, contribuyendo a disminuir el sufrimiento del paciente y con apoyo a los familiares y cuidadores para conseguir una muerte digna.
3-Elaboración de informes específicos de alta, en aquellos pacientes subsidiarios de continuar con los cuidados paliativos en el domicilio del paciente (V.66/CIAP A99).
Se emitirá una descarga directa del informe de alta médica de pacientes paliativos a los buzones de Atención

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1789

1. TÍTULO

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Primaria para mayor flujo de información y planificación de actuaciones.

INDICADORES

- La evaluación se llevará a cabo mediante una encuesta de satisfacción a los profesionales y a los cuidadores principales.
- Numero de informe emitidos /número de asientos en OMI

DURACIÓN

Sesión informativa- Noviembre 2016

Elaboración del procedimiento - Nov 2016-Ene 2017

Inclusión del tratamiento predeterminado en prescripción electrónica- Dic 2016.

Elaboración del formulario e informe de alta - primer trimestre 2017

Puesta en marcha del proyecto- abril 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 - 2016/0878

1. TÍTULO

INTERACCIONES FARMACOLOGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL HOSPITALIZADOS. SITUACION A MEJORAR EN NUESTRO MEDIO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ESTHER FRANCO GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOZANO ORTIZ ROBERTO
ABAD OLMOS ANA LAURA
PEREZ LAYO ANGELES
LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS
MONEVA JORDAN JUAN JOSE
CARRASCO BARAJA VICENTE
LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la solicitud de este programa de mejora se produjeron cambios importantes que condicionaron modificaciones en el planteamiento del proyecto. A final de 2016 ya se había concluido la implantación del Sistema de Alerta de Interacciones Farmacológicas Metabólicas (vía CYP 450 y P-glicoproteína) incluido en el programa de Prescripción Electrónica Asistida (PEA) del Servicio de Farmacia de nuestro centro; debido a ello ya era posible comunicar al clínico las interacciones metabólicas detectadas en la prescripción de anticoagulantes orales en tiempo real. Destacar en este punto que durante el año 2016 ya se había utilizado la información obtenida de la PEA para notificar telefónicamente interacciones de acenocumarol con otros fármacos y durante 2017 ya se notificaron telemáticamente las alarmas de interacciones de los 6 anticoagulantes orales disponibles. Por este motivo, nuestro proyecto de mejora se ha centrado en recoger (y comunicar vía PEA telemáticamente) las interacciones metabólicas detectadas en la prescripción de anticoagulantes orales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A continuación detallamos las interacciones metabólicas relevantes detectadas a lo largo de 2017 en los pacientes médicos ingresados en nuestro centro en tratamiento con alguno de los 6 anticoagulantes orales disponibles en la actualidad (antivitaminas K como acenocumarol y warfarina o anticoagulantes orales de acción directa como dabigatrán, rivaroxabán, apixabán o edoxabán).

Para la realización de este proyecto consideraremos "caso" cada ingreso de paciente, y consideramos las interacciones farmacológicas metabólicas mediadas vía citocromo P-450 y/o P-glicoproteína ocasionadas por inhibidores e inductores potentes o moderados de ambas vías.

Durante el periodo 1 enero 2017 a 31 diciembre 2017, se produjeron en los servicios médicos de nuestro centro un total de 2541 ingresos, de ellos 371 casos estaban con tratamiento anticoagulante oral: acenocumarol 209 casos, warfarina 17 casos, dabigatrán 28 casos, rivaroxabán 78 casos, apixabán 39 casos, edoxabán 0 casos.

Durante este periodo se detectaron 296 casos de interacciones metabólicas de cualquier tipo de fármaco; dentro de ellas 41 correspondieron a interacciones entre anticoagulantes orales y otros fármacos.

El detalle de las interacciones con anticoagulantes orales detectadas es el siguiente:

35 casos de interacciones de antivitaminas K con otros fármacos: Acenocumarol y omeprazol: 34 casos; Acenocumarol y miconazol: 1 caso

6 casos de interacciones de anticoagulantes de acción directa con otros fármacos: Rivaroxabán y amiodarona: 2; Rivaroxabán y diltiazem: 2; Apixabán y miconazol: 2

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de todo el cuidado que se tiene en la prescripción de los anticoagulantes, aún se siguen detectando interacciones.

7. OBSERVACIONES.

Pensamos continuar trabajando en este proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/878 ===== ***

Nº de registro: 0878

Título
INTERACCIONES FARMACOLOGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL HOSPITALIZADOS. SITUACION A MEJORAR EN NUESTRO MEDIO

Autores:

FRANCO GARCIA MARIA ESTHER, LOZANO ORTIZ ROBERTO, ABAD OLMOS ANA LAURA, PEREZ LAYO ANGELES, LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS, MONEVA JORDAN JUAN JOSE, CARRASCO BARAJA VICENTE, LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0878

1. TÍTULO

INTERACCIONES FARMACOLOGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL HOSPITALIZADOS. SITUACION A MEJORAR EN NUESTRO MEDIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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 .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El personal sanitario conocemos que los fármacos anticoagulantes orales clásicos presentan numerosas interacciones con otros fármacos frecuentemente empleados. Por ello, en los pacientes anticoagulados, los profesionales sanitarios valoramos con cautela la introducción de nuevos fármacos, ya sea de forma puntual, o como tratamiento a medio y largo plazo.

A pesar de ello, desde el Servicio de Farmacia de nuestro centro, debido a la disponibilidad de la prescripción electrónica asistida (PEA) para los pacientes hospitalizados, es posible detectar aún el uso concomitante de fármacos que, potencialmente, pueden interactuar de forma significativa con el tratamiento anticoagulante oral. Estos tratamientos concomitantes pueden elevar el riesgo de complicaciones de los anticoagulantes orales o modificar su eficacia, por lo que, nos parece de interés desarrollar un sistema sencillo y ágil de comunicación con el médico prescriptor, que mejore el sistema de aviso que actualmente se utiliza. Actualmente se usa la llamada telefónica desde el Servicio de Farmacia al servicio hospitalario en el que está ingresado el paciente, intentando localizar a su médico responsable; con todas las limitaciones y dificultades que ello supone, así como el elevado consumo de tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Evitar que a los pacientes hospitalizados que reciben tratamiento anticoagulante oral se les administren fármacos concomitantes que pueden producir interacciones clínicamente significativas con los anticoagulantes orales.
- Analizar cuales son las interacciones mas detectadas y proponer protocolo de intervención, que incluya alternativas terapéuticas.

MÉTODO

Primera fase (3 primeros meses):

- Análisis y cuantificación de las interacciones farmacológicas clínicamente relevantes.
- Desarrollo del protocolo de intervención: hoja informativa de alerta farmacológica diseñada específicamente para cada interacción, que se entregará en mano al médico responsable del Servicio donde esté ingresado el paciente.

Segunda fase (siguientes meses):

- Implementación del protocolo de actuación mediante la inclusión de las correspondientes alertas y/o ayudas en la PEA.
- Recoger datos de los meses postintervención, para valorar si este modelo de alarma de interacción farmacológica, modifica la frecuencia de estas asociaciones farmacológicas no deseables.

Tercera fase:

- Análisis del impacto de la intervención

ASIGNACION DE TAREAS:

- Farmacéutico: recoger que pacientes llevan tratamientos concomitantes (y cuales son estos fármacos) con los diversos anticoagulantes orales, que pueden interactuar de forma significativa. Esta recogida de datos se realizará a través de la PEA del Servicio de Farmacia.
- Hematólogo, Médico de Familia y Enfermera: valoración de la relevancia clínico-biológica de la asociación de dichos tratamientos.
- Farmacéutico y Hematólogo: elaborar la hoja informativa de alerta sobre la interacción farmacológica.
- Enfermera, Hematólogo y Farmacéutico: remisión y distribución de la hoja informativa de la interacción al responsable del Servicio donde está ingresado el paciente.
- Farmacéutico: implementación de las alertas y ayudas de las interacciones en la PEA.
- Hematólogo, Farmacéutico, Médico de Familia y Enfermera: valoración final de los resultados.

INDICADORES

- Número de interacciones detectadas en los 3 meses preintervención / interacciones detectadas en los 3 meses

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0878

1. TÍTULO

INTERACCIONES FARMACOLOGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL HOSPITALIZADOS. SITUACION A MEJORAR EN NUESTRO MEDIO

postintervención.

- Numero de interacciones implementadas en la PEA.

DURACIÓN

De diciembre 2016 a febrero 2017, recoger datos, a través de la PEA del Servicio de Farmacia del hospital, para:

- detectar y cuantificar el número y tipo de interacciones farmacológicas significativas relacionadas con el tratamiento anticoagulante oral

- recoger, de forma concomitante, la repercusión clínico-biológica relacionada con la interacción
- realizar la intervención

Marzo 2017:

- No se recogerán nuevos casos durante este mes.
- Completar recogida de datos de los casos ya incluidos.
- Se dará tiempo para que las hojas informativas de alarma farmacológica sean tenidas en cuenta por los médicos.

De abril 2017 hasta finalizar:

- Seguir recogiendo (número y tipo) datos sobre interacciones farmacológicas significativas en estos pacientes.
- Durante este periodo ya no será obligatoria la elaboración envío de la hoja informativa de alarma.
- Procesamiento de los datos recogidos.
- Valoración final de si la intervención realizada modifica la frecuencia de estas asociaciones farmacológicas no deseables.
- Elaboración de los resultados del trabajo.

OBSERVACIONES

José Luis López-Coronado es Médico de Familia, que trabaja de PEAC en CS Sigüenza (Guadalajara) y colabora con nosotros en trabajos relacionados con Coagulación y también va a colaborar en éste.

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 - 2016/0329

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL "PROA". IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE RUTH NOEMI JORGE GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAEZ ESCOLANO PAULA
RIDRUEJO SAEZ RAQUEL
RUIZ VALERO FRANCISCO JOSE
CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO
PAMPLONA CALEJERO ELENA
SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR
IRIARTE RAMOS SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En octubre 2016 creamos un Grupo de Trabajo PROA-UCI y comenzamos a elaborar GUÍAS/PROTOCOLOS y a desarrollar distintas ACTIVIDADES:

A.- ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROGRAMA:

- 1.- Presentación del Proyecto en:
 - .- La Comisión de Calidad de UCI (8/03/17)
 - .- La Comisión Clínica de Infecciones y Política Antibiótica del hospital (26/04/17)
 - .- Reunión específica de difusión del programa orientada a Enfermería, con asistencia de la Dirección, Subdirección y el personal Supervisor de Enfermería de nuestro hospital (9/10/17).
- 2.- Charlas divulgativas periódicas entre el personal de enfermería de UCI.
- 3.- Encuesta de necesidades formativas (septiembre/2017)

B.- ESTUDIO COMPARATIVO: Grupo control Pre.PROA / Grupo casos PROA:

Durante los seis meses dedicados a la elaboración de las Guías/Protocolos se recogieron datos de un grupo control tratado de la forma habitual sin protocolo, con un total de 64 pacientes, y se compararon posteriormente con una muestra de igual tamaño y características similares, a la que se le trató ya siguiendo las directrices del PROA-UCI.

C.- ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEL CLÍNICO RESPONSABLE - PROA:

- 1.- Curso online liderado por la SEIMC: La implementación de los PROA en los hospitales (abril-octubre 2017)
- 2.- FOCUSS 15026. Optimización del tratamiento antimicrobiano-PROA (Zaragoza -octubre/2017)

D.- REUNIONES DE GRUPO TRIMESTRALES:

Enfocadas a discusión del Proyecto y aportación de avances en la elaboración de las Guías y protocolos. Por cuestiones de agenda y por considerar prioritarias las campañas de divulgación, la planificación de actividades educativas se pospone para un segundo tiempo.

MATERIAL ELABORADO

Durante seis meses (octubre 2016/marzo 2017) revisamos la literatura y elaboramos:

- 1.- GUÍAS DE ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA en el paciente séptico crítico. Las guías se completan y acompañan de distintos protocolos y una serie de referencias a recursos online que permiten el manejo integral de todos los síndromes infecciosos graves.
- 2.- GUÍA/PROTOCOLO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN ENFERMERÍA: presentada a modo de tabla en la que se recoge la forma de dilución y tiempos de perfusión endovenosa de todos los antibióticos usados en críticos, y que resulta de gran utilidad en la labor diaria de enfermería.
- 3.- HOJAS DE RECOGIDA Y BASE DE DATOS INFORMATIZADA para registrar y monitorizar nuestra actividad.

Nuestro Programa PROA-UCI se aprobó en la Comisión Clínica de Enfermedades Infecciosas y Política Antibiótica en abril de 2017, y tras ello comenzamos con su implementación en la Unidad de Cuidados Intensivos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS- OBJETIVOS GENERALES:

- 1.- Creación de Grupo de Trabajo PROA-UCI
- 2.- Elaboración y puesta en marcha del Programa y Guías/Protocolos PROA-UCI
- 3.- Garantía de tratamientos coste-eficaces
- 3.- En el estudio comparativo Grupo control Pre.PROA / Grupo casos PROA, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los indicadores medidos: estancia media, proporción de pacientes tratados con antibióticos sobre el total de pacientes, días totales de antibióticos, días de antibioterapia combinada, tasa de resistencias bacterianas y de infección nosocomial, gasto farmacéutico en antibióticos.

RESULTADOS -OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- La adhesión al Programa y a las Guías/Protocolos ha sido y sigue siendo superior al 80%.
- 2.- Los clínicos intensivistas estamos más concienciados con las consecuencias del mal uso/ abuso de los ATBs

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0329

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL "PROA". IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

y por ende, más atentos a todo el proceso infeccioso, manejándolo de forma customizada.

3-. Hemos mejorado ostensiblemente en las culturas de desescalada y acortamiento de los días de terapia antibiótica.

4.- Hemos elaborado un sistema de recogida de datos, pendiente de mejora desde el punto de vista informático, con el que registramos y monitorizamos nuestra actividad en cuanto a:

- Prescripción antibiótica, días de terapia y evolución clínica de los pacientes sépticos
- Gasto farmacéutico en ATBs, selección de gérmenes, multirresistencias e infección nosocomial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los programas PROA españoles están demostrando su utilidad como estrategia para preservar la vida útil de los antibióticos y para mejorar la praxis médica. Se constituyen como un pilar fundamental para atajar situación de crisis antibiótica en la que estamos inmersos a nivel mundial, y se espera que en breve dejen de ser un mero y opcional indicador de calidad para convertirse en un requisito obligatorio en todos los hospitales españoles.

Nosotros consideramos que hemos diseñado un PROA y elaborado unas Guías de antibioterapia empírica que van más allá de un listado de antibióticos ante síndromes infecciosos concretos. Se centra no solo en el tratamiento empírico, sino también en aportar recomendaciones de manejo global e integral de la sepsis y el shock séptico en el paciente críticos. Pretende ser más que un mero protocolo y generar registros de actividad y resultado que nos ayuden a evaluar nuestra praxis, ya que solo de esta manera podremos plantear actividades de mejora. Pretende además ser dinámica y actualizarse bianualmente para adaptarse a la microbiota de nuestro entorno local UCI. Nuestro fin último es mejorar la calidad asistencial y los resultados clínicos con tratamiento seguros y costo-eficaces.

Desde que en abril del 2017 aprobamos esta Guías/Protocolos PROA-UCI y comenzamos a adherirnos a ellos, estamos convencidos de que hemos mejorado nuestra praxis y de que seguimos de forma más dinámica y personalizada la terapia antimicrobiana de nuestros pacientes.

En relación con el estudio comparativo PrePROA/PROA, comentar que muchos de los ítems a valorar no fueron recogidos en el grupo control prePROA, lo que impidió una adecuada comparación. El objetivo no obstante no era encontrar diferencias estadísticamente significativas (muestra pequeña e incompleta), sino empezar a educarnos y a adquirir rutinas de registro sistemático de nuestra actividad.

Algunos de los resultados de los objetivos generales descritos al inicio del Proyecto (reducir el consumo de antibióticos sin empeorar los resultados clínicos, mejorar estos resultados con la optimización de la terapia y minimizarlos los efectos adversos) se han obviado al no ser planteables en esta fase inicial sino en etapas más avanzadas.

Consideramos importante mencionar que durante todo el proyecto, hemos contado con la colaboración indispensable de los Servicios de Microbiología (Dra C. Miñana) y Farmacia (Dr I. Andrés)

Los PROA suponen un cambio de cultura en la praxis antimicrobiana, y los cambios de cultura son retos complejos en los que la implicación de la Institución, la divulgación y la formación son esenciales; además, un solo Servicio nunca tiene la fuerza suficiente para generar estos cambios. Por todo ello, concienciados y convencidos de la mejora que supone la adherencia al Programa PROA, consideramos que aún queda "todo" por hacer. Nuestra intención futura es crear un Grupo de Trabajo PROA Hospitalario que extienda y divulgue el programa al resto de los Servicios del hospital, que amplíe las Guías/Protocolos y que se implique en actividades formativas, con el fin último de constituir un PROA Institucionalizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/329 ===== ***

Nº de registro: 0329

Título
CAMINANDO HACIA EL "PROA"-IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
JORGE GARCIA RUTH NOEMI, SAEZ ESCOLANO PAULA, RIDRUEJO SAEZ RAQUEL, RUIZ VALERO FRANCISCO, CORCHERO MARTIN JOSE
IGNACIO, PAMPLONA CALEJERO ELENA, SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR, IRIARTE RAMOS SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0329

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL "PROA". IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
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 eficacia de los antibióticos en la reducción de la morbimortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Además, son los únicos fármacos con efectos ecológicos, pudiendo contribuir a la aparición y diseminación de resistencias bacterianas. Estas resistencias se han convertido en un problema de salud pública de primer orden al incrementar exponencialmente la morbimortalidad, las estancias y el consumo de recursos sanitarios.

Aproximadamente el 40% de los pacientes ingresados en UCI reciben antibióticos durante algún periodo de su estancia. Muchos se prescriben en combinación y durante largos periodos, llegando a suponer el 50% del gasto farmacéutico en estas Unidades. La decisión de qué antibiótico/s usar, a qué dosis y durante cuánto tiempo, con frecuencia no se rige por protocolos ni guías de práctica clínica, sino por actuaciones repetidas dentro del equipo que se convierten en hábitos. Además, estas terapias iniciales no suelen ser desescaladas y se mantienen en ocasiones injustificadamente, dando lugar a un uso inadecuado de los antibióticos, aparición de resistencias y gastos hospitalarios innecesarios.

La implantación de Programas de Optimización del uso Antibiótico (PROA) se inició en el año 2012 tras la creación y publicación de un Documento de Consenso apoyado por distintas Sociedades Científicas. Actualmente más del 50% de los hospitales tienen un PROA institucionalizado cuyo objetivo es estandarizar el manejo de las infecciones siguiendo protocolos basados en la evidencia. Estos programas pretenden incrementar la seguridad y la calidad asistencial y además están demostrando excelentes resultados en reducción del gasto farmacéutico.

- Priorización del problema según Método de Hanlon.

- Situación de partida: Nuestro equipo ha detectado en su praxis una gran variabilidad en las pautas de manejo antibiótico atribuible al elevado nº de antimicrobianos disponible, al gran volumen de información no siempre fácil de interpretar, y la falta de protocolos que guíen esta actividad. La literatura demuestra que en ausencia de protocolos un 30-50% de las pautas pueden ser significativamente mejorables. Consideramos por tanto necesario el diseño e implantación de un programa de adecuación de la terapia antibiótica en UCI siguiendo las recomendaciones del PROA.

RESULTADOS ESPERADOS

• Objetivos generales:

- 1- Reducir el consumo de antibióticos sin empeorar los resultados clínicos.
- 2- Perseguir mejora de estos resultados con la optimización de la terapia.
- 3- Minimizar los efectos adversos, en particular la aparición de resistencias.
- 4- Garantizar la utilización de tratamientos coste-eficaces en UCI.

• Objetivos específicos:

- 1- Mejorar la adecuación de la antibioterapia empírica.
- 2- Suspensión precoz si no se demuestra proceso séptico.
- 3- Favorecer el tratamiento dirigido.
- 4- Evitar tratamientos innecesariamente prolongados.

• Objetivos futuros:

Institucionalizar y extender el PROA a todo el ámbito hospitalario

MÉTODO

- 1- Creación de un grupo de trabajo encargado de poner en marcha el proyecto.
- 2- Actividades de concienciación sobre la necesidad del uso racional de antibióticos.
- 3- Creación y análisis de un grupo control durante los seis primeros meses del Proyecto y previo a la implantación del Protocolo.
- 4- Monitorización y registro de la selección de gérmenes, aparición de multirresistencias e infección nosocomial durante todo el proyecto.
- 5- Confección de un protocolo integral de uso racional de antibióticos en UCI.
- 6- Implantación del protocolo al sexto mes de inicio del Proyecto.
- 7- Revisión, registro y análisis del cumplimiento de los protocolos.
- 8- Estudio comparativo del grupo control pre-protocolo con el grupo-protocolo.

INDICADORES

• Indicadores de implementación de medidas de cumplimiento de protocolo:

- 1- Porcentaje de pacientes que siguen el protocolo en cuanto a: recogida de muestras previo al tratamiento / elección de antibiótico-s empíricos / ajuste según función renal / desescale según antibiograma / duración de la terapia.
- 2- Tasa de cumplimiento completo del protocolo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0329

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL "PROA". IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

• Indicadores destacados de proceso y resultado a analizar en los dos grupos:

- 1- Estancia media
- 2- Proporción de pacientes con antibióticos sobre el total de pacientes
- 3- Días totales de antibióticos
- 4- Días totales de terapia antibiótica combinada
- 5- Tasa de cultivos positivos
- 6- Tasa de multirresistencias
- 7- Tasa de infección nosocomial
- 8- Gasto farmacéutico en antibióticos

- Evaluación longitudinal con recogida y análisis de datos de forma periódica. Siguiendo las recomendaciones del PROA y sin pretender medidas impositivas, se considerará patrón de oro el cumplimiento de indicadores de implementación > 90%

- Responsables: Equipo médico y Equipo de enfermería de UCI.

DURACIÓN

Octubre 2016-17:

- Octubre-marzo 2016:

Difusión y puesta en marcha. Recogida de datos del grupo control. Confección de un protocolo integral de uso racional de antibióticos.

- Marzo16-octubre17:

Recogida de datos, análisis de resultados y fin de proyecto.

- Reuniones de grupo trimestrales y actividades educativas.

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 - 2016/1082

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL Y PROVINCIAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA SEGUN LAS GUIAS DE RCP 2015

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE MIRIAM LAFUENTE MATEO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ VALERO FRANCISCO JOSE
JORGE GARCIA RUTH NOEMI
PORRAS MOLINA VALENTIN
CRUZ PALACIN JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Resultados obtenidos hasta el momento:

-Realización de 2 sesiones, con carácter interno, del curso de RCP básica para el personal de UCI.
-Colaboración en las Acciones Formativas del Sector I con cursos de RCP en el Hospital Royo Villanova y en el Hospital Nuestra Señora de Gracia: "Curso del plan de Formación del Sector I, RCP básica e instrumental" (26/10/2017).

-Actualización de los conocimientos impartidos en Ediciones anteriores, adecuándolas a las últimas recomendaciones ILCOR 2015.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Seguimiento de los indicadores del proyecto (incluyendo al menos dos mediciones de cada uno con una separación de seis meses entre ellas):

-Grado de asistencia: 90%.
-Grado de cumplimentación del calendario: 95%.
-Grado de satisfacción de los participantes en la actividad: alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nivel de ejecución del proyecto:

I. No se ha podido poner en marcha.
II. Se han iniciado algunas actividades.
III. Está muy avanzado.
IV. Ha finalizado y tiene resultados definitivos.

Se han llevado a cabo todas las actividades del proyecto, al menos parcialmente:

-Constatación de la realización del plan, con la realización de las charlas solicitadas y de las sesiones programadas de actualización.
-Calendario de formación elaborado y programado.
-Realización de reuniones posteriores para evaluación de la formación recibida y de los conocimientos adquiridos y conocer el nivel de satisfacción del personal.

7. OBSERVACIONES.

Los resultados entran dentro de lo esperado, tras las charlas impartidas en el 2014 y en el 2015 y que fueron destinadas al personal del resto de Servicios del HNSG, era necesario realizar una reciclaje para el personal de UCI para refrescar conocimientos y actualizarlos, de acuerdo a la nueva evidencia en cuanto a RCP, de manera que se ha mejorado la atención a los pacientes en PCR y en situación de riesgo.

Aún así, las sesiones de RCP han resultado insuficientes para cubrir las necesidades demandadas por el personal, por lo que resultaría interesante mantener la formación de manera permanente para ampliar la actualización a todo el personal del Hospital y, posteriormente:

-Mantener un proceso de reciclaje en las habilidades básicas de la RCP.
-Mejorar la comunicación entre los profesionales, para identificar de manera precoz los pacientes en riesgo y notificarlo al equipo oportuno.
-Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
-Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.
-Crear de un grupo de trabajo estable para mantener todas estas iniciativas vigentes y actualizadas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1082 ===== ***

Nº de registro: 1082

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1082

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL Y PROVINCIAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA SEGUN LAS GUIAS DE RCP 2015

Título

ACTUALIZACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA SEGUN LAS GUIAS DE RCP 2015

Autores:

LAFUENTE MATEO MIRIAM, RUIZ VALERO FRANCISCO, SAEZ ESCOLANO PAULA, JORGE GARCIA RUTH NOEMI, PORRAS MOLINA VALENTIN, CRUZ PALACIN JOSE MANUEL, RIDRUEJO SAEZ RAQUEL, TARRERO LOZANO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: RCP, detección precoz
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....: Seguridad, RCP

PROBLEMA

Introducción:

Cada 5 años, el ILCOR, el órgano internacional responsable de la coordinación y actualización de los aspectos relacionados con la reanimación cardiopulmonar (RCP), publicó el octubre de 2015, las nuevas guías de actuación en RCP.

Los datos respecto a las paradas cardíacas (PCR) no se han modificado y siguen representando un problema importante. La literatura internacional considera que entre un 0,4% y un 2% de los pacientes ingresados y hasta un 30% de los fallecidos precisan de RCP. La mitad de estas paradas se producen fuera de las Áreas de Críticos y en la actualidad 1 de cada 6 pacientes tratados sobrevivirá y podrá ser dado de alta.

Ahora, la apertura de los Servicios de Medicina Intensiva hacia el resto de áreas de los hospitales está cobrando relevancia. Con la creación de equipos de respuesta rápida, puede disminuirse la mortalidad y las secuelas que originan las PCR, acortando los retrasos en la respuesta mediante la optimización de la "cadena de la supervivencia hospitalaria", con medidas como:

- Detección y tratamiento temprano de las situaciones susceptibles de desencadenar una PCR
- Reconocimiento precoz de la PCR por el personal de enfermería
- Aplicación precoz y adecuada de las técnicas de soporte vital básico (SVB)
- Desfibrilación temprana, con la utilización por el personal de la desfibrilación semiautomática (DESA) fuera de las Áreas de Críticos (UCI)
- Inicio rápido y adecuado de las técnicas de soporte vital avanzado
- Instauración de cuidados postreanimación de calidad e ingreso temprano en la UCI

El Plan Nacional de RCP elaborado en el año 2005 una serie de recomendaciones sobre RCP, entre las que se encuentra desarrollar un programa de formación y entrenamiento periódico para el personal sanitario y no sanitario del hospital.

Este año, además, actualizado con las Guías ILCOR 2015.

La técnica usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido brainstorming:

- Registro de indicadores de calidad en Medicina Intensiva
- Registro de indicadores de calidad en Cardiopatía Isquémica
- Plan de detección de donantes de órganos y tejidos
- Formación específica en cuidados intensivos del personal de enfermería

Métodos de detección y de priorización empleados:

- Parrilla de análisis
- Matriz decisional

Situación de partida y resultado obtenidos:

La situación de partida es la existencia de un programa de formación en RCP en nuestro centro, puesto en marcha por este grupo hace 3 años, pero con una amplia demanda que ha hecho imposible que llegue a todo el personal del hospital, así como que sea incluido en las Acciones Formativas del Sector I.

Además, la publicación de las nuevas Guías de RCP del ILCOR 2015 hace necesaria una actualización de las charlas formativas.

Se han realizado 3 ediciones de este plan, de 3 sesiones cada una de RCP básica (segunda y terceras ediciones incluyeron manejo del DESA), lo que ha sido insuficiente, ya que quedan en lista de reserva pendiente de formar más de 20 profesionales del Centro.

Causas:

Las posibles causas de la no llegada a todo el personal, según Ishikawa, fueron:

- *Falta de sesiones formativas por imposibilidad temporal
- *Falta de formación en seguridad del paciente del profesional sanitario
- *Rotación excesiva del personal sanitario

Fuentes de información:

La principal fuente de información fueron los datos recogidos por los componentes del equipo de trabajo, sin olvidar:

- *Revisión de la bibliografía referente a seguridad del paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1082

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL Y PROVINCIAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA SEGUN LAS GUIAS DE RCP 2015

- *Observaciones de los equipos de enfermería y de medicina
- *Plan Nacional de RCP
- *Recomendaciones ILCOR 2015
- *Encuestas de satisfacción a los participantes

RESULTADOS ESPERADOS

Ampliar el Plan de Formación, ya que no ha llegado de manera completa
Reedición de 2 sesiones del curso de RCP básica, a lo largo del año 2016-2017, junto con charlas para las Acciones Formativas del Sector I
Elaboración de un Plan Hospitalario de RCP, una vez esté todo el personal formado y un grupo de trabajo estable
Acreditación de los cursos
Mejorar el pronóstico de los pacientes que sufran una PCR hospitalaria
Mejorar el reconocimiento de situaciones de riesgo
Ayudar a los profesionales de nueva incorporación
Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales

MÉTODO

Plantear un plan de formación con las nuevas ediciones del curso que se irán desarrollando a partir del segundo semestre del 2016 y primer trimestre del 2017.
Elaborar un calendario de actuaciones.
Cumplir el calendario y registrarlo.

Responsables:

Los responsables son el equipo médico de la Unidad de Cuidados Intensivos y del Servicio de Urgencias del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia, los cuales evaluarán las charlas realizadas, la formación del personal y medición de los indicadores.

INDICADORES

Indicadores:

- *Grado de asistencia.
 - *Grado de cumplimentación del calendario.
 - *Grado de satisfacción de los participantes en la actividad.
- Constatar la realización del plan.
Elaborar un calendario de formación.
Implantarlo y registrar el porcentaje de personal que recibe formación y su opinión.

DURACIÓN

Fecha de inicio: noviembre 2016.
Fecha de finalización: marzo 2017.

OBSERVACIONES

El nivel de satisfacción de los participantes ha sido excelente en todas las sesiones, repitiendo como única observación la necesidad de ampliar el Plan.

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 - 2016/0317

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TRASFUSION EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL MARTINEZ PLANAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ORTOGERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MESA LAMPLE PILAR
DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE
MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras varias reuniones entre los integrantes del proyecto, llegamos a la conclusión de que es necesario realizar una acción complementaria al procedimiento interno de petición de transfusión existente en el hospital, para algún tipo de paciente al que se le ha solicitado reservas de hemoderivados en un plan de uso diferente al que finalmente se usan los hemoderivados reservados, lo que hace que el día de la intervención se encuentre el paciente sin reservas sin que el servicio de cirugía sea consciente de esto.

Para intentar evitar esto, empezamos confeccionando un catálogo de los paciente que por alguna característica especial, pueden ser sensibles a encontrarse en las condiciones anteriormente dichas.

Una vez definidos estos casos, los hemos recogido en un cuadernillo donde se indica como actúa el servicio de transfusión en cada uno de ellos.

Este cuadernillo se imprimirá y se dejará mas adelante en los servicios, a modo de consulta.

A su vez para poder estandarizar la respuesta a cada uno de estos casos desde el servicio de transfusión del laboratorio, se ha creado una Excel que generará un aviso en todas las peticiones que cumplen estas características.

Simplemente metiendo los datos del paciente en la Excel se generarán tres copias de un informe indicando:

- NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE
- N° SEGURIDAD TRANSFUSIONAL
- N° DE CONCENTRADOS RESERVADOS
- HASTA QUE DÍA Y HORA EXACTAMENTE TIENE RESERVADOS LOS HEMODERIVADOS.

Un informe irá dirigido al Facultativo que ha hecho la petición, otro al servicio de enfermería y otro se quedará en el Servicio de transfusión del laboratorio, que lo adjuntará a la petición de transfusión.

El equipo Técnico del Laboratorio se reunió en varias ocasiones para establecer la forma de proceder en cada uno de los casos .

También se ha explicado en varias ocasiones y difundido el problema entre el personal del servicio de Geriatria y Orto geriatria.

Por circunstancias no se ha podido dar aún inicio al protocolo anterior y está pendiente de hacerse una sesión explicativa de todo el proceso para que se entienda bien y empezar a aplicarlo.

La evaluación y seguimiento se controlará en gran parte por el Laboratorio, revisando que cada petición de transfusión en estos casos cumple con las condiciones que marca este procedimiento.

Si no es así se devolverá al servicio peticionario para que a través de este protocolo se subsane el error de forma correcta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De momento se ha notado de que el personal Facultativo empieza a rellenar las solicitudes de petición para el PLAN DE USO correcto de los hemoderivados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La duración sería permanente si se comprueba que da buenos resultados. El calendario previsto para la sesión y puesta en marcha esta por determinar aunque se podría ser el mes de abril
De vez en cuando nos reuniremos para intentar solucionar algún fleco que pueda surgir cuando empiece a funcionar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0317

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TRASFUSION EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/317 ===== ***

Nº de registro: 0317

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TRASFUSION EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
MARTINEZ PLANAS ISABEL, MESA LAMPLE PILAR, GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO, DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE, MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Fractura de femur proximal
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

En la unidad de ortogeriatría del sector I, situada en el Hospital Nuestra Señora de Gracia la prevalencia de pacientes potenciales de ser receptores de una transfusión es elevada debido a la propia patología del paciente (Fractura de fémur proximal que implica en muchos casos el riesgo de hemorragia por el propio traumatismo) así como a la intervención de reducción de la fractura.

Al realizar la solicitud de hemoderivados en pacientes hospitalizados una incorrecta cumplimentación del volante de solicitud puede hacer que en ocasiones contemos con determinadas unidades de concentrados sanguíneos que en realidad no existen. Por ello la elaboración de un protocolo de cumplimentación de dicha solicitud hace que todo el personal implicado conozca cómo proceder en las diferentes situaciones que se pueden presentar.

RESULTADOS ESPERADOS

- Qué todos los profesionales del servicio de Geriatría conozcan la existencia del protocolo
- Qué todos los profesionales del servicio de Geriatría acudan a la sesión formativa sobre el mismo
- Qué no se devuelvan solicitudes de hemoderivados por una incorrecta cumplimentación
- Que no existan errores en la disponibilidad de hemoderivados por no haberse reflejado el plan de uso adecuado o la fecha de intervención

MÉTODO

- Elaboración de un protocolo de solicitud de hemoderivados junto con el servicio de laboratorio
- Difusión del mismo entre el personal del servicio de Geriatría a través del formato de sesión clínica o en las reuniones de equipo
- Difusión del mismo entre el personal del servicio de laboratorio
- Registro de las posibles incidencias que puedan surgir durante la implantación o uso del mismo

INDICADORES

- Porcentaje de profesionales formados sobre el nuevo protocolo
- Número de incidencias y tipo surgidas durante la implantación del mismo

DURACIÓN

- Octubre 2016: Elaboración del protocolo
- Noviembre 2016: Difusión del mismo
- Octubre de 2017: Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0317

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TRASFUSION EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

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 - 2016/1786

1. TÍTULO

PREPARACION PROTOCOLIZADA PREQUIRURGICA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE POLIPOSIS NASOSINUSAL

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE AMPARO CASTELLOTE ARMERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DAMBORENEA TAJADA JORGE
DE FRANCISCO ENRIQUE
RIVAS RODRIGUEZ PALOMA
NAYA GALVEZ MARIA JOSE
LABARTA MANCHO CARMEN
HERRERO EGEE ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Se han mantenido reuniones todos los lunes de Enero a Junio de 2017 para elaborar la puesta en marcha de dicho proyecto.

2- A partir de Junio se han llevado a cabo las actividades propuestas en los 26 pacientes intervenidos de CENS de Junio hasta final de año:

2.1. Citación una semana antes de la intervención de poliposis al paciente para pautar por vía oral corticoides hasta la fecha de la intervención

2.2. Se adelantó la llamada al bloque quirúrgico en 10 minutos para instilar antes de la anestesia general gotas de oximetazolina.

2.3. Explicación personalizada a los pacientes de la finalidad de dichos procedimientos por parte de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1- Disminución de 15 minutos en cada proceso quirúrgico de poliposis de los 26 realizados, por disminución de la inflamación y, por tanto, del sangrado en la intervención

2- Adelantar la retirada de taponamientos nasales.

En el mes de Diciembre se ha evaluado el impacto del proyecto midiendo los indicadores descritos en el mismo:

Indicador 1: % de pacientes con vasoconstricción y corticoterapia general previa a la cirugía de poliposis antes de la entrada a quirófano. Del st >75% el cumplimiento ha sido del 100%

Indicador 2: % de disminución de estancia hospitalaria tras implementar la mejora. Del st >10% el cumplimiento ha sido del 60%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1- Ha sido un proyecto muy bien acogido, tanto por los facultativos del grupo como por los pacientes, por lo que se seguirá llevando a cabo su implementación.

2- Excelente experiencia en la utilización conjunta en el equipo de las herramientas de calidad (lluvia de ideas, etc...)

7. OBSERVACIONES.

Lo que en principio pudo parecer un inconveniente para el paciente al hacerle repetir una visita, ha resultado ser una satisfacción para el mismo ya que debido a la demora quirúrgica el paciente ha tenido la oportunidad de contactar con su cirujano una semana antes de ser intervenido, pudiendo de este modo formularle dudas y preguntas que le han surgido a posteriori.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1786 ===== ***

Nº de registro: 1786

Título
PREPARACION PROTOCOLIZADA PREQUIRURGICA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE POLIPOSIS NASOSINUSAL.PROYECTO INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1786

1. TÍTULO

PREPARACION PROTOCOLIZADA PREQUIRURGICA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE POLIPOSIS NASOSINUSAL

HERRERO EGEA ANA, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, DAMBORENEA TAJADA JORGE, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, RIVAS PALOMA, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, LABARTA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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.....:

PROBLEMA

La cirugía de la poliposis nasosinusal tiene el inconveniente de la diátesis hemorrágica, por lo que es preciso realizar vasoconstricción previa que disminuya el sangrado y facilite la entrada del instrumental quirúrgico. En la situación de partida, se realiza con torundas impregnadas en solución de tetracaína más adrenalina, lo que puede originar molestias al paciente por lo que se efectúa bajo anestesia general. La utilidad de dicho protocolo es prioritaria para la organización del servicio ORL ya que se disminuye la duración de la intervención de poliposis y el riesgo de epistaxis.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Disminución del tiempo de anestesia general con el consiguiente ahorro de fármacos anestésicos, lo que también implica acelerar la recuperación postquirúrgica con posibilidad de adelantar el alta
2. Aumento del número de pacientes intervenidos en ORL por sesión quirúrgica y mejora del índice de ocupación quirúrgica
3. Disminución de la demora en la lista de espera quirúrgica

MÉTODO

Revisión bibliográfica sobre la preparación de los pacientes con poliposis.
Mantener reuniones en el Sº de ORL, para la creación de un protocolo de actuación consensuado.
Reuniones de seguimiento para valorar el grado de cumplimiento del protocolo y análisis de los resultados.

INDICADORES

Realización e implementación del protocolo.
% de pacientes con vasoconstricción y corticoterapia general previa a la cirugía de poliposis antes de la entrada a quirófano.

DURACIÓN

Hasta Junio de 2017: reuniones, lluvia de ideas y otras herramientas de calidad para crear el protocolo
De junio de 2017 a final de 2017: implementación del protocolo
Diciembre 2017: 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 - 2016/1787

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE ACOGIDA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CIRUGIA NASAL: SEPTOPLASTIA/TURBINOPLASTIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE ENRIQUE DE FRANCISCO GARCES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DAMBORENEA TAJADA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un documento de acogida para los pacientes.
Estamos pendientes de la elaboración de un triptico para iniciar la puesta en marche del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados quedan pendientes de analizar

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1787 ===== ***

Nº de registro: 1787

Título
ENTREGA DE INFORMACION PERIOPERATORIA A PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA NASAL. PROYECTO INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017

Autores:
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, RIVAS GARCIA PALOMA, CASTELLOTE ARMERO AMPARAO, HERRERO EGEA ANA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, LABARTA VIÑALES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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
La mayoría de los pacientes sometidos a cirugía desconocen la secuencia de actuaciones que vivirán durante su estancia hospitalaria, lo que origina una lógica situación de incertidumbre y stress. La información oral facilitada no es siempre bien asimilada. Las recomendaciones y cuidados no se realizan en ocasiones de forma adecuada y ello incide negativamente en los resultados finales de la cirugía.

El documento de acogida que se entrega a un paciente que es ingresado para un proceso quirúrgico programado aporta información al usuario y a sus familiares acerca de la intervención, estancia hospitalaria y cuidados postoperatorios.

Intenta resolver dudas, prevenir actuaciones incorrectas y asesorar a los usuarios para que su estancia sea más satisfactoria. Intenta conseguir una mayor cercanía con los profesionales sanitarios. Una correcta explicación sobre los cuidados postoperatorios puede mejorar los resultados de la cirugía.

RESULTADOS ESPERADOS

- Alcanzar una mayor satisfacción para el paciente y sus acompañantes durante la estancia hospitalaria.
- Lograr mayor colaboración y grado de compromiso de los usuarios
- Prevenir actuaciones incorrectas y promover conductas que mejoren los resultados quirúrgicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1787

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE ACOGIDA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CIRUGIA NASAL: SEPTOPLASTIA/TURBINOPLASTIA

MÉTODO

Reuniones del servicio para consensuar un documento que especifique las pautas de normalidad en este tipo de cirugía, así como los procedimientos a seguir en el cuidado postoperatorio.
Se divulgará entre todos los miembros del servicio y se estipulara la entrega del documento al paciente en su ingreso.

INDICADORES

Realización del documento
Evaluación de la recepción de la información por los pacientes mediante encuesta

DURACIÓN

Reuniones de preparación abril 2017
Propuesta de documento y discusión junio 2017
Diseño de tríptico septiembre 2017
Puesta en marcha de la entrega a pacientes octubre 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 - 2016/1787

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE ACOGIDA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CIRUGIA NASAL. SEPTOPLASTIA/TURBINOPLASTIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE ENRIQUE DE FRANCISCO GARCES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DAMBORENEA TAJADA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del documento de acogida:

PROYECTO DE CALIDAD

TITULO:
Documento de acogida en pacientes ingresados para cirugía nasal: Septoplastia/turbinoplastia

UNIDAD:
Servicio de Otorrinolaringología Sector Sanitario I Hospital Nuestra Señora de Gracia

RESPONSABLES:
Dr. Jorge Damborenea F.E.A O.R.L.
Dr. José Enrique de Francisco F.E.A O.R.L.

DATOS DE CONTACTO:
jorgedambo67@gmail.com
jedefrancisco@salud.aragon.es

OTROS PARTICIPANTES.
Dr. Rafael Fernandez Liesa
Dra. Amparo Castellote
Dra. M^a Jose Naya
Dra. Ana Herrero
Dra. Paloma Rivas
Dra. Carmen Labarta

PERTINENCIA

La mayoría de los pacientes sometidos a cirugía desconocen la secuencia de actuaciones que vivirán durante su estancia hospitalaria, lo que origina una lógica situación de incertidumbre y stress. La información oral facilitada no es siempre bien asimilada. Las recomendaciones y cuidados no se realizan en ocasiones de forma adecuada y ello incide negativamente en los resultados finales de la cirugía.

El documento de acogida que se entrega a un paciente que es ingresado para un proceso quirúrgico programado aporta información al usuario y a sus familiares acerca de la intervención, estancia hospitalaria y cuidados postoperatorios.

Intenta resolver dudas, prevenir actuaciones incorrectas y asesorar a los usuarios para que su estancia sea más satisfactoria. Intenta conseguir una mayor cercanía con los profesionales sanitarios. Una correcta explicación sobre los cuidados postoperatorios puede mejorar los resultados de la cirugía.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Alcanzar una mayor satisfacción para el paciente y sus acompañantes durante la estancia hospitalaria.
- Lograr mayor colaboración y grado de compromiso de los usuarios
- Prevenir actuaciones incorrectas y promover conductas que mejoren los resultados quirúrgicos.

POBLACION DIANA

Todos los pacientes ingresados en nuestro Servicio para cirugía nasal programada de Septoplastia y/o Turbinoplastia

OFERTA DE SERVICIOS PROPUESTA

Los documentos de acogida se encontrarán disponibles en los controles de enfermería de la planta de ORL (Servicio de Ortocirugía)

ACTIVIDADES

- 1) Se informará al personal de enfermería de la implantación del protocolo de acogida y se le consultará su opinión, a través de la Supervisora de Planta. Se podrán incorporar al documento las aportaciones que enfermería pueda sugerir.
- 2) Definitivamente aprobado el protocolo, se pondrá en marcha su implantación durante el tercer trimestre del año.
- 3) En todas las cirugías de Septoplastia y/o Turbinoplastia será la enfermera responsable del paciente la que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1787

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE ACOGIDA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CIRUGIA NASAL. SEPTOPLASTIA/TURBINOPLASTIA

entregará al paciente el documento, inmediatamente tras su ingreso.

4) El facultativo responsable del paciente, o en su caso el que tramite el alta, confirmará si este documento fue debidamente entregado, y aclarará cualquier duda sobre el mismo antes del alta hospitalaria.

5) En las sucesivas consultas el facultativo hará constar en la historia clínica si el paciente ha realizado de forma correcta las instrucciones postoperatorias

CONCLUSIONES.

Al finalizar el año se realizará una sesión clínica con la participación del personal facultativo y supervisora de enfermería de ORL, para valorar los resultados del plan de calidad: grado de satisfacción del usuario, cumplimiento de los cuidados postoperatorios y su influencia en los resultados finales de la cirugía.

Si las conclusiones son satisfactorias se valorará la implantación de protocolos de acogida para otros procesos quirúrgicos de la especialidad.

DOCUMENTO DE ACOGIDA

CIRUGIA NASAL: SEPTOPLASTIA / TURBINOPLASTIA

Usted ha ingresado en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nuestra Señora de Gracia (Sector Sanitario I de Zaragoza), para ser intervenido quirúrgicamente de cirugía nasal.

Esta cirugía está encaminada a mejorar o resolver problemas de respiración nasal.

Básicamente existen dos tipos de procedimientos quirúrgicos:

- Septoplastia: cirugía encaminada a reparar deformidades del tabique nasal
- Turbinoplastia: Cirugía encaminada a disminuir el tamaño de los cornetes.

En ocasiones, ambas cirugías pueden realizarse de forma simultánea, para mejorar los resultados.

El cirujano ya lo explicó en su momento el procedimiento quirúrgico a realizar en su caso, y usted ya firmó un Consentimiento Informado cuando fue incluido en lista de espera quirúrgica.

En todo caso, la información que se facilita en este documento es similar para todos estos procedimientos.

INGRESO Y ESTANCIA EN QUIROFANO

El personal auxiliar y de enfermería le atenderá en el momento del ingreso. Siga atentamente sus instrucciones. Si está padeciendo algún proceso catarral, o experimenta alguna sintomatología inusual, comuníquelo a la enfermera. Deberá mantener la dieta absoluta instaurada antes del ingreso. Quitese todo objeto metálico y prótesis dentales extraíbles.

Cuando le llegue el turno, será conducido en su cama a quirófano. Sus acompañantes pueden acompañarlo, y esperarán en la sala destinada al afecto hasta la finalización de la cirugía, momento en que serán informados del resultado quirúrgico por el cirujano.

Al ingresar en el bloque quirúrgico, será atendido en la Unidad de Acogida. Se le tomará una vía con gotero, y habitualmente una medicación preanestésica. El anestesista y su cirujano pasarán a visitarle.

Ya en quirófano, será sometido a la anestesia indicada en cada caso. Habitualmente se realiza bajo anestesia general.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1787

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE ACOGIDA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CIRUGIA NASAL. SEPTOPLASTIA/TURBINOPLASTIA

Al despertar, una vez una vez concluida la intervención, será conducido a una sala de recuperación postanestésica (URPA), donde permanecerá hasta que el anestesista considere oportuno, entre 30 o 60 minutos. En algunos casos ya programados y advertidos con anterioridad (debido a situaciones de mayor riesgo postoperatorio), el paciente puede ser trasladado a la Unidad de de Cuidados Intensivos (UCI).

ESTANCIA EN PLANTA

Ya en planta, será conducido a su habitación. Una enfermera le atenderá y tomará sus constantes. Recuerde que llevará unos taponamientos nasales, que le impedirán respirar por la nariz. Los taponamientos son incómodos, pero no especialmente dolorosos. Le ocasionarán sensación de opresión, ojos llorosos y molestias al tragar. Se le administrarán analgésicos y antiinflamatorios pautados y a demanda si los precisa. Lo habitual es que se origine la salida de un líquido sanguinolento por los orificios nasales, que deberá limpiar con gasa. Puede caer también líquido por detrás hacia la faringe. Si el rezume es abundante, se le colocará una gasa en forma de bigotera para que empape la secreción. Estos taponamientos se mantienen habitualmente durante 48 a 72 horas. El tiempo de estancia hospitalaria es variable, entre 24 y 72 horas. En ocasiones el paciente permanece ingresado hasta la retirada de los taponamientos. En otras, el paciente puede ser remitido a su domicilio con los taponamientos, y acudir a consultas externas para su extracción. En todo caso, mientras esté ingresado será atendido diariamente por un facultativo del Servicio, ya sea en su habitación o en Consultas Externas del Hospital. En el momento del alta hospitalaria, se le entregará un Informe de la intervención realizada, donde se detalla el tratamiento domiciliario y cuidados postoperatorios aconsejados. Se le facilitará día y hora para la primera revisión en consultas externas.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Una vez retirados los taponamientos usted notará un importe alivio en sus molestias. La secreción nasal puede ser levemente hemorrágica. Podrá respirar por la nariz, pero es habitual que las fosa nasales se obstruyan los días siguientes, por el acumulo de secreciones, tejido inflamatorio y coágulos. No se alarme, es normal. Será citado en unos días en la consulta para proceder a la limpieza de las fosas nasales. Las principales recomendaciones son:

- Es importante una buena higiene nasal mediante lavados nasales con suero fisiológico o agua de mar varias veces al día.
- Aplicación de pomada después de los lavados
- Bebe evitar sonarse con fuerza los primeros días.
- Evitar esfuerzos físicos y actividades deportivas
- Baja laboral, que será controlada por su médico de atención primaria, en función de su actividad laboral y grado de actividad física.

Si presentara hemorragia nasal importante, fiebre o cualquier síntoma anormal, debe acudir al Servicio de Urgencias del Hospital a cualquier hora, o a la consulta de ORL en horario matutino.

No dude en consultar al personal auxiliar y de enfermería, así como a su facultativo, cualquier duda que se le origine.

Le deseamos una buena estancia y recuperación.
Atentamente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendiente de valorar resultados de la implantacion

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendientes de resultados

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1787 ===== ***

Nº de registro: 1787

Título

ENTREGA DE INFORMACION PERIOPERATORIA A PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA NASAL. PROYECTO INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017

Autores:

DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, RIVAS GARCIA PALOMA, CASTELLOTE ARMERO AMPARAO, HERRERO EGEA ANA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, LABARTA VIÑALES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1787

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE ACOGIDA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CIRUGIA NASAL. SEPTOPLASTIA/TURBINOPLASTIA

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

La mayoría de los pacientes sometidos a cirugía desconocen la secuencia de actuaciones que vivirán durante su estancia hospitalaria, lo que origina una lógica situación de incertidumbre y stress. La información oral facilitada no es siempre bien asimilada. Las recomendaciones y cuidados no se realizan en ocasiones de forma adecuada y ello incide negativamente en los resultados finales de la cirugía.

El documento de acogida que se entrega a un paciente que es ingresado para un proceso quirúrgico programado aporta información al usuario y a sus familiares acerca de la intervención, estancia hospitalaria y cuidados postoperatorios.

Intenta resolver dudas, prevenir actuaciones incorrectas y asesorar a los usuarios para que su estancia sea más satisfactoria. Intenta conseguir una mayor cercanía con los profesionales sanitarios. Una correcta explicación sobre los cuidados postoperatorios puede mejorar los resultados de la cirugía.

RESULTADOS ESPERADOS

- Alcanzar una mayor satisfacción para el paciente y sus acompañantes durante la estancia hospitalaria.
- Lograr mayor colaboración y grado de compromiso de los usuarios
- Prevenir actuaciones incorrectas y promover conductas que mejoren los resultados quirúrgicos

MÉTODO

Reuniones del servicio para consensuar un documento que especifique las pautas de normalidad en este tipo de cirugía, así como los procedimientos a seguir en el cuidado postoperatorio.

Se divulgara entre todos los miembros del servicio y se estipulara la entrega del documento al paciente en su ingreso.

INDICADORES

Realización del documento
Evaluación de la recepción de la información por los pacientes mediante encuesta

DURACIÓN

Reuniones de preparación abril 2017
Propuesta de documento y discusión junio 2017
Diseño de tríptico septiembre 2017
Puesta en marcha de la entrega a pacientes octubre 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 - 2016/0452

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE PILAR MOREO BERGADA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALVO PARDO AURORA
ABAD FERRANDEZ MARIA SOL
BUSTO FERRER CARMEN
COARASA CERDAN ANA
LOPEZ GRACIA SIMEON
MORENO MARIN PILAR
TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha creado un Grupo de mejora de Comunidad Autónoma integrado, por las coordinadoras Autonómica y de las tres provincias y los radiólogos lectores del Programa.
- Se han creado grupos a nivel de cada provincia con todo el personal implicado en el Programa (facultativos, TER y aux administrativos)
- Algunos de los grupos se han reunido de forma virtual para consensuar criterios de calidad de los subprocesos
- Se ha realizado un mapa general del proceso u un documento base con el proceso "Detección precoz del cáncer de mama" común para Aragón
- Se han identificado los subprocesos del Programa: cuatro subprocesos y protocolo radiológico
- Se priorizar aquellos subprocesos que sean más prioritarios para comenzar con ellos la documentación. Se decidió el proceso "realización de prueba de cribado por TER" era el prioritario por los cambios más frecuentes de personal

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se decidió documentar los subprocesos por separado, en cada provincia, aunque sean muy similares, las actividades y responsabilidades pueden cambiar.
Los criterios de calidad serán los mismos, aunque en algunos casos cambia el estándar propuesto (participación), para motivar la mejora y poner metas alcanzables según las características de cada provincia.
Se ha documentado el Proceso general "Detección precoz de cáncer de mama" a nivel autonómico, definiendo criterios de calidad e indicadores de medida de cumplimiento
Se ha documentado el Subproceso que afecta a los TER de realización de las mamografías, definiendo criterios de calidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Era imprescindible actualizar la documentación referente al Programa de Detección Precoz del cáncer de mama en Aragón
Algunos subprocesos o instrucciones más operativas, resulta más práctico documentarlos a nivel provincial por tener en cuenta características más peculiares de las unidades de gestión del Programa en cuanto a personal ya infraestructuras.

7. OBSERVACIONES.

Se considera finalizado este proyecto, pero se va a seguir documentando.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/452 ===== ***

Nº de registro: 0452

Título
ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

Autores:
MOREO BERGADA PILAR, ABAD FERRANDEZ MARIA SOL, BUSTO FERRER CARMEN, CALVO PARDO AURORA, COARASA CERDAN ANA, LOPEZ GRACIA SIMEON, MORENO MARIN PILAR, TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0452

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Aragón comenzó en la provincia de Huesca a finales de 1996, y de forma progresiva se extendió por zonas de salud en abril de 1999 en las provincias de Zaragoza y Teruel con la participación de todas las instituciones sanitarias.

La población objetivo son las mujeres de 50 a 69 años, residentes en Aragón. Al inicio del programa la población diana eran las mujeres entre 50-64 años, y es en el año 2008, de conformidad con el consenso científico a nivel Europeo, cuando se ha ampliado la cobertura del programa de 64 a 69 años.

La prueba de cribado es una Mamografía bilateral, 2 proyecciones: cráneo caudal y oblicua media lateral con una periodicidad bienal. Se siguen las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales formulados a partir de los ensayos aleatorios efectuados, en los que se concluye, que se ha demostrado un beneficio en términos de reducción de mortalidad en los programas de cribado.

Las actividades del programa se desarrollan por zonas de salud, las mujeres son citadas mediante una carta personalizada para acudir a una Unidades fijas situadas en Hospital N^o Sra de Gracia en Zaragoza y Sagrado Corazón de Jesús en Huesca y en Unidades móviles, que se desplazan a las cabeceras de las zonas de salud. Allí se les realiza una encuesta clínico-epidemiológica y una mamografía bilateral en 2 proyecciones. Posteriormente son interpretadas por radiólogos del programa y el resultado es comunicado por carta a las mujeres.

Es un Proceso multidisciplinar, complejo en su organización, que debe asegurar en todo momento la calidad y la continuidad de sus actividades. El proceso se documentó convenientemente en sus inicios tanto en la secuencia de actividades como en sus procedimientos. El Protocolo radiológico en el que se basa el Programa también se documentó.

En la actualidad y, tras años de funcionamiento, es necesario actualizar el documento introduciendo todos los cambios que se han producido y aprovechando para analizar las secuencias de actividades y consensuar modificaciones si fuera así considerado.

En el Programa de prevención de cáncer de mama participan distintos Servicios, de distintos sectores y hospitales, también distintas categorías profesionales. Esta circunstancia enriquece el trabajo, añade un reto para asegurar la continuidad y el seguimiento y hace que sea muy importante delimitar las responsabilidades en cada paso del proceso y en la coordinación de todos ellos.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos tener documentado el PPCM, con sus subprocesos identificados y con un pequeño cuadro de mandos con los indicadores de cada uno de ellos medidos periódicamente

MÉTODO

En el proceso intervienen distintas categorías profesionales en actividades que, aunque deben asegurar la continuidad y el seguimiento, se pueden perfectamente delimitar por lo que en principio, se pretende:

- ? Crear un Grupo de mejora de Comunidad Autónoma integrado, al menos por las coordinadoras Autonómica y de las tres provincias y los radiólogos lectores del Programa. En alguno de los subprocesos se incluirá también profesionales imprescindibles en sus actividades (Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico y Auxiliares administrativos)
- ? Realizar un mapa general del proceso
- ? Someter a la valoración de todos los profesionales del PPCM el mapa realizado
- ? Identificar los subprocesos del Programa
- ? Priorizar aquellos subprocesos que sean más prioritarios para comenzar con ellos la documentación
- ? Nombrar propietarios de los procesos
- ? Identificar indicadores de medida de cada uno de los subprocesos

INDICADORES

- ? Mapa del proceso PPCM realizado SI / NO
- ? Subprocesos identificados SI / NO
- ? Identificación de, al menos, 1 indicador / proceso SI / NO

DURACIÓN

- ? Creación grupo de mejora: Octubre 2016
- ? Mapa de proceso: Diciembre 2016
- ? Subprocesos identificados y priorizados y documentados: primer trimestre 2017
- ? Indicadores seleccionados: medida trimestral
- ? Actualización del protocolo Radiológico: segundo trimestre 2017

OBSERVACIONES

El Programa de Detección Precoz de cáncer de Mama sigue los criterios marcados por la Unión Europea,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0452

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003, el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003)

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 - 2016/0850

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA PERCEPCION SUBJETIVA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE DIA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL H. NTRA SRA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES MUÑOZ CALVO
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAD POLO JUAN MANUEL
SORO RAMIA MARIA PILAR
TOMELO FERRER MONICA
GRACIA REDONDO ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se ha elaborado la encuesta de satisfacción a los usuarios. Hemos elaborado un instrumento de evaluación para medir la percepción subjetiva de satisfacción.

2. Se ha realizado una reunión con el equipo de mejora para presentar y exponer el instrumento de evaluación que se va a utilizar. Fecha de reunión: 2 de diciembre de 2016. Asistencia de todo el equipo de mejora.

Orden del Día:

Presentación de la encuesta de satisfacción

Planificación del momento en que se va a facilitar la encuesta.

Accesibilidad de la encuesta y de los recursos materiales necesarios para la cumplimentación de la encuesta

Asignación de profesionales del equipo para cada tarea.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

3. Implantación de la encuesta dentro del protocolo asistencial de HD.

Este objetivo se ha cumplido. Todos los pacientes que han ingresado en la hospitalización parcial durante el 2017 han tenido acceso a la encuesta. El día que se va a producir el alta terapéutica los pacientes disponen de un tiempo para rellenar la encuesta antes de finalizar su estancia en HD. Los pacientes que abandonan el tratamiento o se produce un alta voluntaria no rellenan la encuesta.

4. La encuesta es realizada por pacientes que han finalizado el programa de HD. (al menos el 80%). Hemos recogido 12 encuestas de pacientes, todas habían finalizado el programa de hospitalización parcial durante 2017.

5. Realización de la encuesta por pacientes que finalizaron el programa de HD y siguen vinculados a la unidad en el programa de seguimiento al alta. Hemos recogido 2 encuestas. Este objetivo no ha sido conseguido.

6. Recogida de muestra de encuestas a finales de diciembre de 2017. Nos habíamos planteado recoger al menos 30 encuestas y el objetivo no se ha conseguido. Hemos recogido 12 encuestas.

7. Dado que no se ha recogido número de muestra suficiente no se ha realizado ningún análisis estadístico de los resultados obtenidos en las encuestas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo de implantar la encuesta de satisfacción de HD dentro del protocolo asistencial del programa de hospitalización parcial pensamos que está implantado. Hemos tenido más dificultad para recoger información de las pacientes que realizaron el programa de hospitalización parcial en otro tramo temporal (no durante 2017) pero siguen vinculados al programa postalta. Por ello vamos a proponer la realización de otra reunión de equipo para monitorizar lo que está ocurriendo.

Durante este año varias personas que pertenecían al equipo inicial de mejora ya no forman parte del equipo actual, por lo cual creemos que es necesario hacer una reunión con las personas que integran el equipo asistencial si estarían interesadas en participar en el proyecto.

Nos planteamos prolongar durante un año más la recogida de información para disponer de una muestra un poco más amplia. El objetivo inicial era disponer de al menos 30 encuestas.

7. OBSERVACIONES.

Respecto a los datos obtenidos de las 12 encuestas (12 cumplimentadas) hemos realizado un análisis descriptivo cuantitativo de un ítem de la encuesta de satisfacción. El ítem es el siguiente:

Valore cómo ha cambiado su estado desde el ingreso en el Hospital de Día:

Las opciones de respuesta son las siguientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0850

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA PERCEPCION SUBJETIVA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE DIA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL H. NTRA SRA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Mucho mejor, bastante mejor, algo mejor, sin cambios, algo peor, bastante peor, mucho peor.

Los resultados obtenidos son los siguientes:

3 pacientes: mucho mejor
1 paciente: bastante mejor
3 pacientes: algo mejor

3 pacientes: sin cambios
2 pacientes: bastante peor.

7 de 12 pacientes (58%) perciben una mejoría en su estado tras haber realizado el tratamiento en régimen de hospitalización parcial.

Con una muestra tan pequeña estos datos no son significativos pero creemos que va resultar muy interesante recoger esta información acerca de la percepción subjetiva de satisfacción para luego poder implantar acciones de mejora.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/850 ===== ***

Nº de registro: 0850

Título
EVALUACION DE LA PERCEPCION SUBJETIVA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE DIA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL H. NTRA SRA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Autores:
MUÑOZ CALVO MERCEDES, TOMELO FERRER MONICA, GRACIA REDONDO ANA CRISTINA, SORO RAMIA MARIA PILAR, BERNAD POLO JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los TA son un grupo de trastornos psiquiátricos de alta incidencia, prevalencia y de larga evolución. Para dar respuesta a esta patología en nuestra comunidad Autónoma en el año 2000 se crea la unidad de referencia de TCA ubicada en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza. Debido a las reformas habidas en el Sector I en la organización del servicio de psiquiatría en julio de 2012 se realiza la unificación de la UTCA con la UTP ubicada en el Hospital Nuestra Señora de Gracia. Esta unificación supuso una reducción del espacio físico de las instalaciones del HD y también otros cambios en el proceso asistencial de la unidad. Los pacientes que participan en el programa de hospitalización parcial se caracterizan por un nivel de gravedad que les impide realizar un tratamiento de manera ambulatoria y/o situación familiar compleja. Hay una elevada comorbilidad con trastornos de personalidad lo que implica que son pacientes con mayor gravedad y peor respuesta al tratamiento. La adherencia al tratamiento es un aspecto clave en el abordaje de estas patologías, dado el alto índice de abandono que presentan estas pacientes y la vivencia subjetiva de ambivalencia que sienten frente al tratamiento. Por ello pensamos que conocer la percepción subjetiva de satisfacción de los usuarios del HD acerca de la calidad de la asistencia que se les ofrece puede favorecer la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
a. Elaboración de una encuesta de satisfacción que recoja la opinión de los usuarios.
b. Incorporar la pasación de la encuesta dentro del protocolo asistencial de nuestra unidad.
c. Al menos el 80% de los usuarios de HD completan la encuesta de satisfacción.
d. Al menos recoger una muestra de 30 encuestas completas a lo largo del primer año de implantación del programa.
e. Propuesta de acciones de mejora tras la valoración y cuantificación de los resultados obtenidos a través de la encuesta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0850

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA PERCEPCION SUBJETIVA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE DIA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL H. NTRA SRA DE GRACIA DE ZARAGOZA

MÉTODO

- a. Elaboración de la encuesta de satisfacción durante el primer mes de la puesta en marcha del proyecto de calidad. Responsable: Mercedes Muñoz Calvo (responsable del grupo)
- b. Puesta en común con el equipo de mejora para darles a conocer el instrumento de evaluación. Responsable: Mercedes Muñoz Calvo
- c. Planificación del momento en que se va a facilitar la encuesta a los pacientes dentro del protocolo de proceso asistencial. Responsable: Mónica Tomeo Ferrer
- d. Monitorización y recogida de las encuestas realizadas por los usuarios que están finalizando el programa de hospitalización parcial. Responsable: Mónica Tomeo Ferrer
- e. Accesibilidad de la encuesta y de los recursos materiales necesarios para la cumplimentación de la encuesta. Responsable: Ana Cristina Gracia Redondo, Auxiliar de clínica
- f. Monitorización y recogida de encuestas de pacientes que han finalizado el programa de HD y siguen vinculados a la unidad en el programa ambulatorio postalta. Responsable Pilar Soro Ramia. Enfermera de salud mental
- g. Valoración y tratamiento estadístico de los resultados obtenidos a través de la encuesta. Responsable: Mercedes Muñoz Calvo
- h. Elaboración de las conclusiones obtenidas tras la recogida de datos para implementar mejoras. Responsable: Juan Manuel Bernad Polo

INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

- Se ha elaborado la encuesta de satisfacción a los usuarios y reunión con el equipo de mejora para presentar y exponer el instrumento de evaluación que se va a utilizar.
- Implantación de la encuesta dentro del protocolo asistencial de HD
- La encuesta es realizada por los pacientes que acuden al HD y finalizan el programa terapéutico y por pacientes que siguen en el programa ambulatorio postalta (al menos 80%)
- Recogida de al menos 30 encuestas desde que se pone en marcha el programa hasta la finalización del primer año
- Elaboración de conclusiones y propuestas de mejora tras la recogida de las primeras 30 encuestas.
- Reunión de con el equipo de mejora para presentar los datos obtenidos y la elaboración de las propuestas de mejora.

DURACIÓN

La duración del proyecto será de un año.

La elaboración del instrumento de evaluación se realizará en el primer mes de inicio del proyecto (noviembre de 2016).

Reunión con el equipo de mejora para presentar el instrumento y operativizar la recogida de la información. Ultima semana del mes de noviembre

Inicio de recogida de encuestas: a partir del 1 de diciembre de 2016 hasta el 1 de diciembre de 2017.

Valoración de los resultados obtenidos y elaboración de propuestas concretas de mejora. Diciembre de 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 - 2016/0629

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE EQUIPO DE SALUD MENTAL Y ENDOCRINOLOGIA EN LA ATENCION A PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HNSG

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE JUAN MANUEL BERNAD POLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BANDRES NIVELA MARIA OROSIA
CABREJAS GOMEZ CARMEN
PAUMARD OLIVAN CESAR
GIL SILVA CELESTE
MUÑOZ CALVO MERCEDES
SORO RAMIA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las reuniones de coordinación previstas y las hojas de registro de los indicadores. El trabajo se ha centrado en la discusión y elaboración del protocolo de atención a la atención endocrinológica de las pacientes atendidas en la unidad de trastornos de la personalidad y la conducta alimentaria (UTPCA) del HNSG, teniendo en cuenta que es una unidad de referencia suprasectorial atendida por personal de los servicios de psiquiatría y endocrinología del sector I que se encuentran ubicados en distintos centros (HRV, HNSG, Grande Covián). No se ha podido abordar el último apartado referido a la valoración subjetiva de la atención endocrinológica recibida por los pacientes, puesto que los cambios se han implementado a lo largo del año y sería prematuro explorar en este momento la percepción del cambio. Se ha comunicado a través de los jefes de servicio de endocrinología y psiquiatría los cambios habidos y se va a presentar próximamente el protocolo actual en formato estandarizado, aunque consideramos que el mismo no sea definitivo y pueda estar sujeto a nuevos cambios ya que los acuerdos alcanzados, si bien consideramos que mejoran significativamente la atención actual, distan mucho de ser la situación ideal de funcionamiento de una unidad de este tipo. Respecto a la comunicación a los pacientes, esta se ha hecho de forma individual, ya que el itinerario a seguir va a depender de varios factores (tipo patología, gravedad de la misma, sector al que pertenece, procedencia o no de UTCA infantil) y no se puede informar de forma general a los pacientes, por ejemplo a través de un folleto, ya que podría dar lugar a confusión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Disponemos en la actualidad de un registro y protocolo de atención de las pacientes con anorexia nerviosa (AN) atendidas en la UTPCA. El objetivo del protocolo ha sido mejorar la atención a pacientes AN que presentan criterios de gravedad y son susceptibles de ingresar en UTPCA, UCE de psiquiatría del HRV u otro hospital de referencia y planta de endocrinología del HRV. Ha quedado en segundo término la atención a otras patologías de conducta alimentaria como bulimia y trastorno por atracón que, si bien son de elevada prevalencia y gravedad psiquiátrica, por comorbilidad con trastorno límite de la personalidad en el caso de la bulimia, requerirían una menor supervisión desde el punto de vista endocrinológico. Respecto al T. por atracón que tiene relación con la obesidad y la cirugía bariátrica señalar que la atención al mismo está muy disgregada (valoraciones psiquiátricas de pacientes candidatos a cirugía bariátrica de sector I en consulta de psicopatología del HRV en coordinación con endocrinología de sector según protocolo y seguimiento de pacientes derivados de otros sectores a UTPCA. No se ha planteado en el grupo cambios referidos a este grupo de pacientes al no considerarlos prioritarios.

A lo largo de 2017 se han atendido 108 casos nuevos en consultas externas de TCA de los cuales 26 han estado en seguimiento por endocrinología. Dos pacientes ingresadas en UTPCA requirieron alimentación por sonda nasogástrica que fue indicada por medicina interna del HNSG. Dos pacientes ingresaron en planta de endocrinología siendo atendidas a través de la interconsulta psiquiátrica del HRV. No hubo ningún caso de alimentación con autorización judicial. En el 90% de los casos se dispone de hoja de registro de seguimiento endocrinológico. La proporción de nuevos casos derivados a consultas de endocrinología es del 25%. No ha sido posible determinar el número total de pacientes en seguimiento endocrinológico que no son de sector, al estar centrado el registro en casos nuevos y realizarse el seguimiento de casos antiguos en distintas consultas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han discutido alternativas de mejora del proceso de atención a la paciente anoréxica grave que requiere seguimiento endocrinológico intensivo, atención que sufrió las consecuencias de disgregar la UTCA tal como fue creada en su día en el HRV. Si bien tras el cambio habido pudieron mejorar aspectos del tratamiento psiquiátrico de estas pacientes, el seguimiento por endocrinología por parte de un equipo de referencia a lo largo de todo el proceso de la enfermedad y su coordinación con los psiquiatras que las atienden es imposible para todas las pacientes con AN con la organización actual, dada la dispersión de los endocrinólogos y otros médicos que se encargan de la salud física de las pacientes (pediatría del HCU, endocrinólogos de área de cada sector, médicos de familia, internistas). La creación del protocolo ha servido para focalizar la atención en las pacientes con AN grave que precisan hospitalización de día o completa ya que con los cambios habidos han podido ser derivadas al servicio de endocrinología del sector I, con amplia experiencia en el tratamiento de estas pacientes desde la creación de la unidad en HRV, que se hacen cargo del seguimiento durante toda la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0629

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE EQUIPO DE SALUD MENTAL Y ENDOCRINOLOGIA EN LA ATENCION A PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HNSG

enfermedad (salvo si están ingresadas en UTPCA HNSG). El grupo de calidad ha servido para tomar conciencia de la importancia de un trabajo coordinado que asegure una buena atención médica que va evitar secuelas a largo plazo irrecuperables desde el punto de vista médico aunque haya una buena evolución desde el punto de vista psiquiátrico. Queda pendiente un cambio organizativo a fondo que solucionara los problemas encontrados de funcionamiento unitario (psiquiatría-endocrinología) de la UTPCA. De las varias alternativas posibles (vuelta a la organización previa al cambio, integración de endocrinología en consultas, hospitalización de día o completa en el HNSG, u otras que pudieran plantearse) se han discutido ventajas e inconvenientes sin llegar a una conclusión que por otra parte se escaparía a los objetivos y competencias de un grupo de calidad, pero consideramos que al menos, con los medios y organización actuales, hemos avanzado en una atención de calidad en las pacientes con AN grave.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/629 ===== ***

Nº de registro: 0629

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE EQUIPO DE SALUD MENTAL Y ENDOCRINOLOGIA EN LA ATENCION A PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA UNIDAD DE TCA DEL HNSG

Autores:
BERNAD POLO JUAN MANUEL, BANDRES NIVELA MARIA OROSIA, CABREJAS GOMEZ CARMEN, PAUMARD OLIVAN CESAR, MUÑOZ CALVO MERCEDES, SORO RAMIA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
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 trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de trastornos psiquiátricos de alta incidencia y prevalencia en nuestro medio. En edad adulta los principales problemas atendidos son la anorexia, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Los TCA son enfermedades mentales de alta incidencia, prevalencia y larga evolución. El tratamiento de los TCA se contempla como un proceso en el que van a intervenir diferentes profesionales, siendo clave la coordinación y la continuidad de cuidados en la eficiencia de los servicios.

En el año 2000 en Aragón se crea como unidad de referencia la UTCA del HRV, dirigida al tratamiento de pacientes adultos, dependiente del Servicio de Psiquiatría. El servicio de Endocrinología proporcionaba la atención que correspondía a su especialidad a lo largo de todo el proceso terapéutico, haciendo el seguimiento de las pacientes durante el tratamiento ambulatorio y las hospitalizaciones, si era el caso.

Debido a las reformas habidas en el Sector I en la organización del servicio de psiquiatría, la atención a los TCA sufrió así mismo una importante transformación que supuso la pérdida del funcionamiento de la UTCA como una unidad funcional conjunta con el servicio de Endocrinología. Los pacientes pasaron a derivarse a los servicios jerarquizados de endocrinología de los distintos sectores según la procedencia de los mismos. Durante la hospitalización de día el seguimiento ambulatorio seguía siendo el mismo y durante la hospitalización completa la atención era proporcionada por el servicio de Medicina Interna del HNSG.

La consecuencia final del traslado ha sido la intensificación del tratamiento en aspectos psiquiátricos y psicoterapéuticos al tiempo que se perdía la continuidad terapéutica en el área endocrinológica siendo difícil la coordinación del tratamiento.

OBJETIVOS:
1. Proporcionar a los pacientes con TCA una atención integral entre los equipos de Salud Mental y de endocrinología, tanto en el paciente ambulatorio como en el ingresado en hospitalización de día y completa
2. Elaborar protocolos de actuación, con criterios de calidad mínimos que permitan la asistencia de forma coordinada entre psiquiatría y endocrinología a pacientes con TCA teniendo en consideración todos los recursos disponibles para su tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0629

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE EQUIPO DE SALUD MENTAL Y ENDOCRINOLOGIA EN LA ATENCION A PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HNSG

3. Evitar complicaciones graves relacionadas con las alteraciones nutricionales

RESULTADOS ESPERADOS

- El psiquiatra responsable del paciente conoce y puede coordinarse con el endocrinólogo de referencia del paciente (>80%)
- Se dispone de un proceso de la atención endocrinológica del paciente UTCA en cada uno de los momentos de la asistencia
- El paciente en tratamiento en UTCA recibe asistencia endocrinológica con criterios de calidad definidos (>80%)

MÉTODO

- Reunión al menos con carácter trimestral del equipo de calidad que supervisará la elaboración de protocolos y hojas de registro de los indicadores: responsable: Juan Manuel Bernad Polo (responsable del grupo)
- Elaboración de criterios de calidad mínimos en la atención por parte de endocrinología en cada uno de los momentos de la asistencia (ambulatoria y hospitalización) Responsable: Dra. Orosia Bandrés
- Elaboración de un registro individual que refleje el seguimiento actual de los pacientes (psiquiatra y endocrinólogo de referencia, sector, tipo de derivación, etc) de. Responsable: Pilar Soro Ramia
- Valoración subjetiva de los pacientes de la atención recibida en aspectos orgánicos de la enfermedad Responsable: Mercedes Muñoz Calvo
- Elaboración de un calendario de implementación de mejoras Responsable: Dr. César Paumard Oliván

INDICADORES

- Se ha elaborado el proceso de atención por endocrinología de los pacientes de la UTCA
- Se han elaborado los criterios de calidad mínimos de la atención por parte de endocrinología en cada uno de los momentos asistenciales
- Proporción de pacientes nuevos que poseen la hoja de registro de seguimiento endocrinología
- Proporción de nuevos casos que han sido derivados a consultas de endocrinología
- Proporción de pacientes que tienen seguimiento en consultas endocrinología HRV que no corresponde al sector
- Número de pacientes hospitalizados en HNSG que han precisado nutrición por vía oral o por sonda NSG
- Índice de satisfacción de los pacientes afectados en lo que se refiere a la atención de endocrinología, psiquiatría, enfermería y psicología.
- Se ha elaborado en el primer año el calendario de mejoras

DURACIÓN

La duración será de dos años. La primera reunión tendrá lugar en el último trimestre de 2016 y posteriormente con carácter trimestral. Se tomará acta de cada una de las reuniones, realizando una memoria transcurrido un año. Al final del segundo año se valorará la conveniencia de prorrogar o no el 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 : 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 - 2016/1784

1. TÍTULO

CREACION DEL EQUIPO GESTOR DE CASOS DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE VICENTE RUBIO LARROSA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAUMARD OLIVAN CESAR
SOLANS GARCIA ANA
BUATAS LOPEZ MARIA JOSE
RIVASES AUNES ANA
QUETGLAS BERNARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Colaborar en la valoración y planificación individualizada de las intervenciones con los profesionales de la USM.
2. Mantener con el paciente y su familia un contacto regular planificado e identificación de situaciones críticas.
3. Realizar intervenciones grupales.
4. Dar una respuesta rápida a la demanda por medios telefónicos o si fuera preciso la intervención en el domicilio del paciente.
5. Coordinación directa con la USM, en los casos que se requiera otro tipo de intervención.

En el momento actual se han designado los coordinadores de cada uno de los equipos, el plan de actuación y la selección de un grupo de pacientes que serian los pacientes diana en quien actuar.

En la UTPCA se han mantenido reuniones mensuales con familiares de pacientes iniciando un asesoramiento mediante pautas y actuaciones preventivas hacia los pacientes que conviven con dichas familias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizará una evaluación cualitativa mediante escalas de situación clínica, de adaptación social y de calidad de vida.

La evaluación del programa se llevará a cabo mediante encuestas de satisfacción a pacientes y familiares.

Para la evaluación cuantitativas se utilizaran los siguientes indicadores:

- Número de pacientes en seguimiento por el Equipo Gestor de Casos en el periodo anual.
- Número de pacientes incluidos en el programa/ número de profesionales (ratio estándar: 10-15 pacientes por profesional)
- Porcentaje anual de hospitalizaciones (número de pacientes que ingresan /número de pacientes en el programa x 100)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto de Gestión de Casos para 2017 del Servicio de Psiquiatría del Sector Zaragoza I, consistente en la creación y dotación de un grupo de profesionales en la UTPCA de Hospital Ntra. Sra. De Gracia, en el Centro de Salud Mental Actur Sur y en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Amparo Poch, no ha podido desarrollarse plenamente ya que no se ha procedido todavía a la contratación de los profesionales de refuerzo (Enfermería y Trabajo Social) por parte de la Coordinación de Salud Mental del SALUD tal y como figura en el Plan de Salud Mental vigente.

De cualquier manera si que se han designado los coordinadores de cada uno de los equipos, el plan de actuación y la selección de un grupo de pacientes que serian los pacientes diana en quien actuar.

En la UTPCA se han mantenido reuniones mensuales con familiares de pacientes iniciando un asesoramiento mediante pautas y actuaciones preventivas hacia los pacientes que conviven con dichas familias.

De cualquier manera el proyecto continúa en vigor y se iniciaría en 2018 siempre y cuando se proceda a la contratación de los profesionales previstos.

7. OBSERVACIONES.

Se incluirá en el AG_2018 de la Unidad Clínica de Psiquiatría del H. Nuestra Señora de Gracia (ZARAGOZA)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1784 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1784

1. TÍTULO

CREACION DEL EQUIPO GESTOR DE CASOS DE TRANSTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017)

Nº de registro: 1784

Título
CREACION DEL EQUIPO GESTOR DE CASOS DE TRANSTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (HNSG)

Autores:
RUBIO LARROSA VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El objetivo principal es ofrecer una atención intensiva y coordinada a grupos de pacientes con enfermedad mental grave que presenten dificultades para un correcto seguimiento por la Unidad de Salud Mental

RESULTADOS ESPERADOS
Crear un equipo gestor de casos formado por enfermero, psicólogo y trabajador social.

MÉTODO
Se han designado los coordinadores de cada uno de los equipos, el plan de actuación y la selección de un grupo de pacientes que serían los pacientes diana en quien actuar.

En la UTPCA se han mantenido reuniones mensuales con familiares de pacientes iniciando un asesoramiento mediante pautas y actuaciones preventivas hacia los pacientes que conviven con dichas familias.

De cualquier manera el proyecto continúa en vigor y se iniciaría en 2018 siempre y cuando se proceda a la contratación de los profesionales previstos.

INDICADORES
1. Colaborar en la valoración y planificación individualizada de las intervenciones con los profesionales de la USM.
2. Mantener con el paciente y su familia un contacto regular planificado.
3. Realizar intervenciones grupales.
4. Dar una respuesta rápida a la demanda por medios telefónicos o si fuera preciso la intervención en el domicilio del paciente.
5. Coordinación directa con la USM, en los casos que se requiera otro tipo de intervención.

Número de pacientes en seguimiento por el Equipo Gestor de Casos en el periodo anual.
-Número de pacientes incluidos en el programa/ número de profesionales (ratio estándar: 10-15 pacientes por profesional)
- Porcentaje anual de hospitalizaciones (número de pacientes que ingresan /número de pacientes en el programa x 100)

DURACIÓN
Continuación del proyecto en 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 - 2016/0631

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (I) FASE INICAL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ASUNCION CAMPOS SANZ
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMO CALVO LAURA
HERNANDEZ FLETA FABIOLA
GALLEGO MURILLO MARIA JESUS
OLARTE MOLINERO ANA MARIA
VIZAN IDOIBE TERESA
MORENO GONZALEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- ENTREGA Y EXPLICACION DE LA GUIA ICTUS A FAMILIARES Y PACIENTES.
- REGISTRO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS Y MODIFICACIÓN DE LA HOJA DE REGISTRO.
- INFORMACIÓN AL PERSONAL SANITARIO PARA MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON ICTUS INGRESADO EN FASE AGUDA EN EL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA.
- COLOCACION DE CARTELES INFORMATIVOS EN LAS CABECERAS DE LA CAMA.
- REUNIONES MANTENIDAS DE ACUERDO AL CALENDARIO.
-MATERIAL: GUIA ICTUS, CARTELES INFORMATIVOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL RESULTADO MUY SATISFACTORIO RESPECTO AL N° DE FAMILIARES Y/O PACIENTES A LOS QUE LES HA LLEGADO LA GUIA ICTUS. INDICADORES: N° DE PACIENTES Y/O CUIDADORES SUSCEPTIBLES DE RECIBIR LA GUIA E INFORMACIÓN RESPECTO AL N° DE PACIENTES INGRESADOS CON ICTUS EN EL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (SIENDO ATENDIDOS 55 PACIENTES DE UNA TOTAL DE 55 INGRESOS CON ICTUS SUSCEPTIBLES DE RECIBIR LA INFORMACION.
-NO HA SIDO ASÍ CON EL INDICADOR DE N° DE PERSONAL SANITARIO SUSCEPTIBLE DE SER FORMADO, POR LA ROTACIÓN DEL MISMO. FORMANDO UN PORCENTAJE MUY PEQUEÑO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL ASPECTO MAS COMPLICADO DE SOLUCIONAR ES CONSEGUIR QUE TODO EL PERSONAL SUSCEPTIBLE DE SER FORMADO EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ICTUS RECIBA LA INFORMACION, DEBIDO A LA ROTACION EN EL POOL DE DICHO PERSONAL. EL PLANTEAMIENTO DEL EQUIPO ES ORGANIZAR QUE UN FISIOTERAPEUTA Y/O TERAPEUTA OCUPACIONAL ACOMPAÑE EVENTUALMENTE AL PERSONAL DURANTE EL MANEJO (TRASFERENCIAS) DE ESTOS PACIENTES. LA SATISFACION DEL EQUIPO RESPECTO A LA ATENCION AL PACIENTE Y/O FAMILIARES A SIDO COMPLETA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/631 ===== ***

N° de registro: 0631

Título
ATUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (I). FASE AGUDA INICIAL

Autores:
CAMPOS SANZ ASUNCION, ROMO CALVO LAURA, CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN, HERNANDEZ FLETA FABIOLA, GALLEGO MURILLO MARIA JESUS, OLARTE MOLINERO ANA MARIA, VIZAN IDOIBE TERESA, MORENO GONZALEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
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 - 2016/0631

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (I) FASE INICAL

Coordinar las intervenciones de los diferentes profesionales que atienden al Ictus en fase Aguda durante su ingreso hospitalario, Siendo este proyecto una continuación del 147 puesto en marcha el año anterior, pero separado el ingreso hospitalario del alta, realizando un proyecto en dos fases: atención multidisciplinar durante el ingreso (I) y preparación al alta (II). Formación del personal sanitario y no sanitario en el manejo del ICTUS así como difusión de la GUIA ICTUS.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir el riesgo de lesiones que conllevan las trasferencias que se realizan en estos pacientes.
Mejorar la información y formación de los familiares y pacientes con ICTUS.
Mejorar los tiempos de recuperación mediante la estimulación precoz y cuidados posturales adecuados.
Mejorar la coordinación y uso de protocolos en dicha patología.

MÉTODO

Revisión de los cuidados posturales en planta.
Colocación de carteles con fotografías que recuerden los cuidados posturales.
Detección del paciente con ICTUS en el momento que ingresa.
Reuniones periódicas con los familiares y personal sanitario y no sanitario para sesiones de formación en el manejo del ICTUS.
Estimulación precoz con colocación de calendarios en las habitaciones que les orienten en el tiempo.

INDICADORES

Nº de cuidadores o pacientes que reciben la GUIA ICTUS/ Nº de pacientes ingresados con diagnostico de ACV en el Hospital Ntra Sra de Gracia

Nº de profesionales susceptibles de recibir formación en el manejo del ICTUS/ Nº de profesionales que reciben la formación en el Hospital Ntra Sra de Gracia

DURACIÓN

3/11/16 Primera reunión de grupo para poner en marcha el proyecto.
30/9/17 Fin de 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 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 - 2016/0289

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LAS MEDIDAS DEL PROTOCOLO DE RESISTENCIA ZERO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ELENA PAMPLONA CALEJERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR
TARRERO LOZANO MARIA CARMEN
SERON ABANTO PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas:

?Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado. Octubre 2016.
?Actividad 2ª: Se recicló y formó al personal sanitario en cuanto a medidas, forma de realizar correctamente los aislamientos, forma de tomar correctamente los frotis mediante sesiones. Utilización de un power point y fotocopias que se entregaron a todo el personal. Noviembre -Diciembre 2016.
?Actividad 3ª: Medición de indicadores. Enero 2017.
?Actividad 4ª: Comunicación al personal de los resultados obtenidos. Enero 2017.
?Actividad 5ª: Establecer nuevas medidas para corregir deficiencias, si las hubiere. Actividad prevista de realizar en una reunión en Febrero 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados obtenidos hasta el momento:

?-Revisión de los resultados previos.
?-Difusión de la información.
?-Formación y reciclaje del personal.
?-Recordatorio, estandarización y consolidación de todas las medidas y actuaciones de enfermería y médicas en el Paquete de Recomendaciones del protocolo de RZ para reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más BMR de origen nosocomial Intra-UCI.
?-Mejora de la comunicación entre los profesionales.
?-Formación de los profesionales de nueva incorporación.
?-Optimización de la utilización de recursos humanos y materiales.

Seguimiento de los indicadores del proyecto:

?-Grado de conocimiento de los profesionales relacionados con las medidas de RZ.
?-Grado de la correcta aplicación de las medidas incluidas en el Paquete de Recomendaciones del protocolo de RZ (ej: toma de frotis, aislamientos, cumplimentar el "Listado de Verificación de Riesgo" para identificar posibles portadores de BMR,...)
?Se han considerado dichos indicadores con resultado correcto mediante la comprobación de la correcta aplicación de las medidas del Protocolo de RZ.
Las pequeñas deficiencias encontradas serán comentadas y subsanadas en una próxima reunión prevista en febrero:
-Olvidos puntuales en la realización de frotis.
-Tardanza en los resultados de los frotis por parte de Microbiología, lo que supone un alargamiento innecesario en los aislamientos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las pequeñas deficiencias encontradas, una vez analizados los indicadores, serán comentadas y subsanadas en una próxima reunión prevista en febrero:
-Olvidos puntuales en la realización de frotis.
-Tardanza en los resultados de los frotis por parte de Microbiología, lo que supone un alargamiento innecesario en los aislamientos.

Se puede indicar que el nivel de ejecución del proyecto ha finalizado con éxito y tiene resultados definitivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/289 ===== ***

Nº de registro: 0289

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0289

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LAS MEDIDAS DEL PROTOCOLO DE RESISTENCIA ZERO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Título

CONSOLIDACION DE LAS MEDIDAS DEL PROTOCOLO DE RESISTENCIA ZERO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:

PAMPLONA CALEJERO ELENA, SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR, SAEZ ESCOLANO PAULA, TARRERO LOZANO MARIA CARMEN, SERON ABANTO PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE PLURIPATOLOGICO
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Introducción:

En el ámbito hospitalario los pacientes ingresados en UCI presentan una vulnerabilidad aumentada para desarrollar infecciones nosocomiales (20-30%) y son especialmente susceptibles de ser colonizados y/o infectados por bacterias multirresistentes (BMR).

Como consecuencia de todo ello se prolonga la estancia media en UCI, se incrementan los costes y la morbilidad.

Resulta necesario una intervención estandarizada mediante la aplicación de un Paquete de Recomendaciones para prevenir la emergencia y/o la diseminación de BMR en paciente críticos.

Así pues, a través de un Plan de Seguridad Integral, se conseguirá promover y fortalecer la cultura de la seguridad en el trabajo diario de las UCI.

Por todo esto, proponemos la consolidación de dicho Paquete de Recomendaciones, de manera que todas las acciones llevadas a cabo consigan una sistemática de trabajo más segura, uniforme y permanente.

Métodos de detección y priorización empleados:

Tras la formación de un grupo de trabajo para valorar los problemas existentes u oportunidades de mejora que se pueden dar en nuestro medio laboral, se hizo una selección, y posterior priorización mediante la técnica de Hanlon.

Siendo lo más puntuado, la consolidación de las medidas del protocolo de Resistencia Zero en pacientes ingresados en UCI.

Importancia y utilidad del proyecto:

- Afianzar las medidas ya instauradas.
- Detectar de forma precoz las BMR y prevenir su diseminación.
- Repercutir en la evolución del paciente y en el coste sanitario, al reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más BMR de origen nosocomial Intra-UCI.
- Promover la cultura de seguridad en UCI, mediante la consolidación de un documento que registre el nivel de cumplimiento de las medidas establecidas por el Paquete de Recomendaciones de RZ para:
 - Evitar complicaciones.
 - Disminuir el nº de resultados erróneos.
 - Unificar criterios de actuación.
 - Sensibilizar, concienciar y formar al personal sanitario de las medidas a tomar.

Situación de partida:

- Descenso de la variabilidad de los cuidados con las medidas adoptadas hasta el momento.
- Correcta aplicación de medidas a consolidar.

Causas:

Se determinaron según el diagrama de Ishikawa:

- Falta de un medio de evaluación de las medidas de RZ.
- Falta de conocimiento y/o reciclaje por parte del personal.
- Falta de medios de difusión.
- Rotación excesiva del personal sanitario.

Fuentes de información:

La información fue recogida a través del trabajo diario de los componentes del equipo de trabajo, sin olvidar la revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

RESULTADOS ESPERADOS

- Revisar los resultados previos
- Difundir la información.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0289

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LAS MEDIDAS DEL PROTOCOLO DE RESISTENCIA ZERO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

- Formar y reciclar al personal.
- Recordar, estandarizar y consolidar todas las medidas y actuaciones de enfermería y médicas en el Paquete de Recomendaciones del protocolo de RZ para reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más BMR de origen nosocomial Intra-UCI.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales.
- Ayudar y formar a los profesionales de nueva incorporación.
- Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales

MÉTODO

Medidas previstas:

- Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado.
- Actividad 2ª: Reciclar y formar al personal sanitario: tipos de aislamientos, correcta toma de frotis, interpretación de carteles de aislamiento, correcta limpieza del material clínico, correcta higiene diaria del paciente colonizado o infectado por BMR con productos que contengan Clorhexidina al 4% (Hibiscrub),...
- Actividad 3ª: Medición de indicadores tras haber realizado la formación del personal sanitario.
- Actividad 4ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos.
- Actividad 5ª: Establecer nuevas medidas para corregir deficiencias, si las hubiere.

Responsables:

Tanto el equipo médico como el personal de enfermería (enfermeras y TCAEs) de la Unidad de Cuidados Intensivos reciclarán al personal y medirán los indicadores.

INDICADORES

Los indicadores empleados serán los siguientes:

- Grado de conocimiento de los profesionales relacionados con las medidas de RZ.
- Grado de la correcta aplicación de las medidas incluidas en el Paquete de Recomendaciones del protocolo de RZ (ej: toma de frotis, aislamientos, cumplimentar el "Listado de Verificación de Riesgo" para identificar posibles portadores de BMR,...)

Se considerará resultado correcto la:

- "Aplicación correcta de las medidas del Protocolo de RZ"

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre 2016.

Fecha de finalización: Febrero 2017.

Calendario:

- Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado. Octubre 2016.
- Actividad 2ª: Reciclar y formar al personal sanitario: medidas, forma de realizar correctamente los aislamientos, forma de tomar correctamente los frotis. Noviembre -Diciembre 2016.
- Actividad 3ª: Medición de indicadores. Enero 2017.
- Actividad 4ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos. Enero 2017.
- Actividad 5ª: Establecer nuevas medidas para corregir deficiencias, si las hubiere. Febrero 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0977

1. TÍTULO

ELABORACION PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HNSG. VALORACION DE REALIZACION DE PROTOCOLO TRANSFUSIONAL EN UCI

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO CORCHERO MARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE MATEO MIRIAM
SAEZ ESCOLANO PAULA
RIDRUEJO SAEZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha designado un grupo de trabajo, aprobado por la Comisión de Calidad y Seguridad del servicio de Medicina Intensiva.

Hasta el momento se ha realizado, en colaboración con la Comisión de Transfusiones y Hemoderivados, por parte de la Dra Lafuente, una revisión y adaptación a las necesidades del servicio del Protocolo de Transfusión Masiva del Sector II.

Se encuentra en proceso de realización un protocolo de transfusión sanguínea y hemoderivados en el paciente crítico, basado en la "Guía de transfusión de hemoderivados. Hospital Real Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza" elaborada por la Dra. Esther Franco y supervisada por la Comisión de Transfusiones y Hemoderivados; y en los documentos de consenso de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias:

- "2013. Documento Sevilla de Consenso sobre Alternativas a la Transfusión de Sangre Alogénica. Actualización del Documento Sevilla"
- "2016. Implementation of a management protocol for massive bleeding reduces mortality in non-trauma patients: Results from a single centre audit".

Como esquema de trabajo se ha elaborado una guía de con los principales temas que se deben abordar en el Protocolo de Transfusión de sangre y hemoderivados en el paciente crítico:

- "Efectos adversos de la Transfusión":
- "Transfusión de los diferentes componentes en el paciente crítico":
- "Alternativas a la transfusión":
- "Derivados plasmáticos":
- "Proceso transfusional":
- "Aspectos éticos y legales relacionados con la transfusión"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de la Guía de Transfusión masiva del Hospital Nuestra Señora de Gracia

revisión del documento de transfusión de hemoderivados del centro, que una vez aprobado será la base para el protocolo de transfusión del servicio, ya en ejecución, se presentará a la Comisión de seguridad del Servicio en el segundo trimestre del año 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conseguido el objetivo de elaborar el protocolo de transfusión masiva y transfusión de hemoderivados; este segundo pendiente de validar por la comisión de Seguridad del Servicio.
Integración en la comisión de hemoderivados del centro de dos profesionales del Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/977 ===== ***

Nº de registro: 0977

Título
ELABORACION PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL H NUESTYRA SEÑORA DE GRACIA. VALORACION DE REALIZACION DE PROTOCOLO TRANSFUSIONAL EN UCI

Autores:
CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO, IRIARTE RAMOS SONIA, LAFUENTE MATEO MIRIAM, SAEZ ESCOLANO PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0977

1. TÍTULO

ELABORACION PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HNSG. VALORACION DE REALIZACION DE PROTOCOLO TRANSFUSIONAL EN UCI

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 .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La anemia es un problema frecuente en el paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que habitualmente se trata con la transfusión de Concentrados de Hematíes (CH) con la finalidad de aumentar la cantidad de oxígeno arterial y el aporte de éste a los tejidos. En este sentido, la transfusión de glóbulos rojos ha demostrado su eficacia en determinadas patologías médicas y quirúrgicas, aumentando la supervivencia de estos pacientes que se encuentran en situaciones de anemia grave o shock hemodinámico. Sin embargo, las transfusiones no están exentas de efectos secundarios, por lo que pueden implicar un aumento de la morbimortalidad del paciente. Conocer las características de administración de los hemoderivados es por tanto del mayor interés dado que son productos escasos cuyo uso tiene gran impacto clínico, tanto por sus efectos terapéuticos como por sus efectos secundarios. Para optimizar la utilización de hemoderivados en nuestras unidades vamos a elaborar una guía de procedimiento sobre las indicaciones y forma de administración de dichos productos en nuestro centro.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar el uso de hemoderivados en nuestra Unidad.
Protocolizar las indicaciones y el procedimiento de administración de las transfusiones en nuestra Unidad.
Valorar la elaboración de un protocolo de transfusión de hemoderivados.

MÉTODO

Elaboración de una guía de transfusión de hemoderivados en nuestra Unidad.
Elaboración de una hoja de registro o checklist en la que se recojan indicaciones, posibles complicaciones y cumplimentación del procedimiento establecido para llevar a cabo la transfusión (hoja de autorización, solicitud)

INDICADORES

Elaboración de la guía - protocolo - procedimiento transfusional de la Unidad.
Elaboración hoja de registro

DURACIÓN

Año 2016 Noviembre Diciembre reuniones preparatorias.
Año 2017 Elaboración y aprobación documentación.

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: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0562

1. TÍTULO

INCIDENCIAS EN EL TRIAJE DE ALTAS POR LA CONSULTA DE ENFERMERIA. MEJORAS EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE GEMA LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARROYO RAMOS ESTHER
MARTINEZ AVEZUELA JOSE ANTONIO
BELENGUER ANSON PILAR
GIL SANCHEZ ESPERANZA
ESCARTIN GARCIA CARLOS
GUILLEN VIRUETE CARMEN
FALCES GARCIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La clasificación que sigue los estándares internacionales, comprende los 5 niveles ya conocidos, desde el nivel I de máxima urgencia vital, al nivel V de pacientes con patología no urgente, que pueden ser tratados en otro nivel asistencial. Y ahí es donde se puso en marcha el apartado de Consulta de Enfermería, en tareas que eran perfectamente asumibles por enfermería, como método de evitar sobrecargas de trabajo tanto en número de pacientes como en casos urgentes que requerían la presencia de todo el equipo.
Planeamos hacer dos cortes para el estudio, pero se vio que era más práctico valorar todo el año 2017. La actividad principal es la realización del Triage-PAT. Del triaje se detectan los pacientes con nivel V que pueden ser atendidos por enfermería y previa información al médico de guardia, se realizan las acciones necesarias para la solución del problema.
Los motivos de consulta más comunes son: heridas simples, cura de heridas, retirada de puntos, quemaduras simples, inyecciones de vacunas, consulta de joven y consulta de protocolo de policía...
Todo el personal de enfermería es conocedor y usuario del recurso "Consulta de Enfermería".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según los indicadores trabajados, se observa la poca utilización que se le da a este recurso, que podría descargar de presión asistencial a los servicios de urgencias, pero que se infrautiliza.
1er Indicador: Dentro del número total de urgencias (20.106) cuantos pacientes son atendidos en la consulta de enfermería (75)
Este 1er indicador nos da un 0,0037%, cantidad insignificante y nada representativa de lo que este recurso podría ofrecer
2º Indicador: Dentro del número total de urgencias cuantos pacientes salen con el informe correctamente cumplimentado de la consulta de enfermería, incluido diagnóstico de enfermería. Este 2º indicador se entrega en un 99%, pues por defecto el informe de alta se imprime y se le da a todos los pacientes cuando se van.
Estos datos se obtienen del programa PCH.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se pudo observar una mayor satisfacción del usuario en la atención recibida en el servicio de urgencias, en relación a la rapidez de atención y al tiempo que había transcurrido.
Se aseguro la praxis de enfermería frente a la toma de decisiones sencillas y actuaciones rápidas.
Se priorizo la atención y el triaje de enfermería.
Se intentó mejorar la utilización de los recursos de personal mediante una mejor distribución de las cargas de trabajo, pero con las cifras existentes no se ha conseguido.
El recurso podría descargar de presión asistencial al Servicio pero se necesitaría un consenso de actuación entre enfermería y los facultativos médicos, cosa que no existe en estos momentos, para llegar a protocolos de actuación que pudiera hacer enfermería con efectividad y sentido común.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/562 ===== ***

Nº de registro: 0562

Título
INCIDENCIAS EN EL TRIAJE DE ALTAS POR LA CONSULTA DE ENFERMERIA: MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Autores:
LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ GEMA, ARROYO RAMOS ESTHER, EGIDO MARTINEZ TERESA, BELENGUER ANSON PILAR, GIL SANCHEZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0562

1. TÍTULO

INCIDENCIAS EN EL TRIAJE DE ALTAS POR LA CONSULTA DE ENFERMERIA. MEJORAS EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

ESPERANZA, ESCARTIN GARCIA CARLOS, GUILLEN VIRUETE CARMEN, FALCES GARCIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patologías leves
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente somos el único hospital de la red del SALUD que tiene en el Programa PCH de Urgencias y dentro del PAT o Triage, que de forma continuada utiliza enfermería para la clasificación de pacientes, un apartado para dar altas que realiza en exclusividad el personal de enfermería.
Este apartado se creó ante el incremento de actividad en el Servicio de Urgencias Hospitalarias, SUH, con la incorporación de la Consulta ambulatoria de los pacientes que eran atendidos en el punto de Atención Continuada, PAC, ubicado en el Centro de Salud de Sagasta, clausurado en julio de 2014.
La clasificación que sigue los estándares internacionales, comprende los 5 niveles ya conocidos, desde el nivel I de máxima urgencia vital, al nivel V de pacientes con patología no urgente, que pueden ser tratados en otro nivel asistencial. Y ahí es donde se puso en marcha el apartado de Consulta de Enfermería, en tareas que eran perfectamente asumibles por enfermería, como método de evitar sobrecargas de trabajo tanto en número de pacientes como en casos urgentes que requerían la presencia de todo el equipo.
Pues como ya es sabido, esta clasificación integra conceptos como gravedad, complejidad o urgencia y prioriza cada caso en su nivel asistencial y aunque el triaje no es más que una valoración clínica preliminar, puede ser un parámetro indirecto que mida la complejidad de cada urgencia y por lo tanto el profesional que es capaz de realizarlo.
Gestionar, valorar las diferentes problemas, conocer las causas, introducir parámetros de cambio y/o modificación, se cree sería una oportunidad de mejora para el paciente que acude al SUH y puede ser atendido en la Consulta de Enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mayor satisfacción del usuario en la atención recibida en el servicio de urgencias, en relación atención /tiempo.
2. Asegurar la praxis de enfermería frente a toma de decisiones sencillas, conflictivas o complejas.
3. Priorizar la atención y el triaje de enfermería, con la unificación de Diagnósticos de Enfermería e intervenciones (Triage Abanzado)
3. Mejorar la utilización de los recursos de personal mediante una mejor distribución de las cargas de trabajo.
6. Mayor motivación e implicación del personal enfermero

MÉTODO

El método que enfermería usa en el triaje está basado en el PAT.
La responsabilidad del Triage es de enfermería, de ellos depende la valoración de los pacientes que acuden a urgencias. Como procedimiento para saber si el apartado de Consulta de enfermería responde a criterios de eficacia y de eficiencia por parte del personal enfermero se pretende aplicar los nuevos indicadores propuestos, además de los que normalmente se utilizan en el PAT.
Para ello se seguirán todos los pasos descritos en el programa y cuando el nivel del triaje nos indique un nivel V o incluso el paciente nos refiera un problema que puede solucionar enfermería sin presencia médica, se aplicara el apartado consulta de Enfermería. Una vez solucionado el problema enfermería procederá a darle el alta con su correspondiente informe para el médico o enfermería de su Centro de Salud.

INDICADORES

Para poder emitir un informe de alta de enfermería con calidad es necesario, aportar al alta el diagnostico, la actividad realizada y las recomendaciones hechas al paciente.
Para ello se quiere saber, con los indicadores propuestos, primero que numero de pacientes que son dados de alta en la Consulta de enfermería y segundo que numero de pacientes salen con un diagnostico especifico de enfermería.
1er Indicador: Dentro del número total de urgencias cuantos pacientes son atendidos en la consulta de enfermería.
2º Indicador: Dentro del número total de urgencias cuantos pacientes salen con el informe correctamente cumplimentado de la consulta de enfermería, incluido diagnostico de enfermería.

1er Indicador :Nº Pacientes con alta de la Consulta de Enfermería
Nª Pacientes en Urgencias

2º Indicador:Nº Pacientes con Informe de DdE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0562

1. TÍTULO

INCIDENCIAS EN EL TRIAJE DE ALTAS POR LA CONSULTA DE ENFERMERIA. MEJORAS EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Nº Pacientes en Urgencias

DURACIÓN

Se programa una valoración de 6 meses, desde noviembre de 2016 hasta abril de 2017 y después evaluar los resultados.

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 - 2016/0558

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA DOCUMENTACION DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA PURIFICACION LORENTE GORDO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CIPRIAN GALINDO ROSARIO
ASCASO VILLAGRASA SUSANA
FERNANDEZ LOPEZ MIGUEL
ANGULO BORQUE ANA OLGA
VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA
ORTIZ BARCELO MARIA LUISA
CIRES ORTIZ RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Uno de los objetivos de la Comisión de Documentación Clínica es avanzar en la Historia Clínica Electrónica, y de esta forma, generar cada vez menos papel.
Tomamos conciencia de la gran cantidad innecesaria de documentación que se imprimía desde el Servicio de Urgencias: Informes de Laboratorio, Radiología, Urgencias..
Además de imprimir estos documentos, el gasto se incrementaba con: sobres, etiquetas, cajas, custodia y gestión por una empresa externa.
Propuse en la Comisión de Documentación que el Archivo digitalizara los documentos que no están en HCE, una vez que el Servicio de Urgencias se comprometiera a revisar la documentación impresa, que hasta entonces era una media de dos cajas definitivas cada tres días.
El Técnico de Informática de la Comisión de Historias pone a disposición del Archivo las herramientas informáticas necesarias.

Del Servicio de Urgencias bajan diariamente a nuestro Servicio un sobre con la documentación del día anterior. Generamos un PDF de cada paciente por separado y se guarda en un archivo creado por Informática. Diariamente digitalizamos los informes del día anterior. Quedan colgados en Intranet, en su episodio de Urgencias, llamado "documentación en papel".
Esta tarea la hemos incluido en el turno de tarde, para realizarlo con mayor tranquilidad y evitar errores. La mayor presión es el fin de semana, calculamos realizar la digitalización en un plazo de dos o tres días siguientes a la recepción del sobre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Avanzar en la gestión de Documentación en HCE, eliminando la historia en papel.
2. Reducción de gasto en custodia y gestión de Documentación.
3. Facilitar el trabajo de los Facultativos del Servicio de Urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración positiva, buena comunicación con los compañeros del Servicio de Urgencias y el Servicio de Informática.

La realización de la actividad es minuciosa, poniendo mucho cuidado al escanear y nombrar cada paciente, los medios con los que contamos no son profesionales de digitalización.

Pendiente de valorar en la Comisión de Documentación los documentos que se están digitalizando.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/558 ===== ***

Nº de registro: 0558

Título
DIGITALIZACION DE LA DOCUMENTACION DE URGENCIAS

Autores:
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION, CIPRIAN GALINDO ROSARIO, FERNANDEZ LOPEZ MIGUEL, VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA, ASCASO VILLAGRASA SUSANA, ANGULO BORQUE ANA OLGA, CIRES ORTIZ RAFAEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0558

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA DOCUMENTACION DE URGENCIAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

Uno de los objetivos de la Comisión de Documentación Clínica es avanzar en la implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE), y de esta forma, generar cada vez menos papel. Se objetivó la gran cantidad de documentación que se viene imprimiendo por el Servicio de Urgencias: Informes de Laboratorio, Radiología, Urgencias. Además del coste de imprimir estos documentos, el gasto se incrementaba con: sobres, etiquetas, cajas de archivo, etc., a lo que había que añadir la custodia y la gestión documental que se realiza por una empresa externa. Se propuso a la Comisión de Documentación Clínica que el Archivo digitalizara los documentos que no están en HCE, una vez que el Servicio de Urgencias se comprometiera a revisar la documentación impresa, que hasta entonces suponía una media de dos cajas definitivas cada tres días (tipo, AZ). El Técnico de Informática de la Comisión de Historias se responsabilizó del diseño e implementación de las herramientas informáticas necesarias.

RESULTADOS ESPERADOS

Avanzar en la gestión de Documentación en soporte de HCE, eliminando, progresivamente, la historia en papel.

Reducción de gasto en custodia y gestión de Documentación.

MÉTODO

Desde el Servicio de Urgencias bajan diariamente al Servicio un sobre con la documentación del día anterior. Se genera un PDF de cada paciente por separado y se guarda en una carpeta creado por Informática. Diariamente se digitalizan los informes del día anterior. Quedan alojados en Intranet, en su episodio de Urgencias, denominado como "documentación en papel". Esta tarea se ha incorporado en el turno de tarde, para realizarlo con mayor tranquilidad y evitar errores. La mayor presión es el fin de semana, se calcula realizar la digitalización en un plazo de dos o tres días a partir de la recepción del sobre.

INDICADORES

% Historias digitalizadas= nº Historias digitalizadas / nº Urgencias atendidas

DURACIÓN

Tras varios ajustes en las tareas, a fecha 1 de Junio se comenzó a escanear documentación.

01/07/2016: se han resuelto dudas respecto a documentos que llegaban y se ha protocolizado la actuación en cada caso.

15/09/16: Valoración del trabajo en periodo vacacional, con menos plantilla trabajando.

01/12/16: Valoración.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0062

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES EN VIAS PERIFERICAS TRAS EXTREMADA ASEPSIA CUTANEA

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA MERCEDES DIESTE GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO GIMENO MARIA ANGELES
SALAS BAS MARIA PILAR
USON ALVAREZ CRISTINA
LOZANO SANCHEZ ELENA
MORALES HIJAZO LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han desarrollado reuniones espaciadas en tiempo suficiente como para ir tomando decisiones y aplicando las mismas en el ámbito asistencial. Dichas actas pueden consultarse en los anexos. Centrándonos ya en las actividades propiamente dichas, lo primero que se planteó fueron los criterios de inclusión al proyecto. Tras un consenso se acordó la idoneidad de basar el estudio en pacientes que portaran la vía durante un tiempo que considerábamos suficientemente extenso como para producir flebitis en algún momento de la estancia hospitalaria (5 días). Por otra parte, se planteó el orden cronológico en el que se llevarían a cabo las actividades propuestas, y el material a utilizar (hoja de registro). Una vez determinados los pacientes a estudio, se canaliza la vía venosa periférica extremando la asepsia. Para ello se desinfecta la piel con CLORHEXIDINA ALCOHOLICA 2% y se deja el tiempo estándar de actuación, con el fin de lograr el máximo efecto. Tras la desinfección cutánea se procede a la inserción de la vía venosa con un catéter no inferior a 20G en el lugar adecuado según el tipo de intervención. A la hora de fijar el equipo se opta por un apósito estéril transparente de manera que quede visible el punto de inserción, así como un halo de seguridad, mediante el cual se podría observar fácilmente cualquier eritema o signo sugerente de riesgo de infección y por tanto una posible flebitis. Queda manifestado que todas estas actividades son llevadas a cabo por el personal implicado en el proyecto perteneciente al servicio de preanestesia. Como indicadores se decide seleccionar: la visualización del punto de inserción, la palpación, así como la temperatura corporal, para ello se deja indicado a las enfermeras de hospitalización de destino que la temperatura quede monitorizada por turno quedando registrados dichos datos; pudiéndose recoger la información.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se recogen datos de 34 pacientes, con una media de ingreso de 7 días. De los cuales el 79,5% no sufrieron flebitis, y el 20,5 % sí.
De los que sufrieron flebitis, el 66% tuvieron la vía obturada antes de retirarla.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ante los resultados obtenidos y la experiencia directa de los que hemos trabajado en este proyecto, queda demostrado que la clorhexidina alcohólica al 2% es eficaz en la prevención de flebitis. Así pues, con estas conclusiones creemos necesario remitir este documento para modificar la Guía de inserción de catéteres periféricos en otros servicios.

7. OBSERVACIONES.

Especificamos acciones realizadas:

Acta I - 12 de diciembre, 2016

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano, Pilar Salas.

1. Se elige a Cristina Usón como secretaria del proyecto
2. Se plantea el método de trabajo para realizar el seguimiento de los pacientes incluidos en el estudio.
3. Se elabora una hoja de registro para facilitar la recogida de datos.

Acta II - 27 de marzo, 2016

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano.

1. Se valoran los datos recogidos hasta el momento: edad, días de ingreso, presencia o no de fluidoterapia y cambio de vía por flebitis.
2. Se decide ampliar el número de muestra.

Acta III - 12 de junio, 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0062

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES EN VIAS PERIFERICAS TRAS EXTREMADA ASEPSIA CUTANEA

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano, Lorena Morales.

1. Se expone la evolución de la recogida de datos.
2. Se propone realizar una hoja Excel con todos los datos para la posterior evaluación del proyecto.
3. Se plantea próxima reunión para septiembre donde se analizará el estudio y se procederá a realizar la memoria.

Acta IV - 25 de septiembre, 2017

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano.

1. Se expone la hoja Excel con los resultados obtenidos.
2. Se comprueba todo el proceso.
3. Se diseña un borrador para realizar la memoria final del proyecto.

Acta V - 24 de octubre, 2017

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano, Lorena Morales.

1. Se revisan las conclusiones del trabajo.
2. Se diseña la memoria final.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/62 ===== ***

Nº de registro: 0062

Título
DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES EN VIAS PERIFERICAS TRAS EXTREMADA ASEPSIA CUTANEA

Autores:
DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES, MORALES HIJAZO LORENA, GIMENO GIMENO MARIA ANGELES, LOZANO SANCHEZ ELENA MARIA, USON ALVAREZ CRISTINA, SALAS BAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes quirurgicos
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
- Fueron detectadas flebitis en vías periféricas en pacientes quirúrgicos cuya causa podría ser la falta de asepsia en la inserción del catéter.
-Se prioriza este problema debido a que el aumento del numero de flebitis influye directamente en el retraso de la recuperación del paciente post quirúrgico

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Disminuir y/o eliminar las flebitis en vías periféricas cuya causa fuese el no extremar la asepsia durante la inserción.
- Concienciar al personal de la importancia de la asepsia en la colocación de catéteres periféricos.

MÉTODO
Procedimiento para conseguir los objetivos deseados:

- En los pacientes que van a ser intervenidos en nuestro quirófano, se canalizara la vía periférica extremando la asepsia:
-Se desinfectara la piel con clorhexidina alcohólica 2%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0062

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES EN VIAS PERIFERICAS TRAS EXTREMADA ASEPSIA CUTANEA

- Tras la inserción se colocara un apósito estéril transparente dejando visible el punto de inserción.
- Las responsables de la tarea serán las enfermeras de preanestesia.

INDICADORES

-Temperatura corporal:

-Se dejara indicado en la unidad de hospitalización que se monitorice la temperatura por turno y se recogerán y registrarán los datos al día siguiente.

-Eritema cutáneo:

-Se observara la presencia de eritema en la zona de inserción a las 24h y 48h tras la canalización. Registrando los resultados observados.

DURACIÓN

-Duracion:

-Se inicia en el momento de inserción del cateter periferico y se realiza seguimiento durante 48 h

-Cronograma:

1º Anotar hora de inserción y persona responsable.

2º Registrar lo observado siguiendo los indicadores a las 24/48 horas.

3º 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 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 - 2016/1580

1. TÍTULO

EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LOS ESTUDIOS PREOPERATORIOS PARA CIRUGIA ELECTIVA (PROGRAMADA)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN BONO ARIÑO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ BUENO AMELIA
MARTINEZ BAZAN ROSARIO
FACORRO GASPAS ELENA
ACIN LAZARO MARIA PILAR
SANZ GANDESEGUI MARIA
FACI BOUTHELIER ANGEL
VAQUERIZO GARETA ALFONSO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El cirugía electiva que se realiza en el Hospital Royo Villanova, de pacientes procedentes de las consultas del Centro de Especialidades Grande Covián, en la Historia Clínica del paciente, se adjunta una hoja de color amarillo en la que se solicitan las pruebas preoperatorias necesarias para la intervención quirúrgica a realizar y teniendo en cuenta a su vez, las características del paciente. Dicho documento permite la solicitud de pruebas preoperatorias según clasificación de grupos (1, 2, 3, 4 y 5)

La solicitud la realiza el facultativo correspondiente y posteriormente es verificado o revisado en la consulta de enfermería de preanestesia. Además se tramita la petición del preoperatorio, teniendo en cuenta la clasificación por grupos de pacientes propuesta

Desde julio de 2016, se intento llevar adelante este proyecto de forma no sistemática.

Posteriormente tras reuniones del Servicio de Anestesia con los Servicios Quirúrgicos (Cirugía General, Oftalmología, Traumatología y Urología) y enfermera de preanestesia de Grande Covián, decidimos con fecha 20 de enero de 2017, llevar a cabo este proyecto e instaurarlo de forma continuada. Se realiza estudio de dos muestras: Primera muestra: entre julio y septiembre de 2017, revisamos una muestra de 100 historias clínicas de pacientes (25 pacientes de cada una de las especialidades mencionadas) para cirugía electiva, con pacientes de ambos y de todas las edades.

El 23 de octubre de 2017 se informó a las partes implicadas de los resultados obtenidos.

Segunda muestra: en noviembre y diciembre de 2018, se vuelve a valorar otra muestra de otros 100 pacientes, con las mismas características que la anterior.

Los resultados de ambas series se detallan a continuación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Primera muestra: pacientes del primer trimestre de 2017:

A.- Pacientes que SI cumplen este proyecto:

Grupo 1: 2 pacientes que representa 2,77%

Grupo 2: ninguno

Grupo 3: 30 pacientes que representa 41,66%

Grupo 4: 40 pacientes que representa 55,55%

Grupo 5: ninguno

Total de preoperatorios correctos 72 pacientes

Total de preoperatorios valorados 100 pacientes

B.- Pacientes desechados

Pacientes del Hospital Royo Villanova y Clínico "Lozano Blesa" donde no se aplica dicho proyecto.

Pacientes intervenidos quirúrgicamente de urgencia

Pacientes a los que se ha realizado más de una intervención quirúrgica

Reintervenciones quirúrgicas de un mismo proceso

Intervenciones quirúrgicas con valoración anestésica mediante hojas de colaboración

Pacientes procedentes de UCI

Total número de pacientes desechados 16

C.- Pacientes que NO cumplen este proyecto:

Por no realizarse la solicitud del grupo en condiciones

Por no realizarse dicha solicitud

Total numero de pacientes: 12 (3 corresponden al grupo 3 y 9 pacientes al grupo 4)

Segunda muestra: pacientes evaluados el 24 de noviembre de 2017 y correspondientes a los meses de septiembre y octubre de 2017.

Se revisa 100 historias y 100 pacientes

A.- Pacientes que SI cumplen este proyecto:

Grupo 1: 5 pacientes que representa 6,41%

Grupo 2: 6 pacientes que representa 7,69%

Grupo 3: 35 pacientes que representa 44,87%

Grupo 4: 30 pacientes que representa 38,46%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1580

1. TÍTULO

EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LOS ESTUDIOS PREOPERATORIOS PARA CIRUGIA ELECTIVA (PROGRAMADA)

Grupo 5: 2 pacientes que representa 2,56%
Total de preoperatorios correctos 78 pacientes
Total de preoperatorios valorados 100 pacientes

B.- Pacientes desechados

Pacientes del Hospital Royo Villanova y Clínico "Lozano Blesa" donde no se aplica dicho proyecto.
Pacientes intervenidos quirúrgicamente de urgencia
Pacientes a los que se ha realizado más de una intervención quirúrgica
Reintervenciones quirúrgicas de un mismo proceso
Intervenciones quirúrgicas con valoración anestésica mediante hojas de colaboración
Pacientes procedentes de UCI
Total número de pacientes desechados 12

C.- Pacientes que NO cumplen este proyecto:

Por no realizarse la solicitud del grupo en condiciones
Por no realizarse dicha solicitud
Total numero de pacientes: 10 (5 corresponden al grupo 3 y 5 pacientes al grupo 4)

La fuente de obtención y el método es el archivo de Historias Clínicas del Hospital Royo Villanova.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con este proyecto se consigue:

- Minimizar las pruebas preoperatorias.
- Minimizar los riesgos del paciente
- Maximizar los recursos.
- Control más exhaustivo del paciente
- Disminución del coste económico
- Reducir las listas de espera de pruebas complementarias
- Mejorar la calidad asistencial.

Recomendamos seguir cumpliendo este proyecto e incluso perfeccionarlo y ampliarlo a otras áreas.

7. OBSERVACIONES.

Es un proyecto eficaz y eficiente y debemos continuarlo y perfeccionarlo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1580 ===== ***

Nº de registro: 1580

Título
EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LOS ESTUDIOS PREOPERATORIOS PARA CIRUGIA ELECTIVA (PROGRAMADA)

Autores:
BONO ARIÑO CARMEN, LOPEZ BUENO AMELIA, MARTINEZ BAZAN ROSARIO, FACORRO GASPAS ELENA, ACIN LAZARO MARIA PILAR, SANZ GANDASEGUI MARIA, FACI BOUTHELIER ANGEL, VAQUERIZO GARETA ALFONSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes sometidos a cirugía electiva
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión ("no hacer")
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Habitualmente, se han venido solicitando pruebas complementarias de manera sistemática a todos los pacientes sometidos a cirugía electiva, independientemente de sus circunstancias personales o de salud. El proyecto está de acuerdo con los objetivos del Departamento de Sanidad y los de la Sociedad Española de Anestesiología; Reanimación y Terapéutica del Dolor, así como con las recomendaciones sobre el "NO HACER".

RESULTADOS ESPERADOS

1.- Adecuar la solicitud de pruebas complementarias en los preoperatorios a lo que recomienda la evidencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1580

1. TÍTULO

EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LOS ESTUDIOS PREOPERATORIOS PARA CIRUGIA ELECTIVA (PROGRAMADA)

- 2.- Mejorar la comodidad del paciente.
- 3.- Mejorar la seguridad del paciente
- 4.- Estudiar los posibles costes evitados.

GRUPOS DE PACIENTES:

Pacientes que van a ser intervenidos de cirugía electiva con las siguientes características:

Grupo 1: < 40 años: CMA o similar y sin factores de riesgo. Nada

Grupo 2: < 40 años: CMA o similar. OM. Rx tórax, ECG

Grupo 3: > CMA o similar y sin factores de riesgo.

Hemograma, Bioquímica y ECG si no tienen previo.

Grupo 4: > 60 años; < 40 años con factores riesgo; procedimientos severos. Hemograma, Hemostasia, Bioquímica, Rx tórax y ECG

Grupo 5: Mujer fértil, CMA o similar, sin factores de riesgo.

Hemograma

MÉTODO

Solicitar las pruebas complementarias en los preoperatorios de Cirugía electiva (programada), según la clasificación por grupos propuesta.

- 1.- Desde julio de 2016 se intentó llevar adelante este proyecto de forma no sistemática
- 2.- Documentar el procedimiento.
- 3.- Evaluar retrospectivamente el nivel de cumplimiento en el primer trimestre de este año.
- 4.- Reforzar la colaboración de los Servicios Quirúrgicos.
- 5.- Reforzar la colaboración con la consulta de enfermería preanestésica de Grande Covián.

INDICADORES

Grado de adecuación por grupos (preoperatorios correctos sobre total de preoperatorios y para cada grupo).

Estándar > de 75% para cada grupo.

DURACIÓN

- 1.- Reunirse con las partes interesadas en enero- febrero 2017.
- 2.- Revisar una muestra de pacientes intervenidos en el primer trimestre del año.
- 3.- Julio-Septiembre. Documentar el procedimiento
- 4.- Informar en octubre a los partes implicados del procedimiento establecido.
- 5.- En noviembre-diciembre, evaluar los meses de septiembre-octubre.
- 6.- En enero-febrero de 2018, elaborar la memoria 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 - 2016/0755

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE EQUIPOS Y MATERIALES EN UN QUIROFANO DE CIRUGIA GENERAL

Fecha de entrada: 11/11/2017

2. RESPONSABLE RAQUEL CANO LAZARO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERDEJO GARCIA MARIA PILAR
ESBEC ALBALAD MARIA PILAR
HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD
ROCHE ORDUNA MIRIAM
SANTOLAYA SANCHEZ NATIVIDAD
TABUENCA SANCHEZ FRANCISCO
TOLON SORO ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La solicitud del Proyecto de Mejora, motiva la formación de un grupo de trabajo, con comunicación de las novedades y avances del proyecto a través de correo electrónico.

Se inicia el trabajo con una revisión bibliográfica en las principales bases de datos y revistas de impacto.

Se decide acotar inicialmente el Listado de Verificación al quirófano nº3, por ser el más utilizado en la cirugía urgente. Se realiza entonces un inventario de los equipos y materiales de dicha ubicación.

El disponer de este listado, permite diseñar un Checklist inicial, proponiendo la cumplimentación en formato papel en un primer momento del proyecto.

Tras la puesta en común, y para la valoración de su idoneidad, se cumplimenta en turno de mañanas por el mismo personal (M^a Pilar Esbec y Raquel Cano) durante 10 días. Se valora la cumplimentación del mismo por parte del grupo de trabajo, realizando algunas modificaciones al listado inicial. Queda preparado para su puesta en marcha.

Se decide adjuntar unas fotografías plastificadas del quirófano y el antequirófano nº3 para facilitar la localización y reubicación de los equipos y materiales.

Está pendiente de fecha la puesta en común en sesión de enfermería, para su difusión entre el conjunto de los enfermeros quirúrgicos.

El cronograma del proyecto ha sido el siguiente:

- Formación del grupo de trabajo, septiembre de 2016.
- Revisión bibliográfica: diciembre 2016 - enero 2017.
- Inventario de equipos y materiales: marzo - mayo 2017.
- Diseño del listado de verificación: junio - agosto 2017.
- Puesta en marcha del listado inicial y registro de resultados: septiembre - octubre 2017.
- Valoración de resultados y modificación del impreso: octubre - noviembre 2017.
- Sesión clínica con los enfermeros quirúrgicos del Servicio: noviembre - diciembre 2017 (pendiente de fecha).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados han sido:

- El inventario del quirófano nº3
- La propia elaboración del Listado de Verificación de Equipos y Materiales
- Y la prueba piloto de diez días de duración

La prueba piloto ha permitido valorar como positiva la implantación del impreso de nueva creación. La percepción informal del personal implicado en el proyecto con respecto al resto de trabajadores del servicio, ha sido de interés por conocer el trabajo, y de mejora en la reubicación, orden y cuidado de los equipos y materiales del quirófano.

En fecha por determinar, entre los meses de noviembre y diciembre de 2017, se realizará la sesión de enfermería prevista para la difusión del trabajo realizado, la puesta en común del nuevo impreso y las fotografías (quirófano y antequirófano nº3), de cara a fijar un plazo breve para su incorporación a la práctica diaria en los turnos de mañana, tarde y noche.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la práctica diaria es preciso chequear los equipos y materiales del quirófano antes del inicio de la jornada quirúrgica, como parte de las prácticas de seguridad.

Dicha revisión pretende detectar posibles fallos en la reposición de los mismos, desubicación o deterioro de equipos, y cualquier incidencia relacionada con la dotación básica del quirófano.

El desarrollo del Listado de Verificación, ha pretendido el diseño de una herramienta útil para la estandarización de las revisiones que realiza la enfermera quirúrgica en cada turno. Supone una manera de dar soporte escrito a esta actividad enfermera destinada a mejorar la seguridad y la calidad en la asistencia al paciente quirúrgico, optimizando el tiempo destinado a tal tarea.

La comunicación está íntimamente relacionada con la seguridad. El verdadero trabajo en equipo, es el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0755

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE EQUIPOS Y MATERIALES EN UN QUIROFANO DE CIRUGIA GENERAL

realizado interactuando, con interdependencia y objetivos comunes: calidad y seguridad en la atención al paciente durante la cirugía. El nuevo impreso aúna a todos los actores implicados en el proceso quirúrgico, y dista del trabajo en grupo, en el que cada parte se limita a su propio trabajo. La preparación del quirófano en condiciones óptimas como espacio destinado para la cirugía, requiere de una coordinación de otro equipo de trabajo distinto al quirúrgico: enfermera, TCAE, celador, limpieza (alergia al látex, limpieza previa) y servicio de mantenimiento (chequeo diario). El grupo de trabajo de este Proyecto de Mejora, coincide en que la implantación de esta nueva herramienta de trabajo en el quirófano 3, es un punto de partida para su adaptación e implantación gradual en todos los quirófanos. Asimismo, se considera deseable la informatización del Listado de Verificación una vez concluida su implantación completa en el Bloque Quirúrgico.

7. OBSERVACIONES.

Se adjuntan en correo electrónico, el impreso elaborado en este proyecto, junto con las fotografías dispuestas en el quirófano para su correcta cumplimentación.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/755 ===== ***

Nº de registro: 0755

Título
DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION SEGURIDAD DE EQUIPOS Y MATERIALES EN UN QUIROFANO DE CIRUGIA GENERAL

Autores:
CANO LAZARO RAQUEL, HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD, ESPEC ALBALAD MARIA PILAR, ROCHE ORDUNA MIRIAM, TABUENCA SANCHEZ FRANCISCO, SANTOLAYA SANCHEZ MARIA NATIVIDAD, TOLON SORO ESPERANZA, BERDEJO GARCIA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la práctica diaria es preciso chequear los equipos y materiales del quirófano antes del inicio de la jornada quirúrgica, como parte de las prácticas de seguridad. Dicha revisión pretende detectar posibles fallos en la reposición del mismo, desubicación o deterioro de equipos, o cualquier incidencia relacionada con la dotación básica del quirófano. El desarrollo de un listado de verificación tipo checklist, pretende el diseño de una herramienta útil para la estandarización de las revisiones que realiza la enfermera quirúrgica en cada turno. Supondría una manera de dar soporte escrito a esta actividad enfermera destinada a mejorar la seguridad y la calidad en la asistencia al paciente quirúrgico.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL:
Elaborar e implantar una lista de verificación seguridad de equipos y materiales quirúrgicos.
OBJETIVOS SECUNDARIOS:
Dar soporte escrito a la revisión del quirófano como actividad enfermera.
Dar un uso óptimo a los equipos y materiales quirúrgicos.

MÉTODO
El método incluye una revisión bibliográfica en las principales bases de datos y revistas de impacto. Formación de un grupo de trabajo
Realización de un inventario de los equipos y materiales
Diseño de un checklist inicial, puesta en marcha del mismo y registro de resultados.
Puesta en común con el conjunto de enfermeros quirúrgicos en sesión clínica, y posterior revisión y actualización del mismo si se estima necesario.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0755

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE EQUIPOS Y MATERIALES EN UN QUIROFANO DE CIRUGIA GENERAL

- Número de listados de verificación cumplimentados / total de días de desarrollo del checklist inicial
- Valoración del grado de cumplimiento de listado en función de los turnos de enfermería de mañana, tarde y noche.

DURACIÓN

El proyecto se inició en el mes de septiembre, y está prevista una duración máxima de doce meses.

El calendario que se plantea es:

- Formación del grupo de trabajo, revisión bibliográfica e inventario de equipos y materiales: septiembre de 2016 - diciembre 2016
- Diseño del listado de verificación: enero 2017
- Puesta en marcha del listado inicial y registro de resultados: febrero - abril 2017
- Sesión clínica con el conjunto de los enfermeros quirúrgicos: mayo 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 - 2016/0794

1. TÍTULO

REVISION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ESPERANZA TOLON SORO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTOLAYA SANCHEZ NATIVIDAD
MARTINEZ RAMIA ROSARIO
USON ALVAREZ CRISTINA
GIMENO GIMENO MARIA ANGELES
DIAZ LAMARCA SOFIA
TOMAS CEBRIAN CRISTINA
ALEGRE ABRIL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han desarrollado 5 reuniones espaciadas en el tiempo para ir dando pasos en nuestro proyecto, de las cuales anexaremos sus actas correspondientes.
Dentro de dichas reuniones, se han debatido, necesidades de modificación en nuestros registros quirúrgicos. Nos centramos en la hoja Prequirúrgica, (ésta es con la que hemos trabajado) puesto que es un registro, que contacta los servicios por los que pasa el paciente quirúrgico, planta, preanestesia, quirófano y despertar. Aunque también se vieron las necesidades que habría en mejorar la hoja de registro del despertar puesto que se trata de un registro que a posteriori, se usa en planta. No pudimos hacer efectiva la modificación de la misma para pilotaje, ya que se trata de una hoja autocopiable. El cambio que veíamos mejorable es el siguiente: en la carátula de la hoja de Reanimación- Despertar, dentro de la casilla de actividades de enfermería, colocar también las observaciones y en el lugar de las observaciones, colocar las recomendaciones al alta.
Así pues, dentro de las actividades que se han realizado han sido, la revisión de diferentes formatos de otros centros, el diseño de varias modificaciones de nuestra hoja prequirúrgica, basándonos siempre en nuestro formato previo, para mejorarlo y completarlo, llegando al acuerdo de pilotar la que se consensuó tras las tres primeras reuniones, cómo más completa en el grupo de trabajo. Adjuntamos hoja original y la modificada, que hemos pilotado.

Lo que buscamos fué que aportase todos los datos necesarios y que además fuese de fácil y clara cumplimentación para el personal que trabajamos con ella, así como visual a la hora de consulta de la misma para recoger información.

La siguiente acción era poner en marcha el pilotaje de nuestro registro, previa información a la supervisión de enfermería y compañeros de los servicios implicados.

El pilotaje iba a ser mínimo de 15 días.

Tras el pilotaje, cómo última actividad, se elaboró una encuesta para que los trabajadores implicados nos diesen su opinión tras la utilización de este registro modificado.

Las actividades, creemos que se han realizado en las fechas previstas, aunque el inicio del pilotaje se retrasó más de lo esperado, ya que tardamos en disponer de las copias del registro modificado.

La participación del personal e implicación del mismo en la colaboración y desarrollo del proyecto la valoramos cómo muy buena.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Hemos recogido 27 encuestas rellenas entre los servicios.

Ante la primera cuestión, sobre si contiene los parámetros necesarios a valorar en el paciente, 25 han contestado que sí, ante 2 no.

Respecto ha si es complicado completar el registro, tenemos 1 sí que es complicado y 26 que no les resulta complicado.

En relación a si aporta ventajas respecto al formato anterior, 21 responden que sí es ventajoso, 3 que no y 3 que les resulta igual que el anterior.

Ante la cuestión de si se quedarían con este formato ó el anterior, 22 han respondido que con éste, 2 con el anterior y a 3 les resulta indiferente.

Ante las sugerencias aportadas, hemos cambiado el término rasurado por eliminación de vello, también se ha tenido en cuenta el orden y hueco para rellenar las alergias del paciente y tenemos que valorar lo de colocar casilla para poner si el paciente tiene pruebas cruzadas realizadas en la cara anterior del registro, ya que ahora figura en la posterior; así como añadir en patología asociada las intervenciones quirúrgicas previas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0794

1. TÍTULO

REVISION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE QUIRURGICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Recordamos que el objetivo de este proyecto, versaba sobre la revisión de unos registros de enfermería quirúrgicos y la adecuación de los mismos a la actualidad diaria de nuestro trabajo; para que, la cumplimentación correcta de éstos, garantizara y mejorara la calidad en la atención y seguridad en el paciente, así como, aunara criterios de necesidad de información entre los servicios por los que el paciente quirúrgico discurre en su estancia hospitalaria.

Con las actividades que se han desarrollado a lo largo de este proyecto, podemos decir que el objetivo ha quedado cumplido tanto por los integrantes del equipo del proyecto, como por el resto de compañeros implicados en la consecución del mismo, dando resultados satisfactorios.

Ante las respuestas de la encuesta, y la experiencia directa de los componentes que hemos trabajado en este proyecto, entendemos que la modificación del registro ha sido satisfactorio para el personal que trabajamos con él en la actualidad.

El pilotaje se ha efectuado en el 90% de las intervenciones quirúrgicas del tiempo del mismo; no se ha alcanzado el 100%, ya que en ocasiones no se añadía a la historia la hoja modificada desde las plantas y/o quirófano por desconocimiento del proyecto, y/o no tener disponibilidad de la misma, así como también, los pacientes provenientes del servicio de urgencias, venían con el registro sin modificar, puesto que allí no se puso en conocimiento este trabajo ni se pasaron copias de este registro modificado.

La modificación que se propone para la hoja de Reanimación-Despertar, también creemos que mejoraría la calidad en la atención y seguridad en el paciente, así como la comunicación al alta entre los profesionales de enfermería del servicio de REA y planta quirúrgica.

Entonces, con estas conclusiones, creemos oportuno remitir, este nuevo documento modificado y la propuesta de la hoja de despertar a la comisión de Documentación Clínica, para su valoración y consideración como paso previo a su aprobación y entrada en vigor.

7. OBSERVACIONES.

CÓMO NOS PODEMOS PONER EN CONTACTO CON DICHA COMISIÓN DE DOCUMENTACIÓN, Ó CUANDO PODEMOS PONER EN MARCHA LA HOJA?.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/794 ===== ***

Nº de registro: 0794

Título
REVISION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE QUIRURGICO

Autores:
TOLON SORO ESPERANZA, SANTOLAYA SANCHEZ MARIA NATIVIDAD, MARTINEZ RAMIA ROSARIO, USON ALVAREZ CRISTINA, GIMENO GIMENO MARIA ANGELES, DIAZ LAMARCA SOFIA, TOMAS CEBRIAN CRISTINA, ALEGRE ABRIL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA
Los registros de enfermería del Bloque Quirúrgico del HRV se diseñaron en el momento de puesta en marcha del mismo en junio de 1996 (creo).
Desde esa fecha, se han ido modificando puntualmente, conforme se incorporaron nuevas especialidades e introduciéndose nuevos procedimientos. También se diseñaron nuevas hojas de registro, aunque no se dispone de los que verifique adecuadamente el estado del paciente tras la intervención.
Se considera llegado el momento de proceder a una revisión de conjunto de los registros de Enfermería, con la intención el objetivo de que de su correcta cumplimentación se mejore la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Disponer de unos registros de Enfermería adecuados a los procedimientos actuales y que mejoren la transmisión de la información entre los profesionales de los diferentes servicios implicados, hospitalización quirúrgica, quirófano y despertar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0794

1. TÍTULO

REVISION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE QUIRURGICO

MÉTODO

Constitución del equipo del proyecto.
Revisión crítica de los actuales registros, identificando los puntos fuertes y las áreas de mejora que se detecten.
Sistematización de las reuniones, de las que se redactará un acta con los acuerdos y las discrepancias.
Diseño de los nuevos documentos.
Realización de una monitorización de prueba de los documentos diseñados para su evaluación y realización de los posibles ajustes.
Remisión de los documentos finales, con el informe del pilotaje, a la Comisión de Documentación clínica para su toma en consideración como paso previo a la aprobación definitiva por la Dirección del Centro y su posterior entrada en vigor.

INDICADORES

Realizar al menos 5 reuniones. Evaluación: N° de actas.
Diseño de 'n' documentos. Evaluación: N° de formatos elaborados.
Pilotaje. Utilización de los nuevos formatos durante una semana. Evaluación: % de IQ con nuevos registros del total de las realizadas. Encuesta de satisfacción a los profesionales implicados. Informe final.

DURACIÓN

Inicio: Noviembre de 2016. Reunión inicial y distribución de responsabilidades y determina de plazos.
Reuniones de trabajo/consenso: de Noviembre de 2016 a febrero de 2017.
Pilotaje: Marzo de 2017.
Informe final: Mayo de 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: 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 - 2016/0578

1. TÍTULO

GUIA FORMATIVA PARA EL CUIDADOR SOBRE LAS INTERVENCIONES MEDIO-AMBIENTALES EN EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HRV

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SERRANO PEREGRINA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ VICENTE YOLANDA
ROMAN BUENO MARIA LUISA
PASAMAR MILLAN BEATRIZ
ARNAL LONGARES MARIA JESUS
GREGORIO IBAÑEZ LAURA
AREJULA TARONGI CRISTINA
MIGUEL TRASOBARES TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de díptico explicativo sobre la definición del SCA, qué es, en qué consiste, y en especial, explicación de las medidas ambientales que se pueden tomar al ingreso del paciente con las características propicias para que se dé el SCA.

Taller explicativo al personal de enfermería una vez realizado el díptico, para explicar en qué consiste el propósito del proyecto, definir los objetivos y en qué momento se hace entrega del mismo a los familiares (o cuidador principal). Se realizará al ingreso en planta, siempre que el paciente venga acompañado, y una vez revisados sus antecedentes, sea paciente candidato a poder sufrir un SCA. Se aprovechará el momento de la anamnesis de enfermería. Si el paciente no ha podido venir acompañado, se dejará el díptico correspondiente en la Historia de enfermería, y se entregará en cuanto un familiar responsable esté acompañando al paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido a problemas administrativos sobre la respuesta de confirmación de admisión al programa de proyectos mejoras, en Enero de 2018, no ha podido implantarse por falta de tiempo y la correspondiente revisión de historias de los pacientes, a los cuales se les había entregado el folleto (a sus familiares o cuidador principal), y ver las medidas aplicadas y el resultado obtenido.

Se pone en conocimiento de Dirección de enfermería la realización del proyecto, muestra del díptico y su posible aplicación en la unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Puesto en conocimiento del personal la idea, y posterior díptico, sólo falta la entrega del folleto en el momento en el que se estime oportuno por parte de MI.

7. OBSERVACIONES.
Personal colaborador que se remitió en el informe del 2016, ya no está asignado en la Unidad de Medicina Interna del HRV, incluidas las 2 titulares del proyecto (coordinadoras).

Disposición para poder entregarlo en otras plantas en las cuales está trabajando el citado personal.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/578 ===== ***

Nº de registro: 0578

Título
GUIA FORMATIVA PARA EL CUIDADOR SOBRE LAS INTERVENCIONES MEDIO-AMBIENTALES EN EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR, SANCHEZ VICENTE YOLANDA, ROMAN BUENO MARIA LUISA, PASAMAR MILLAN BEATRIZ, ARNAL LONGARES MARIA JESUS, GREGORIO IBAÑEZ LAURA, AREJULA TARONGI CRISTINA, MIGUEL TRASOBARES TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0578

1. TÍTULO

GUIA FORMATIVA PARA EL CUIDADOR SOBRE LAS INTERVENCIONES MEDIO-AMBIENTALES EN EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HRV

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
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 Síndrome Confusional Agudo (SCA) es un gran síndrome geriátrico que afecta a un importante porcentaje de los pacientes mayores hospitalizados. Se trata de un trastorno frecuente, grave y potencialmente previsible debido a su etiología multifactorial, resultado de la interacción de factores de vulnerabilidad (personas mayores vulnerables) y causas precipitantes.

La característica clínica fundamental de este síndrome es una alteración en el nivel de conciencia y atención, acompañada de una disfunción de las funciones cognoscitivas pudiendo acompañarse de cambios emocionales y conductuales, todo ello de instauración más o menos aguda, progresiva y fluctuante a lo largo del día. Generalmente es reversible en semanas o meses, pero cuando no se proporciona el manejo y atención adecuados, éste síndrome se asocia a una elevada morbilidad y a una mayor mortalidad en los pacientes que lo presentan, conllevando un incremento en los costes debido al alargamiento en los días de estancia hospitalaria. Tampoco deben olvidarse los efectos sobre los profesionales que atienden a este tipo de pacientes, ya que para el equipo de enfermería supone un mayor tiempo de atención, una mayor carga de trabajo, mayor inseguridad, y es fuente de conflictos en el cuidado, conllevando en ocasiones una baja autoestima para el profesional.

RESULTADOS ESPERADOS

Dado que prácticamente cualquier enfermedad moderadamente grave puede ser responsable de un SCA, que en nuestro servicio tenemos un elevado porcentaje de pacientes con factores predisponentes (demencia, edad avanzada, déficits nutricionales/alteraciones metabólicas, déficits sensoriales, portadores de catéteres...), y que diferentes estudios han demostrado que las intervenciones ambientales mejoran la sintomatología del SCA, nuestro objetivo es:

- 1.- Elaborar un folleto educativo para el cuidador que incida en el cuidado de estos factores ambientales que disminuyen la incidencia del SCA y que faciliten la interacción cuidador/equipo de enfermería.
- 2.- Asentar las bases para realizar, en un futuro, un protocolo de actuación en la prevención del SCA de manera integral y evitar que la presentación de este síndrome interfiera con el problema médico que motivó el ingreso del paciente en nuestro servicio, disminuyendo los efectos adversos en éste y en los profesionales, así como los costes económicos asociados.

MÉTODO

El grupo de mejora que participa en éste proyecto realizará una revisión bibliográfica sobre éste tema para la obtención de las evidencias científicas y las recomendaciones publicadas por las diferentes Sociedades Científicas y Grupos de trabajo con dos objetivos:

- 1.- La realización de un Taller formativo para el Equipo de Enfermería.
- 2.- La Realización de un Folleto Educativo con las recomendaciones para el cuidador.

Una vez elaborado dicho folleto, la entrega y explicación lo realizará el personal de Enfermería. Éste se entregará y explicará al acompañante / cuidador en el momento del ingreso, incidiendo en el beneficio que reporta al paciente la aplicación de estos cuidados llevados a cabo de una manera conjunta entre el Equipo de Enfermería y el acompañante/cuidador y resolviendo las posibles dudas que pudieran surgir.

INDICADORES

Se registrará en la historia de enfermería la entrega del folleto educativo, siendo nuestro objetivo la consecución de ésta intervención en el 100% de los pacientes, consiguiendo que sea una práctica habitual en el trabajo del personal de enfermería y que el cuidado de los factores ambientales estén integrados en un plan de cuidados de calidad para el paciente. Cada tres meses se hará una revisión de las historias por muestreo aleatorio, para conocer el porcentaje de realización de la intervención por parte del personal y la necesidad de incidir en su práctica.

DURACIÓN

- 1.- Revisión bibliográfica: Octubre-Noviembre
- 2.- Realización del folleto: Diciembre
- 3.- Taller formativo para el personal de Enfermería: Enero
- 4.- Implantación de la intervención de mejora: Febrero-Septiembre
- 5.- Evaluación de los resultados: trimestral: Abril-Julio, evaluación final: Septiembre

OBSERVACIONES

La intervención se realizará en todos aquellos pacientes que ingresen con algún tipo de demencia, y/o que hayan tenido episodios de SCA en ingresos previos y a todos aquellos pacientes mayores de 75 años.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0578

1. TÍTULO

GUIA FORMATIVA PARA EL CUIDADOR SOBRE LAS INTERVENCIONES MEDIO-AMBIENTALES EN EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HRV

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 - 2016/0683

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA DESHIDRATACION EN EL PACIENTE PORTADOR DE ILEOSTOMIA

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE JORGE ESCARTIN VALDERRAMA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLAS LAINA JUAN LUIS
CAMPILLO MARTINEZ JAVIER
ORMAZ OLID SANDRA
RIVARES GARASA LUCIA
CARAZO GUTIERREZ PILAR
PUISCA URIOL LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Creación de una carpeta compartida en la red a través de Google Docs
Creación hoja de información para pacientes
Creación de una hoja de registro de datos para enfermería
creación de diagrama de flujo para inciar trabajo de prevención de daño renal en el paciente ileostomizado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Acuerdo en la definición de ileostomia de alto débito
Acuerdo en la definición de paciente en riesgo de insuficiencia renal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Resistencia del equipo en general al manejo de documentos en la red.

7. OBSERVACIONES.

Las bajas de varios miembros del equipo y la movilidad forzada de otros miembros debido a acoplamientos ha desmotivado al equipo, de hecho ha habido bajas en el grupo.
En estos momentos nos encontramos, con retraso respecto al cronograma inicial pero ya estamos en la fase de aplicación práctica de todo el trabajo realizado.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/683 ===== ***

Nº de registro: 0683

Título
PREVENCION DE LA DESHIDRATACION EN EL PACIENTE PORTADOR DE ILEOSTOMIA

Autores:
ESCARTIN VALDERRAMA JORGE, BLAS LAINA JUAN LUIS, CAMPILLO MARTINEZ JAVIER, MARTINEZ LABORDA ESTHER, ORMAZ OLID SANDRA, RIVARES GARASA LUCIA, CARAZO GUTIERREZ PILAR, PUISAC URIOL LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La creación de un estoma conlleva, sólo por este hecho, una tasa de complicaciones postoperatorias que varía entre el 20 y el 60 %. Un aspecto de reciente interés es lo que se denomina estomas de alto débito y su relación con la pérdida de electrolitos. Algunos estudios han identificado esta complicación como un precursor de la deshidratación y de la alteración de la función renal, con una incidencia estimada ente el 1 y el 17 % y se piensa que es la causa de reingreso del 4-43%
En nuestro entorno el Dr Arenas publica una tass de reingresos del 28 % de los pacientes portadores de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0683

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA DESHIDRATACION EN EL PACIENTE PORTADOR DE ILEOSTOMIA

estoma. Además, los estomas de alto débito constituyen una complicación que es difícil de diagnosticar y, en consecuencia, su tratamiento suele ser tardío e inadecuado. En el servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova se realizaron 127 intervenciones de cirugía colorrectal entre septiembre de 2015 y septiembre de 2016. Se realizó un estoma en 34 pacientes, de los que en 9 casos se trató de una ileostomía. Tenemos registrados en este periodo 3 pacientes que reingresaron por deshidratación grave, con alteración de la función renal. Por otro lado la coordinación entre profesionales de distintos ámbitos supone una dificultad importante al no coincidir los horarios laborales o solaparse estos. Se trata, por ello, de buscar nuevas herramientas como las que ofrece internet/web 2.0 para mejorar la comunicación entre los componentes del grupo sin la necesidad de coincidir físicamente en una reunión.

RESULTADOS ESPERADOS

Que el paciente este informado sobre la situación que supone ser portador de una ileostomía.
Elaborar una hoja informativa sobre qué es una ileostomía y qué cuidados precisa.
Mejorar la autonomía del paciente en el cuidado y prevención de las complicaciones de una ileostomía.
Definir qué es una ileostomía de alto débito y establecer un protocolo de actuación para prevenir y tratar las complicaciones de esta circunstancia.
Disminuir la tasa de reingreso por problemas derivados por la ileostomía.
Implementación de recursos que ofrece la WEB 2.0 para elaboración de proyectos de forma conjunta sin necesidad de coincidir físicamente.

MÉTODO

Elaboración de una hoja informativa sobre qué es una ileostomía, qué cuidados precisa y recomendaciones dietéticas y farmacológicas para evitar la deshidratación.
Valoración crítica de la hoja informativa por tres pacientes y tres profesionales sanitarios ajenos al grupo.
Control exhaustivo de los pacientes portadores de ileostomía tanto en el periodo de ingreso como una vez dados de alta, con especial atención a la evolución a partir del 8º día de postoperatorio, fecha en la que están descritas las complicaciones.
Definir qué es una ileostomía de alto débito en nuestro medio, elaborar un protocolo de actuación y aplicarlo.
Informar al resto de los profesionales involucrados en el cuidado de estos pacientes de las recomendaciones dietéticas y terapéuticas para el tratamiento de una ileostomía de alto débito con el objetivo de prevenir el daño renal.

INDICADORES

- Porcentaje de reingresos por deshidratación:
 $N \text{ pacientes ingresados por deshidratación} / N \text{ pacientes portadores de ileostomía} \times 100$

En el periodo comprendido entre septiembre de 2015 y septiembre de 2016 tuvimos un 33 % de pacientes ingresados por deshidratación. El objetivo es disminuir este porcentaje al 10 %.

- Tasa de pacientes informados del 100 %:
 $N \text{ pacientes portadores ileostomía informados} / N \text{ pacientes portadores ileostomía} \times 100$

- Publicación de hoja informativa

DURACIÓN

Primera reunión en primera quincena de noviembre 2016 para :
Conocernos, ya que contamos con miembros del equipo de diferentes ámbitos.
Presentación del plan de trabajo: elaboración hoja informativa, cómo se van a realizar los controles de las ileostomías, definición ileostomía alto débito,, protocolo actuación.
Toma contacto con la forma de trabajo a través de la red.

Segunda reunión: primera quincena enero 2016: Aprobación hoja informativa definitiva. Valoración de los dos primeros meses de trabajo.

Desde noviembre 2016 hasta noviembre 2017 se irán recogiendo todos los casos de ileostomías, se identificarán las ileostomías de alto débito y se aplicará el protocolo aprobado por el grupo

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 - 2016/0232

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA SOBREUTILIZACION DE INFILTRACIONES ARTICULARES A TRAVES DE LA IMPLANTACION DE CARTILLAS EN PACIENTES DE COT

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ANA MEJIA CASADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTAN BELLIDO LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Elaboración de hoja de seguimiento de infiltraciones para incluir en la Historia clínica, en la que consta: un área para incluir los datos del paciente (nombre, apellidos y número de historia clínica como mínimo) y tabla de recogida de datos sobre las infiltraciones realizadas: fecha, diagnóstico, localización (articulación/ otras), tipo de medicación, Dr/Dra que lo realiza y la especialidad y otras observaciones.
Las hojas están a disposición de los facultativos de Traumatología en el Servidor del Servicio para imprimir durante la consulta.

2- Elaboración de la cartilla: documento para dar al paciente en el que aparecerá: un área de datos personales y una tabla de recogida de datos sobre las infiltraciones recibidas, de la misma manera de que la hoja que se incluirá en su historia clínica.

3- Información a los miembros del Servicio de Traumatología de la implantación de este nuevo sistema para que se introduzca en las consultas de manera progresiva, comenzando en la primera visita del paciente que precise una infiltración.

4- Información al paciente sobre el sistema y la necesidad de llevarlo consigo en las visitas a su médico de atención primaria y especialistas con el fin de completar la información.
Con ello también se dará a conocer el sistema al resto de especialistas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La implantación del sistema de recopilación de datos se hace de manera progresiva según las necesidades de infiltraciones de los pacientes vistos en consultas externas, por lo que los resultados sólo se podrán objetivar en sucesivas visitas y a largo plazo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados sobre la utilidad del mismo se verán a largo plazo dado que:

- el número de infiltraciones realizadas en consulta por facultativo no es alta aunque sea una herramienta habitual en la práctica clínica.

- un paciente puede recibir una serie de infiltraciones para una determinada patología y no precisar de más tratamiento, por lo que la utilidad de esta herramienta se ve limitada al paciente con patología rebelde al tratamiento conservador que finalmente termina precisando cirugía.

- El número de infiltraciones se realiza siguiendo las recomendaciones clínicoterapéuticas en cuanto a tiempo y según la patología o recidiva de la misma, que en ocasiones suponen meses.

Lo que se pretende es recopilar información sobre las infiltraciones que recibe un paciente lo más cercana a la realidad posible, intentando que quede constancia de aquellas que el paciente recibe en otras especialidades y en otros centros públicos o privados, de manera que no se "diluya" la información, provocando un posible aumento de ciertas complicaciones derivadas de la sobreutilización de esta práctica terapéutica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/232 ===== ***

Nº de registro: 0232

Título
PREVENCION DE LA SOBREUTILIZACION DE INFILTRACIONES ARTICULARES A TRAVES DE LA IMPLANTACION DE CARTILLAS EN PACIENTES DE COT

Autores:
MEJIA CASADO ANA, CASTAN BELLIDO LIDIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0232

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA SOBREUTILIZACIÓN DE INFILTRACIONES ARTICULARES A TRAVÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE CARTILLAS EN PACIENTES DE COT

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
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: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la práctica clínica diaria nos encontramos con pacientes que han sido sometidos a infiltraciones en una o varias de sus articulaciones. La mayor parte no saben precisar el número a los que han visto sometidos, qué especialista y en qué centro (público o privado) se le suministró y qué medicación usaron para ello.

Esto hace que en determinados pacientes se esté haciendo un sobreuso de las infiltraciones con el consiguiente aumento del gasto sanitario así como el aumento de las complicaciones que puedan derivar de este exceso (infecciones, rotura iatrogénica de estructuras tendinosas, lesiones cartilaginosa, artropatía corticoidea...)

RESULTADOS ESPERADOS

En la mayoría de las ocasiones nos vemos en serias dificultades para precisar estos datos mediante la revisión de la historia clínica, ya que mucha de esta información no aparece precisada como tal, o simplemente el paciente viene de ser tratado en otro centro. Se pretende realizar una recopilación de información lo más cercana a la realidad sobre el número de infiltraciones realizadas, la patología a tratar, las articulaciones u otras localizaciones objetivo, medicación utilizada, y especialidad médica que las realiza, para la disminución de complicaciones y del coste añadido

MÉTODO

Se pretende implantar una "cartilla de infiltraciones" con dos copias, una que el paciente llevará consigo y que presentará tanto a su médico de Atención Primaria como a especialistas médico-quirúrgicos en el momento que se le planteé la opción de suministrar una infiltración, y otra copia que será adjuntada a su historia clínica de consultas de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Esta "cartilla" estará dividida en apartados en los que se precisará:

- Datos generales del paciente y antecedentes de interés
- Fecha de la infiltración
- Diagnóstico
- Articulación/ articulaciones a infiltrar
- Medicación utilizada y cantidad
- Médico que lo suministra
- Especialidad
- Observaciones

Estos datos serán cumplimentados por el médico que suministra la medicación. Así mismo, el documento adjunto en la historia clínica del paciente será completado por el traumatólogo en cada visita con los datos aportados por la "cartilla" del paciente.

INDICADORES

Con ello se pretende:

- Hacer un seguimiento exhaustivo del número de infiltraciones de cada articulación. Completando el documento adjunto en la historia clínica en cada visita, seremos conocedores del número de infiltraciones, medicación utilizada y número de articulaciones afectadas.
- La información quedará a disposición de todos los especialistas, ya que el paciente portará consigo toda la información.
- Disminuiremos los costes de un exceso de tratamiento
- Disminuiremos las posibles complicaciones iatrogénicas derivadas.

DURACIÓN

Se hará un a implantación progresiva con resultados a largo plazo y de manera mantenida.

Se informará a los miembros del Servicio de Traumatología de la implantación de este nuevo sistema para que se introduzca en las consultas de manera progresiva, comenzando en la primera visita del paciente que precise una infiltración.

Se informará al paciente sobre el sistema y la necesidad de llevarlo consigo en las visitas a su médico de atención primaria y especialistas con el fin de completar la información.

Con ello también se dará a conocer el sistema a sus respectivos especialistas.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0232

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA SOBREUTILIZACIÓN DE INFILTRACIONES ARTICULARES A TRAVÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE CARTILLAS EN PACIENTES DE COT

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 - 2016/0786

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE DAVID GARCIA AGUILERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN RUIZ GLORIA
MEJIA CASADO ANA
MALLEN ALBIR JOSE MARIA
CASTAN BELLIDO LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El plan de Mejora de Calidad se inició en la convocatoria 2015-2016 y ha sido un plan de mejora que ha continuado. En la actualidad el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología continúa sin la existencia de un registro de artroplastia total primaria de rodilla. El proyecto fue creado en sistema operativo Windows Acces para ser compatible con todos los ordenadores utilizados habitualmente desde la intranet del Sistema Aragonés de Salud del Sector I. El programa de registro informático está creado pero no puesto en implantando por problemas del servicio de informática.

6.1.- Creación de una base de datos específica de pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla en el Hospital Royo Villanova.

La base de datos está creada.

6.2.- Registro compartido a través del servidor del Salud (INTRANET) con las consultas externas de Grande Covián. Incompatibilidad de los sistemas operativos e imposibilidad de programa informático compatible con la intranet del Hospital Royo Villanova, Hospital Nuestra Señora de Gracia y CME Grande Covián.

6.3.- Elaboración de un consentimiento informado para la protección de datos del paciente incluido en el registro informático.

Tras la creación de la base de datos y al crear una contraseña para el acceso de la misma, un miembro de la comisión de ética me confirmó que no era necesario un consentimiento escrito para estar incluido en la base de datos siempre y cuando no se incluyeran datos personales que pudieran identificar a los pacientes, por lo que se optó por codificar cada paciente con su número de historia clínica del Hospital Royo Villanova.

6.4.- Facilitar el análisis estadístico de los datos de los pacientes con ATR y en base a ellos realización de estudios científicos y/o publicaciones.

Al no implantarse la base de datos ha sido imposible iniciar el análisis de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

1.- Porcentaje de la base de datos elaborada

Realizada 100%.

2.- Proporción de pacientes sometidos a ATR incluidos en la base de datos/ Operados de Artroplastia de rodilla.

Ninguno.

3.- Proporción de pacientes con consentimiento informado firmado, para protección de datos.

No es necesario.

3.- Proporción de pacientes incluidos en la base de datos con seguimiento / Pacientes incluidos sin seguimiento.

Ninguno.

4.- Porcentaje de investigación científica realizada tras la utilización del registro informático.

Ninguna.

Pendiente del Servicio de Informática.

Una vez instalada en todos los ordenadores de la intranet del HRV, Grande Covián y HNSG con la sesión respectiva de cada miembro del servicio el calendario previsto será:

Presentación de la base de datos a la Comisión de Historias Clínicas.

Sesión clínica para explicar al Servicio utilización de la base de datos.

Aprobación por FEA del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Royo Villanova

Cumplimentación y empleo de la base de datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.- La creación de la base de datos es una herramienta imprescindible para la posibilidad de realizar estudios.

2.- La importancia de la base de datos radica en la posibilidad de englobar los datos de los pacientes con un acceso fácil y seguro.

3.- Los problemas técnicos informáticos no permitieron finalizar el proyecto de mejora pero en el presente año estamos dispuestos a continuar y poner en marcha el mismo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0786

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

7. OBSERVACIONES.

En la actualidad existe una base de datos general con todos los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica o ingresados en el servicio (Con diagnóstico y tratamiento), pero no del procedimiento quirúrgico sometido ni el seguimiento posterior.

Durante el 2017 dos de los integrantes del Plan de Mejora de Calidad han sido trasladados a otros centros hospitalarios. Lidia Castán a Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y José María Mallén a Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Por lo que ambos están dispuestos a continuar como miembros del plan de mejora pero desconocemos si es posible continuar siendo al pertenecer a Sectores Sanitarios diferentes y no estar integrados en sección de Artroplastias.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/786 ===== ***

Nº de registro: 0786

Título
CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA. 2ARIA PARTE

Autores:
GARCIA AGUILERA DAVID, MARTIN RUIZ GLORIA, PUEYO FUENTES SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Gonartrosis
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 gonartrosis es una patología degenerativa de gran importancia socio-sanitaria en los mayores de 50 años. La prevalencia de la gonartrosis en España se estima en 28.6% en personas de 60-69 años y de 33.7% en los mayores de 70 años. Según los datos epidemiológicos de EPISER dirigido por la Sociedad Española de Reumatología la gonartrosis se espera que aumente significativamente debido al progresivo envejecimiento de la población y el incremento de su esperanza de vida siendo la cuarta causa principal de discapacidad en el 2020. La artroplastia total primaria de rodilla es una cirugía mayor que requiere una serie de recomendaciones tanto pre como postquirúrgicas y un seguimiento en el tiempo para poder observar cualquier tipo de complicación. En nuestro sector (Zaragoza I) el bloque quirúrgico se encuentra en el Hospital Royo Villanova y las consultas externas en el Centro Médico de Especialidades Grande Covián lo que exige la existencia de una historia clínica física doble o en ocasiones triple de un mismo paciente, con todo lo que ello implica. Esa duplicidad dificulta en ocasiones las sucesivas consultas clínicas y las revisiones de la historia clínica para recopilar información y poder plantear algún tipo de estudio de investigación. Con la creación de una base de datos o registro informático se podrían obtener de forma directa los datos de los pacientes sometidos a artroplastia primaria de rodilla y con ellos poder realizar no sólo un análisis autocrítico de nuestra actividad, sino también estudios científicos y publicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

En 2015 se acepta un plan de mejora de calidad para la creación del registro informático. Se crea un programa basado en el sistema operativo Access Microsoft pero no siendo compatible con todos los ordenadores de nuestro centro por lo que se decide crear un nuevo programa informático basado en un programa disponible en todos los ordenadores donde desarrollamos nuestras actividades diarias (CME Grande Covián, HRV área quirúrgica / área de hospitalización y HNSG). Junto con el servicio de informática y tras la aprobación de la comisión de calidad de nuestro centro optamos por crear una nueva base de datos basada en el programa hpdctor disponible en todos los ordenadores en esta nueva convocatoria. Con el registro de los pacientes intervenidos de ATR, se pretende crear una base de datos para monitorizar a los pacientes, las posibles complicaciones, calcular la tasa de infección, realizar un estudio sociodemográfico de los pacientes intervenidos y realizar planes de actuación para facilitar las tareas tanto a enfermería como a nivel hospitalario con la puesta en marcha de planes como por ejemplo el Fast-track en ATR primaria. Con la nueva creación de la base de datos, se espera poder poner en marcha la base de datos y por ser accesible para todos los miembros del servicio de COT.
5.1.-Creación de una base de datos específica de pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla en el Hospital Royo Villanova basada en el programa hpdctor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0786

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

5.2- Puesta en funcionamiento del registro informático con disponibilidad de acceso desde cualquiera de nuestros centros (HRV, CME Grande Covián u Hospital Nuestra Señora de Gracia)

5.3 -Registro de las artroplastias totales de rodilla realizadas en el Hospital Royo Villanova.

5.4.- Facilitar el análisis estadístico de los datos de los pacientes con ATR y en base a ellos realización de estudios científicos y/o publicaciones.

MÉTODO

Revisión de las últimas actualizaciones y recomendaciones de las sociedades y países con registro de ATR disponibles en el ámbito sanitario nacional (Catatán) e internacional (Sueco, inglés, escocés y americano) con el objetivo de adaptar a nuestro medio.

Creación de base de datos por el servicio de Informática de nuestro hospital basado en el programa hpdoctor.

Comprobación del correcto funcionamiento del registro informático en todos los centros del Sector I donde realizan las actividades diarias el servicio de Traumatología.

Sesión clínica para informar al servicio de C.O. y Traumatología el 11 de noviembre, sesión acreditada.

INDICADORES

1.-Porcentaje de la base de datos elaborada

2.-Proporción de pacientes sometidos a ATR incluidos en la base de datos/ Operados de Artroplastia de rodilla.

3.-Proporción de pacientes incluidos en la base de datos con seguimiento / Pacientes incluidos sin seguimiento.

4.-Porcentaje de investigación científica realizada tras la utilización del registro informático.

DURACIÓN

Desde la aprobación del proyecto de calidad hasta final de año:

Elaboración de base de datos con datos demográficos, escalas, datos quirúrgicos y sucesivos seguimientos en la nueva plataforma virtual hpdoctor.

Sesión clínica para explicar al Servicio utilización de la base de datos el día 11 de noviembre de 2016.

A finales de año:

Aprobación por FEA del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Royo Villanova

Cumplimentación y empleo de la base de datos.

OBSERVACIONES

El proyecto de mejora de calidad titulado "CREACIÓN DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA" fue aceptado en la convocatoria anterior 2015. Durante todo el año 2015 y hasta la finalización de la convocatoria de la misma han ocurrido diversos problemas informáticos y legales con el registro informático que fueron notificados a la comisión de calidad del sector I. Tras recurrir al servicio de informática de nuestro centro, la solución fue crear una nueva base de datos creada en la plataforma del programa hpdoctor disponible en todos los ordenadores tanto del área quirúrgica, de las consultas externas como de la planta de hospitalización del HRV y HNSG. Todo FEA del Servicio tiene acceso al programa a través de su clave de acceso y contraseña personal. Todo acceso queda registrado y toda la documentación queda archiva según la protección de datos del paciente del Servicio Aragonés de Salud por lo que no necesitamos de una firma del paciente para poder incluirlo en el registro. El proyecto inicial es realizar una base de datos que cree un protocolo quirúrgico y así poder realizar el mismo a la vez que se crea una entrada en el registro informático de las artroplastias de rodilla. Tras el informe definitivo de la convocatoria previa, la presidenta me autorizó a presentar el mismo proyecto para poder finalizarlo en la presente convocatoria.

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 - 2016/0623

1. TÍTULO

SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DERMATOLOGIA-REUMATOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES AFECTOS DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER GARCIA LATASA DE ARANIBAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PONS DOLSET JORDI
PALERO DIAZ EVANGELINA
ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL
CHARLEZ AZLOR ANTONIO LUIS
CONEJERO DEL MAZO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2017, fueron realizadas encuestas de satisfacción a los pacientes que acudían a a consulta multidisciplinar dermatología-reumatología para la atención de pacientes afectados de psoriasis y artritis psoriásica implantada en el año 2015

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados se adjuntan en un archivo adjunto donde se reflejan todos los datos a evaluar en la encuesta de satisfacción. En total, 18 ítem relacionados con diferentes conceptos de la atención a los pacientes. Como resumen de los resultados alcanzados, el grado de satisfacción general fue muy favorable en el 72% de los pacientes y favorable en el 28% restante.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De los resultados obtenidos, se desprende que las consultas multidisciplinarias en patologías donde se ven implicadas de manera frecuente 2 ó más especialidades generan un grado de satisfacción muy alto. Esta satisfacción puede ser consecuencia de la disminución del número de visitas por las que acudir al hospital o centro de especialidades y de la mejor toma de decisiones en relación a la patología del paciente que pueden realizar 2 especialistas que trabajan conjuntamente y discuten las dificultades y los beneficios de la petición de pruebas complementarias y de la instauración de los tratamientos que se van a prescribir.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/623 ===== ***

Nº de registro: 0623

Título
SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DERMATOLOGIA-REUMATOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES AFECTOS DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA

Autores:
GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER, PONS DOLSET JORGE, PALERO DIAZ EVANGELINA, ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL, CHARLEZ AZLOR ANTONIO LUIS, CONEJERO DEL MAZO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes afectados de psoriasis y artritis psoriásica
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: Relación con pacientes: satisfacción en la atención

PROBLEMA
La consulta multidisciplinar dermatología-reumatología fue implantada en junio de 2015 y fue motivo de un Proyecto de Mejora de la Calidad en el ejercicio pasado cuyos resultados ya han sido presentados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0623

1. TÍTULO

SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DERMATOLOGIA-REUMATOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES AFECTOS DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA

La colaboración entre ambos servicios, dermatología y reumatología, para el diagnóstico y control de los pacientes con manifestaciones cutáneas y articulares de la psoriasis ha permitido optimizar el manejo de estos pacientes: evitando exámenes innecesarios y tratamientos de riesgo, disminuyendo los costes, reduciendo el dolor articular y, en consecuencia, mejorando la calidad de vida del paciente. Sin embargo, a pesar de que creemos que el paciente está satisfecho con esta consulta multidisciplinar, no conocemos el grado de satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida.

RESULTADOS ESPERADOS

Dado que la consulta multidisciplinar dermatología-reumatología ya está consolidada y va a continuar, los objetivos del proyecto que se esperan conseguir son:

- 1) Facilitar el diagnóstico precoz de la Artritis Psoriasica (APs) en pacientes con psoriasis.
- 2) Mejorar el manejo de los pacientes con psoriasis y APs.
- 3) Aumentar la satisfacción de los pacientes con la asistencia conjunta por el dermatólogo y el reumatólogo.

MÉTODO

La creación de una consulta multidisciplinar compartida por los servicios de dermatología y reumatología en el manejo de pacientes afectados de psoriasis y APs ha supuesto una serie de ventajas:

- 1) Ventajas para los pacientes:
 - a) Evitar duplicidad de visitas y desplazamientos al programar una consulta conjunta y simultánea entre los dos especialistas.
 - b) Optimizar la solicitud y programación de las exploraciones complementarias.
 - c) Optimizar el tratamiento.
- 2) Ventajas para el hospital:
 - a) Evitar la duplicidad de consultas y exploraciones complementarias para un mismo paciente.
 - b) Desarrollar y promocionar iniciativas para optimizar alternativas terapéuticas.
 - c) Mejorar la eficiencia en el manejo de pacientes con psoriasis y APs.

Con este nuevo Proyecto de Mejora pretendemos conocer el grado de satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida que, subjetivamente creemos, ha sido muy elevada.

INDICADORES

Se continuará con la base de datos donde se recogen los motivos y síntomas de derivación, las comorbilidades relacionadas, el diagnóstico, las pruebas complementarias solicitadas y el tratamiento de los pacientes tanto previo como posibilidad del cambio del mismo en la consulta multidisciplinar.

El grado de satisfacción se obtendrá mediante una encuesta de satisfacción que valorará diferentes aspectos como la accesibilidad a la consulta, la atención médica recibida, la información suministrada y los servicios generales; una última pregunta hará referencia a la satisfacción general.

DURACIÓN

La consulta seguirá programándose, al igual que desde junio de 2015, un día de consulta con periodicidad mensual, entregando a los pacientes la encuesta de satisfacción para que reflejen su grado de satisfacción con la atención recibida.

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 - 2016/0987

1. TÍTULO

ELABORACION DE RECOMENDACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA ANTES Y DESPUES DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN DIGESTIVO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE NUEVA CREACION

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ANA PARDILLOS TOME
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOSTACERO TAPIA SONIA
NAVARRO DOURDIL MONICA
SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE
PABLOS AMADO MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- a. Consulta de bibliografía actualizada relacionada con las recomendaciones y cuidados de enfermería necesarios antes y después de la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos comunes en la práctica habitual de la patología digestiva, en concreto colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), ecoendoscopia digestiva alta, gastrostomía endoscópica percutánea, biopsia hepática, paracentesis y preparación del paciente previa a la realización de la colonoscopia.
- b. Reunión y puesta en común de la información recabada entre los componentes del grupo de mejora. Debatir puntos importantes a recalcar y puntos a mejorar, con el fin de aumentar la seguridad del paciente y facilitar su conocimiento e implementación por parte del personal de enfermería.
- c. Elaboración de las recomendaciones clínicas de cada procedimiento basadas en la evidencia científica vigente.
- i. Revisión y actualización de protocolo de CPRE
- ii. Revisión y actualización de protocolo de ecoendoscopia digestiva alta
- iii. Revisión y actualización de protocolo de gastrostomía endoscópica percutánea
- iv. Revisión y actualización de recomendaciones para el cuidado de la sonda de gastrostomía para cuidadores y personal sanitario
- v. Revisión y actualización de protocolo de biopsia hepática
- vi. Creación de protocolo de paracentesis
- vii. Revisión y actualización de normas de preparación para colonoscopia
- viii. Creación de protocolo post-polipectomía endoscópica.
- d. Recopilación de todas ellas en formato papel y electrónico.
- e. Distribución y difusión en las unidades de enfermería donde se llevarán a cabo los cuidados. Aunque los pacientes ingresados a cargo de Servicio de Digestivo se encuentran preferentemente en las plantas 1ª A (Cirugía) y 2ª B (Neumología), se distribuirá, igualmente, la documentación al resto de las unidades de enfermería, entregando en todas ellas la recopilación de las recomendaciones en formato papel (dossier) y en formato electrónico (pdf). Éste último, se graba en el escritorio de cada ordenador de todos los controles de enfermería para poder ser consultado cuando se requiera. Igualmente, se entrega al/ a la supervisor/a de enfermería de cada unidad.
- f. Tras la implantación del Programa de Prescripción Farmacológica (Farmatools-Unidosis), se plantea la creación de "protocolos" de prescripción informática en caso de realización de CPRE, ecoendoscopia, gastrostomía endoscópica percutánea y biopsia hepática, con la colaboración del Servicio de Farmacia, con el fin de agilizar las órdenes de tratamiento en estos pacientes, ya que, salvo particularidades y necesidades especiales, los cuidados post-procedimiento de estos pacientes presentan escasa variabilidad.
- g. Se propone a la Unidad de Calidad Asistencial del hospital la posibilidad de que dichos documentos se encuentren disponibles en la Intranet del Sector Zaragoza I, con el fin de que puedan consultarse en cualquier momento y por cualquier miembro del personal sanitario.

La elaboración de las recomendaciones clínicas se realizó en el primer y segundo trimestre de 2017. Su distribución y difusión se ha realizado en el último trimestre de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- a. Aunque, previamente, ya se disponía de protocolos de actuación ante diversos procedimientos clínicos, tras la consulta bibliográfica se ha actualizado la información de todos ellos.
- b. Se elabora un protocolo de actuación de enfermería ante la realización de paracentesis, que no existía previamente. Con ello, se ha facilitado la comprensión y el desarrollo de esta técnica y sus cuidados posteriores por parte del personal implicado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0987

1. TÍTULO

ELABORACION DE RECOMENDACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA ANTES Y DESPUES DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN DIGESTIVO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE NUEVA CREACION

c. Se han conseguido unificar los criterios de actuación ante la realización de un procedimiento (endoscópico o de otro tipo), disminuyendo la variabilidad de las actuaciones realizadas entre estos pacientes. La aplicación de los mismos criterios en todos los pacientes por igual, se traduce en una mejora de la seguridad del paciente, disminuyendo, en la medida de lo posible, los riesgos o acontecimientos adversos derivados del procedimiento. Estas recomendaciones hacen especial hincapié en la comprobación de posibles errores, siguiendo una lista de comprobación o checklist (por ejemplo, confirmar que se dispone del consentimiento informado firmado por el paciente; valoración preanestésica, si lo requiere; comprobar retirada de tratamiento antiagregante o anticoagulante, etc.)

d. Facilitar al personal de enfermería una correcta práctica asistencial mediante esta herramienta, especialmente al personal no habituado a este tipo de patologías o cuidados, ya que, al no disponer de planta de hospitalización propia, los pacientes ingresados a cargo del Servicio de Digestivo pueden ser atendidos en cualquier unidad de enfermería del hospital.

Creemos que los objetivos preliminares del proyecto (elaboración, difusión y distribución de las recomendaciones) se han cumplido en el momento de redactar esta memoria. En cuanto a la evaluación de los resultados, el indicador de evaluación y seguimiento propuesto en el proyecto fue:

Número de pacientes a los que se les aplica el protocolo o recomendación clínica / número de pacientes sometidos a un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico x 100

Aunque no existe un registro cuantificado del número total de pacientes a los que se les aplican los protocolos, las recomendaciones se aplicaron a la totalidad de pacientes ingresados a cargo del Servicio de Digestivo en los que se llevó a cabo cualquiera de estos procedimientos (diagnóstico y/o terapéutico). Por tanto, ha sido del 100% en este caso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La elaboración de protocolos y recomendaciones clínicas facilita la labor asistencial, disminuye la variabilidad y la posibilidad de errores o acontecimientos adversos, mejorando la seguridad del paciente.
- También mejora la satisfacción y la implicación del personal sanitario
- Para la elaboración de dichas recomendaciones es importante contar con la implicación de todo el personal relacionado con el proceso.
- Queda pendiente la creación de grupos multidisciplinares con otras especialidades para la revisión, actualización y seguimiento de estas recomendaciones y otras nuevas que puedan surgir.

7. OBSERVACIONES.

Dichas recomendaciones, realizadas a día de hoy, están sujetas a nuevas revisiones y modificaciones en el futuro, debiendo ser actualizadas periódicamente, en virtud de los nuevos conocimientos en estos campos.

SE ENVÍA COPIA DE LA MEMORIA A LA UNIDAD DE CALIDAD DEL HOSPITAL ROYO-VILLANOVA-SECTOR I, ADJUNTANDO DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/987 ===== ***

Nº de registro: 0987

Título
ELABORACION DE RECOMENDACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA ANTES Y DESPUES DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN DIGESTIVO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE NUEVA CREACION

Autores:
PARDILLOS TOME ANA, MOSTACERO TAPIA SONIA, SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE, NAVARRO DOURDIL MONICA, PABLOS AMADO MANOLI

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0987

1. TÍTULO

ELABORACION DE RECOMENDACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA ANTES Y DESPUES DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN DIGESTIVO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE NUEVA CREACION

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dado que no existe una planta de hospitalización propia del Servicio de Digestivo, los pacientes ingresados a nuestro cargo se agrupan preferentemente en dos de las plantas del hospital, en las cuales también se encuentran pacientes de otras especialidades médicas y quirúrgicas. Muchos de los pacientes que ingresan en nuestro servicio requieren algún tipo de procedimiento diagnóstico y/o terapéutico (procedimientos endoscópicos, paracentesis o biopsia hepática). En el momento actual, no existen protocolos unificados de actuación ante estas situaciones. Por ello, puede existir variabilidad en las indicaciones médicas y pueden generarse dudas en el personal de enfermería responsable de estos pacientes. Es necesario que todo el personal sanitario implicado en el manejo y cuidado de los pacientes que se someten a estos procedimientos (tanto personal médico como de enfermería) tengan los conocimientos necesarios sobre: en qué consiste el procedimiento, cuál debe ser la preparación previa del paciente y cuáles deben ser los cuidados posteriores. Por ello, para unificar estas actuaciones y mejorar la calidad asistencial, se propone la elaboración de una serie de recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible para cada tipo de procedimiento a realizar

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar los criterios de actuación ante la realización de un procedimiento en Digestivo, endoscópico o de otro tipo, mediante la elaboración de recomendaciones clínicas específicas para cada uno de ellos, incluyendo variaciones en situaciones especiales (pacientes en tratamiento anticoagulante, diabetes, diálisis, insuficiencia cardíaca congestiva...)
- Disminuir la variabilidad de las actuaciones realizadas en estos pacientes.
- Mejorar la seguridad del paciente y disminuir en la medida de lo posible los riesgos o acontecimientos adversos derivados del procedimiento.
- Facilitar al personal de enfermería una correcta práctica asistencial mediante esta herramienta, especialmente al personal no habituado a este tipo de patologías o cuidados.

MÉTODO

- Consulta de bibliografía relacionada.
- Realización de reuniones entre los componentes del grupo de trabajo para consensuar las recomendaciones a seguir.
- Elaboración de un dossier o manual de actuación recopilando todas las recomendaciones a aplicar.
- Distribución y difusión en las unidades de enfermería donde se llevarán a cabo los cuidados.

INDICADORES

- Número de pacientes a los que se les aplica el protocolo o recomendación clínica/número de pacientes sometidos a un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico x 100
- Número de recomendaciones clínicas elaboradas/nº de recomendaciones a realizar

DURACIÓN

Fecha de elaboración de recomendaciones clínicas: último trimestre de 2016
Fecha de distribución y difusión: primer trimestre de 2017
Fecha de implementación: segundo trimestre de 2017
Fecha de evaluación de indicadores: último trimestre de 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: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0417

1. TÍTULO

INSERCIÓN ECOGUIADA DEL CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA GONZALEZ CABALLERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANADON GOMEZ DAVID IGNACIO
BORDONADA HERRERO MARIA JESUS
MONTOLIO RODRIGUEZ MARIA ISABEL
QUILEZ PERNIA ANA MARIA
RELLO ECHAZARRETA MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- De Febrero de 2017 a Junio de 2017 se definió el Tipo de solicitud, se elaboró la base de datos de registro de catéteres en formato filemaker y se elaboró el protocolo de inserción de catéteres .
- ACCIONES FORMATIVAS llevadas a cabo:
 - o Mayo 2016: Formación en Pamplona "Curso de Terapia Intravenosa de inserción de PICC"
- Asistentes: MARIA DEL MAR RELLO ECHAZARRETA, ANA CRISTINA GONZALEZ CABALLERO
- o Junio 2016: Formación en Zaragoza "Taller de Seguridad en la inserción de catéteres: Técnica de cateterización guiada"
- Asistentes: MARIA DEL MAR RELLO ECHAZARRETA, ANA CRISTINA GONZALEZ CABALLERO, ANA MARIA QUILEZ PERNIA.
- o Septiembre 2017: SEMES Aragón. Calatayud: Taller de Canalización de vías centrales ecoguiadas.
- Asistentes: MARIA JESUS BORDONADA HERRERO.

- 28 de Noviembre de 2017: Inicio de formación de todo el personal de la Unidad
Se realiza en Seminario de Hospital Rojo Villanova, 3 talleres formativos en el que se formó a 20 enfermeras de la Unidad, impartido por Omar Alvarez, enfermero del Hospital La Paz de Madrid.

- Durante 2017 se han realizado varios procedimientos de inserción de catéteres ecoguiados a pacientes ingresados en planta de Hospitalización con valoración del calibre y comparación de los distintos tipos de catéteres disponibles.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El hecho de no haber podido adquirir en el 2017 un equipo ecógrafo portátil ha impedido poder recoger datos de inserción. Por esta razón el programa de mejora se ha adecuado, centrándose en la formación del personal para poder empezar de forma reglada en Marzo de 2018, una vez adquirido el equipo portátil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se ha adquirido por parte del personal de enfermería un mayor conocimiento de los distintos tipos de catéteres y de sus diferentes calibres.
- Se ha mejorado el uso y conocimiento del capital venoso de los pacientes.
- El personal de enfermería de UCI adquiere nuevos roles muy importantes para la evolución del paciente hospitalizado

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/417 ===== ***

Nº de registro: 0417

Título
INSERCIÓN ECOGUIADA DEL CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
GONZALEZ CABALLERO ANA CRISTINA, ANADON GOMEZ DAVID IGNACIO, BORDONADA HERRERO MARIA JESUS, MONTOLIO RODRIGUEZ MARIA ISABEL, QUILEZ PERNIA ANA MARIA, RELLO ECHAZARRETA MARIA DEL MAR, TIRADO ANGLÉS GABRIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0417

1. TÍTULO

INSERCIÓN ECOGUIADA DEL CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que necesiten una vía central
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

Durante los últimos años en la UCI del Hospital Royo Villanova ha habido un aumento de la inserción de catéteres venosos centrales de acceso periférico por parte de enfermería. Así mismo también ha habido un aumento de la solicitud por parte de otros servicios de la colocación de dichos catéteres por parte del personal de enfermería de la UCI.

Este aumento se ha debido a la ventaja que ofrecen frente a otros catéteres centrales, entre las que destacan menor riesgo de infección y menor riesgo de complicaciones dentro del procedimiento.

Pero estos catéteres también tienen riesgos: inmediatos (posición incorrecta de la punta y sangrado durante la inserción) y tardíos (migración o disfunción del catéter, trombosis venosa, infección o flebitis).

Algunas de las complicaciones inmediatas se pueden minimizar si son insertados con control ecográfico en tiempo real, además, con esta técnica el acceso es más rápido y se reducen los costes. Está demostrado que el procedimiento ecodirigido frente a la técnica estandarizada ciega es coste-efectivo gracias a:

- la reducción de complicaciones:
- o mayor éxito en las inserciones
- o reducción del número de flebitis y trombosis por la posibilidad de elegir el calibre más adecuado.
- la reducción del tiempo de procedimiento

La técnica ecodirigida aporta un valor añadido porque al insertarse por encima de la fosa antecubital, ofrece mayor confort al paciente y reduce el daño que se produce en la íntima por ser una zona de menor movimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir las complicaciones inmediatas en la inserción de catéteres venosos centrales de acceso periférico.
- Conseguir un mayor éxito en las inserciones.
- Posibilitar la elección del calibre más adecuado.
- Reducir el tiempo del procedimiento.

MÉTODO

- Elaborar una base de datos.
- Elaborar una hoja de solicitud para otros servicios y una hoja de registro de catéteres.
- Formación de personal.
- Elaboración del protocolo.

INDICADORES

- Proporción de catéteres venosos centrales de acceso periférico implantados correctamente en tercio inferior vena cava superior.
- Proporción de de catéteres venosos centrales de acceso periférico no implantados tras intentarlo.
- .

DURACIÓN

- De octubre 2016 a febrero de 2017 elaboración de hoja de solicitud, hoja de registro y protocolo.
- Octubre de 2016: inicio de formación del personal.
- Febrero de 2017: comienzo de la implantación de catéter venoso central de acceso periférico mediante técnica ecoguiada.

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 - 2016/1740

1. TÍTULO

SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. GRUPO DE HUMANIZACION (CONTINUACION 2017)

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE GABRIEL TIRADO ANGLÉS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPOS GUTIERREZ ELENA
EZPELETA GALINDO ANA
OLIVAR DUPLA GERARDO
LAGUARDIA SERRANO PASCUAL
LEON CINTO CRISTINA
ORTEGA UGARTE SUSANA
GONZALEZ CORTIJO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Servicio Extendido de Medicina Intensiva:

Durante el 2017 se han realizado las siguientes actividades:

" Sesiones de unificación de criterios: 25 de Enero 2017. Responsables: Dra. Elena Campos Gutiérrez, Dra. Ezpeleta Galindo, Dr. Laguardia Serrano
" La colaboración con Servicio de Bioquímica para sistema de detección de paciente grave según parámetros no se ha realizado y se demora para el año 2018, debido a la implementación de un sistema de Información Clínico en la UCI, que permitirá integrar ambos sistemas
" Sesión de análisis de resultados e implementación del Proyecto 18 de Diciembre 2017. Dr. Tirado Anglés
" Monitorización de resultados Octubre-Diciembre 2017. Dra. León Cinto, Dra. Ortega Ugarte, Dr. Tirado Anglés
Creación del Grupo de Mejora de Humanización de la UCI del HRV.

Se crea un grupo multidisciplinar, que se constituye el 11 de Enero de 2017, formado por 2 F.E.A, 6 D.U.E y 7 T.C.A.E. Posteriormente se realizan otras 4 reuniones más, las siguientes fechas

" 1- MARZO - 2017
" 25- ABRIL - 2017
" 25- SEPTIEMBRE -2017
" 29- NOVIEMBRE - 2017

Desde su creación se han promovido y ejecutado diversas acciones enfocadas a mejorar la asistencia afectiva y humana al paciente, a las familias y a los profesionales que trabajamos en las UCIs. Entre otras acciones se ha:

" Ampliado el horario de visitas: de 1 hora diaria a 4 horas diarias.
" Se realizó una revisión de la evidencia científica sobre la necesidad de batas para los familiares sin encontrarse ninguna evidencia que la apoyara, por lo que se procedió a retirar su obligatoriedad salvo en los casos indicados
" Adquirido una TV para los pacientes.
" Permitido el uso de tablets y tfnos móviles.
" Adquirido un pedalier para ayudar a la rehabilitación física
" Acompañado a pacientes de larga estancia a realizar salidas fuera de los límites de la UCI
" Acompañado a pacientes coronarios estables la posibilidad de uso del baño
" Realizado un taller de Coaching para el personal de la UCI el 11 de Mayo de 2017, impartido por Marisa Felipe, con una asistencia de más de 30 personas
" Realizado un taller sobre "Vivir un buen morir y el arte de acompañar" para el personal de la UCI, impartido por Mar López, con la asistencia de 24 personas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVOS Y RESULTADOS ALCANZADOS

Resultados:

Durante el año 2017, se han obtenido los siguientes resultados:

" Nº de Pacientes valorados por la SEMI: 46 pacientes
" Edad media: 59,73 años
" APACHE II (pacientes en seguimiento dados de alta UCI): 17,85
" Duración del seguimiento medio por parte del SEMI: 4,82 días
" Total estancias en SEMI: 222

Según motivo de seguimiento	Nº	% del Total	Seguimiento medio (días)
Pacientes con ESTANCIA EN UCI < 5 días	1	2,17%	6
Pacientes con ESTANCIA EN UCI >= 5 días	36	78,26%	8,7
Pac. graves sin criterio UCI en seguimiento	9	19,57%	2,33
Total general	46	100%	4,82

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1740

1. TÍTULO

SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. GRUPO DE HUMANIZACION (CONTINUACION 2017)

SERVICIOS donde se encontraba el paciente en seguimiento	Nº pacientes	% sobre el total
CARDIOLOGÍA	1	2,17%
CIRUGÍA	20	43,48%
DIGESTIVO	1	2,17%
HEMATOLOGIA	2	4,35%
M. INTERNA	1	2,17%
NEUMOLOGIA	12	26,08%
NEUROLOGIA	2	4,35%
TRAUMATOLOGIA	2	4,35%
URGENCIAS	2	2,90%
UROLOGIA	5	10,87%
Total general	69	100,00%

" N° de actuaciones realizadas y tipo:
En el proyecto de SEMI se han establecido varias categorías de actuación:

Según actuación realizada	N° actuaciones
Confirmación de la estabilidad clínica	135
Ajuste de medidas terapéuticas	12
Reorientación diagnóstica	8
Modificación Antibiótica	11
Cambio de CVC	3
TOTAL	169

Razón del alta SEMI	N°	% del Total
Mejoría Clínica	38	82,6%
Alta Hospitalaria	3	6,52%
Limitación del Tratamiento Soporte Vital	1	2,17%
Ingreso en UCI	4	8,68%
Total	46	100,00%

" Mortalidad Pacientes valorados por SEMI:

N° enfermos valorados por SEMI fallecidos durante su ingreso: 0
----- x 100
N° Total de enfermos valorados por SEMI : 46
(0/396) x 100: 0 %

Estándar < 12%
Excepto: Pacientes a los que se decide LTSV.

" Reingreso no programado en el SMI:
N° enfermos con reingreso no programados < 48 horas: 5
----- x 100
N° enfermos dados de alta del SMI : 368
(1/396) x 100: 1,35%

Reingreso no programado: Reingreso por causa no prevista; relacionado o no, e independientemente de donde hayan transcurrido las últimas 48 horas.
Estándar: < 4%

" Mortalidad Oculta (Datos hasta 31 Agosto 2017)
N° enfermos dados de alta de la UCI y fallecidos durante su estancia en planta: 2
----- x 100
N° enfermos dados de Alta de UCI (hasta 31 de Agosto/17): 211
(2/211) x 100: 0,94%

Excepciones: Pacientes a los que se decide LTSV
Estándar: < 8%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El SEMI ya es una parte más del Servicio de Medicina Intensiva. Es una parte más de la dinámica diaria del trabajo de la UCI. El éxito del primer año ha continuado, aunque en algunos Servicios ha disminuido el número de enfermos en los que se ha realizado seguimiento, pero los indicadores se mantienen estables, siempre muy por debajo de los estándares.

La creación del Grupo de Humanización ha logrado re-humanizar la asistencia y mejorar la relación entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1740

1. TÍTULO

SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. GRUPO DE HUMANIZACION (CONTINUACION 2017)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1740 ===== ***

Nº de registro: 1740

Título
SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. GRUPO DE HUMANIZACION (CONTINUACION 2017)

Autores:
TIRADO ANGLÉS GABRIEL, CAMPOS GUTIERREZ ELENA, EZPELETA GALINDO ANA, OLIVAR DUPLA GERARDO, LAGUARDIA SERRANO PASCUAL, LEON CINTO CRISTINA, ORTEGA UGARTE SUSANA, GONZALEZ CORTIJO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención clínica del paciente grave debe ser asegurada por la institución sanitaria a lo largo de toda la evolución clínica del paciente, desde el ingreso hasta el alta hospitalaria. Cuando la presentación clínica es lo suficientemente grave esta asistencia se realiza preferentemente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Tras la mejoría clínica del paciente, éste es dado de alta a una planta de hospitalización convencional donde, si la evolución clínica es favorable, permanecerá hasta su alta hospitalaria. Si, por el contrario, la condición clínica del paciente se agravara, el ingreso en la UCI podría nuevamente ser necesario. Otras veces, sin embargo, la presentación clínica de la enfermedad no es lo suficientemente grave como para que el paciente sea atendido directamente en la UCI pero el riesgo de que dicha situación clínica se agrave existe y podría requerir entonces el ingreso en la UCI.

Pero, ¿qué ocurriría si fuéramos capaces de identificar a los enfermos en situación de riesgo, antes de su empeoramiento crítico, cuando están todavía en el área de Urgencias o en las plantas de hospitalización convencional? Seguramente la atención clínica anticipada en estos enfermos en situación de riesgo influiría favorablemente en el curso y en el pronóstico de su enfermedad. En ocasiones el necesario ingreso en la UCI se adelantaría, y en otras, si la condición clínica lo permitiera, una reorientación diagnóstica o una intensificación de las medidas terapéuticas, podrían tal vez conseguir una mejoría clínica que evitara el ingreso en la UCI permitiéndonos, además, gestionar mejor los recursos sanitarios disponibles. Por tanto, la atención del paciente gravemente enfermo, si bien está centrada en la Unidad de Cuidados Intensivos, puede extenderse más allá de ella, siendo un proceso continuo durante toda la hospitalización del paciente.

Desde que en el año 2016 se implantó el SEMI en el Hospital Royo Villanova, se ha producido un cambio en el modelo del funcionamiento tradicional de nuestra UCI, tanto a nivel organizativo como a nivel conceptual. El enfermo ya no solo es el que se encuentra ingresado en la propia Unidad, sino que es aquel cuya condición clínica puede agravarse, independientemente de donde se encuentre hospitalizado, porque su atención clínica temprana beneficiará su evolución posterior. Ello, además, no redundará solo en beneficio del enfermo, porque modificar el flujo de pacientes de la vía urgente a la vía preferente supone descargar la primera, atendida únicamente por el personal destinado a la guardia. El conocer de forma más precisa la situación clínica de esos pacientes evaluados, permite por tanto gestionar mejor los recursos de los que se dispone. Por último, en nuestra experiencia, el acercamiento al resto de las especialidades clínicas ha supuesto un mejor conocimiento de nuestra labor diaria como intensivista, un mayor reconocimiento profesional y, sin duda, un mayor peso de la UCI en el hospital. El objetivo principal del SEMI en su concepción ha sido reducir la mortalidad a corto plazo sin considerar especialmente aspectos extra UCI una vez el paciente es dado de alta de los SMI.

Pero, con la experiencia adquirida en el último año, sobre todo en los pacientes a los que se siguió tras una estancia prolongada en la UCI, se nos plantean una serie de preguntas:

- ¿Qué significa sobrevivir a una UCI para los pacientes y los familiares?
- Los pacientes que sobreviven: ¿tienen una buena evolución a largo plazo o presentan patología(s) derivadas de la situación crítica?
- ¿Puede cambiar nuestra actitud intra-UCI si conocemos mejor la evolución al alta de nuestros pacientes?

El Síndrome post-Cuidados Intensivos (PICS) es una entidad recientemente descrita que afecta a un número no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1740

1. TÍTULO

SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. GRUPO DE HUMANIZACIÓN (CONTINUACION 2017)

desdeñable de pacientes (30 al 50%), además de implicar a los familiares, y que incluye un amplio grupo de problemas de salud que permanecen después de la enfermedad crítica. Estos problemas comienzan a aparecer cuando el paciente está en la UCI y pueden persistir después de su vuelta a casa. Más del 50% de los pacientes retornan a sus trabajos durante el primer año, pero muchos no son capaces de volver y necesitan ayuda en sus actividades cotidianas después de ser dados de alta. Se pueden generar síntomas físicos (como el dolor persistente, la debilidad adquirida en UCI, la malnutrición, las úlceras por presión, alteraciones del sueño, necesidad de uso de dispositivos), neuropsicológicos (déficits cognitivos, como alteraciones de la memoria, atención, velocidad del proceso mental) o los sentimientos de los pacientes (aparición de problemas mentales como ansiedad, depresión o estrés post-traumático) y afectar también a sus familias, pudiendo aparecer problemas sociales. De hecho, las familias son parte fundamental para minimizar el PICS participando en el cuidado del paciente, ayudándole a permanecer orientado y reduciendo así el estrés de ambos. La enfermedad crítica produce una crisis familiar, y esos sentimientos de preocupación (la toma de decisiones, la evolución de la enfermedad) y confusión pueden llevar a los familiares a descuidar su propia salud. Es por ello que el equipo de salud debe apoyar también a los familiares que lo precisen. El concepto de «ICU Liberation», es una iniciativa de mejora de la calidad basada en la implantación del paquete de medidas ABCDEF con alta evidencia científica, que ha demostrado que cuando se aplica de forma global mejora los resultados y reduce la aparición del PICS. El control del dolor, la sedación adecuada, el manejo del delirium, mantener los pacientes despiertos y en respiración espontánea, la movilización precoz y la implicación y participación de las familias han demostrado reducir el impacto no solo en la supervivencia de los pacientes sino en las secuelas de los pacientes y familiares al alta de la UCI. Su incorporación en la práctica clínica requiere un cambio filosófico y cultural con una visión integral que aborde al paciente y la familia en todas sus dimensiones y el trabajo en equipo de todos los profesionales implicados en el cuidado del enfermo crítico. La humanización de los cuidados intensivos que recientemente ha cobrado relevancia a través de diferentes proyectos, como el Proyecto HU-CI favorece acciones específicas dirigidas a reducir este síndrome. Estas acciones son:

- Flexibilización de los Horarios de Visita en UCI
- Mejora en el bienestar del paciente durante su estancia en UCI
- Presencia y participación de la familia en el cuidado del paciente
- Cuidados al profesional

Por esta razón, durante el año 2017 se van a realizar todas las acciones necesarias para la creación de un Grupo de Humanización multidisciplinar dentro de la UCI, que lleve a cabo medidas dirigidas a reducir el Síndrome Post-Cuidados Intensivos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir la mortalidad asociada a Necesidad de reingreso no programado en UCI
 - o Retraso en el ingreso en UCI
 - Creación de un Grupo multidisciplinar de Humanización de los Cuidados intra UCI
- Disminuir las Consecuencias del Síndrome Post UCI

Población Diana:

- Todos los pacientes ingresados en la UCI con riesgo de sufrir el PICS
- Pacientes valorados por el médico intensivista no subsidiarios de ingreso en UCI en ese momento pero que si precisan de un seguimiento más exhaustivo.
- Pacientes seleccionados por el Sistema de Alerta Bioquímico y Microbiológico.
 - Todos los pacientes dados de alta de la UCI:
 - ? Con una estancia en la UCI igual o mayor a 5 días.
- A criterio del intensivista que da el alta a planta.

MÉTODO

OFERTA DE SERVICIOS PROPUESTA

Detección del paciente potencialmente crítico mediante Sistema de Alarmas Bioquímicas
Seguimiento directo del paciente dado de alta de UCI
Apoyo al médico de hospitalización en la asistencia a pacientes con nivel medio de gravedad
Medidas para la Humanización de los Cuidados del paciente crítico

ACTIVIDADES

El Servicio Extendido de Medicina Intensiva (SEMI) continua con la misma estructura funcional dentro del SMI con el que se inició el año pasado.

Formarán parte del SEMI todos los FEA del Servicio de Medicina Intensiva.

Formarán parte del SEMI durante 2017.

- 1.- Aquellos pacientes valorados por el médico intensivista no subsidiarios de ingreso en UCI en ese momento pero que sí precisan de un seguimiento más exhaustivo
- 2.- Aquellos pacientes considerados de alto riesgo dados de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- 3.- Aquellos pacientes detectados por un sistema de alerta analítico de ámbito hospitalaria.

Los horarios en los que estará activo el SEMI serán:

- Los días laborables, durante el horario de mañana, de 8:00 a 15:00 horas, un miembro del SMI se responsabilizará de las labores propias del SEMI dedicándose preferentemente a ellas.
- En el momento en el que los FEA del SMI adquieran la condición de personal eximido de la realización de guardias por edad se podrá asumir a través de sus módulos compensatorios las labores propias de la SEMI los días laborables determinados desde las 15:00h hasta las 21:00h.

Diariamente se realizará una valoración de cada paciente incluido en el SEMI a pie de cama.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1740

1. TÍTULO

SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. GRUPO DE HUMANIZACION (CONTINUACION 2017)

En cada una de esas valoraciones diarias se reevaluará si está indicado el ingreso en la UCI de dicho paciente (por empeoramiento) o bien se valorará si continua precisando un seguimiento clínico o si no es necesario realizar seguimiento (Mejoría o LTSV)

Si fuera necesario, el intensivista encargado del SEMI se pondría en contacto con su médico responsable y se evaluaría conjuntamente la situación clínica del paciente para decidir la pauta a seguir a continuación. Las posibilidades, por tanto, serían:

+ La confirmación de la estabilidad del paciente y buena evolución

¥ Colaboración en la reorientación diagnóstica.

¥ Intensificación o ajuste de las medidas terapéuticas.

¥ Ingreso precoz en UCI

¥ Participación en la decisión de Limitación Tratamiento Soporte Vital

En aquellos pacientes a los que se hace seguimiento tras el alta de UCI, además se realizará:

¥ Colaboración en la resolución de problemas adquiridos durante su estancia en UCI:

¥ Nutrición

¥ Cuadros de Desorientación

¥ Polineuropatía del enfermo crítico

¥ Comunicación con familiares

¥ Control y retirada precoz de los CVC

¥ Optimización de los tratamientos antibióticos en aquellos pacientes dados de alta de UCI.

Al final de la mañana, en la sesión clínica de la UCI se detallará la actividad llevada a cabo, dando a conocer la situación clínica de los pacientes del SEMI, la previsión de evolución siguiente o si resultaron en ingreso en la Unidad.

Todos los pacientes evaluados y todas las actuaciones realizadas se recogerán diariamente en una base de datos instalada en una Tablet.

Formarán parte del Grupo de Humanización un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeras y auxiliares clínicos.

Tras la formación del grupo se realizarán reuniones donde se decidirán aquellas medidas que favorezcan el bienestar del paciente, de sus familias y de los profesionales sanitarios.

Dichas medidas se adoptarán y se implantarán progresivamente. Estas medidas serán aceptadas por todo el personal de la UCI.

Regularmente se realizarán reuniones del Grupo para comentar las incidencias.

INDICADORES

Este proyecto se evaluará mediante los siguientes indicadores:

- N° de Pacientes valorados por la SEMI
- N° de actuaciones realizadas y tipo
- Mortalidad de los pacientes valorados por la SEMI

N° enfermos valorados por SEMI fallecidos durante su ingreso

----- x 100

Total N° enfermos valorados por la SEMI

Estándar < 12%

Excepción: Pacientes a los que se decide LTSV.

- Reingreso no programado en el SMI:

N° enfermos con reingreso no programados < 48 horas

----- x 100

N° enfermos dados de alta del SMI

Reingreso no programado: Reingreso por causa no prevista; relacionado o no, e independientemente de donde hayan transcurrido las últimas 48 horas.

Estándar: < 4%

- Mortalidad Oculta

N° enfermos dados de alta de la UCI y fallecidos durante su estancia en planta

----- x 100

N° enfermos dados de Alta de UCI

Excepciones: Pacientes a los que se decide LTSV

Estándar: < 8%

? Grupo de Humanización

Memoria del Grupo de Humanización.

Fuente de Datos:

Base de Datos SEMI.

Memoria UCI.

DURACIÓN

- Sesiones formativas dentro del SMI para la unificación de criterios: Enero 2017. Responsables: Dra. Elena Campos Gutiérrez, Dra Ezpeleta Galindo, Dr. Laguardia Serrano

- Colaboración con Servicio de Bioquímica para sistema de detección de paciente grave según parámetros.

Mayo-Junio 2017

- Sesión dentro del SMI para análisis de resultados e implementación del Proyecto Junio 2017. Dr. Tirado

Anglés

- Implementación del Proyecto añadiendo la alteración de parámetro Bioquímicos como sistema de detección.

Octubre 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1740

1. TÍTULO

SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. GRUPO DE HUMANIZACION (CONTINUACION 2017)

- Monitorización de resultados Octubre-Diciembre 2017. Dra León Cinto, Dra. Ortega Ugarte, Dr. Tirado Inglés
- Formación del Grupo de Humanización. Enero 2017. Responsable. Dr. Tirado Inglés
- Resultados de las medidas adoptadas por el Grupo de Humanización. Octubre 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 - 2016/0632

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DURANTE EL INGRESO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ PASAMAR MILLAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROMAN BUENO MARIA LUISA
SANCHEZ VICENTE YOLANDA
SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR
MARTINEZ ASENSIO SUSANA
GARCIA DOMINGUEZ PILAR
MARTINEZ AZNAR EVA
FERNANDEZ JIMENEZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización y diseño en formato tríptico, de un "Manual de Acogida e Información al paciente y acompañante durante el ingreso en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova".

En dicho manual se presenta la información más demandada por pacientes y acompañantes al personal del Servicio de Medicina Interna.

Reuniones periódicas del Equipo de Mejora para la realización del Manual de Acogida.

Presentación del tríptico en Dirección de Enfermería al objeto de poner en su conocimiento su elaboración y contenido.

La implantación del Manual de Acogida se realizará al ingreso del paciente, durante la recepción del mismo en el Servicio de Medicina Interna.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por motivos ajenos a los participantes de este Proyecto de Mejora de Calidad, y debido a problemas administrativos sobre la respuesta de confirmación de inclusión en el Programa solicitada en el año 2016 (y confirmada en enero del 2018), solamente se ha podido llevar a cabo la elaboración del Manual y presentación del mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una de las dificultades con las que nos hemos encontrado, es el continuo cambio de personal del Servicio a lo largo de estos meses, en al menos tres ocasiones, siendo la formación del personal y las charlas informativas difíciles de llevar a cabo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/632 ===== ***

Nº de registro: 0632

Título
MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DURANTE EL INGRESO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
PASAMAR MILLAN BEATRIZ, ROMAN BUENO MARIA LUISA, SANCHEZ VICENTE YOLANDA, SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR, MARTINEZ ASENSIO SUSANA, GARCIA DOMINGUEZ PILAR, MARTINEZ AZNAR EVA, FERNANDEZ JIMENEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS LAS PATOLOGÍAS
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0632

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DURANTE EL INGRESO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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

PROBLEMA

Durante nuestra práctica diaria, con frecuencia, tanto el paciente como sus acompañantes, realizan las mismas preguntas y les surgen las mismas dudas acerca de las normas de funcionamiento de nuestro servicio. La falta de información les genera inseguridad, estrés y hace que a menudo aborden en el pasillo o en el control de enfermería al personal que desempeña su labor interrumpiendo su trabajo, lo que dificulta la administración de unos cuidados de calidad.

Esto es debido, en gran parte, al desconocimiento del usuario acerca de las normas del servicio: horarios, forma de proceder... y a la falta de un soporte en papel que les recuerde, o les informe de ello si no han estado presentes durante el ingreso (en el caso del acompañante) o el paciente no se encontraba en plenas facultades durante el mismo.

La utilidad de este proyecto está fundamentada en la necesidad de una información de calidad al usuario, para que éste sepa utilizar correctamente los recursos de que dispone, aumentando su tranquilidad y sensación de seguridad y bienestar, al mismo tiempo que se evita dar explicaciones reiterativas sobre las mismas cuestiones en momentos inoportunos.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos que se esperan conseguir con este proyecto son:

Mejorar la satisfacción del paciente y familiares, proporcionando al ingreso una información detallada por parte del personal que recibe a los usuarios, y mejorar la comunicación entre profesionales - paciente/familia, poniendo a su disposición una información concisa y clara sobre la oferta de cuidados y medios de que dispone durante su estancia hospitalaria.

Resolver las dudas que se puedan presentar de manera inmediata.

Mejorar la calidad asistencial por parte del personal que les atiende, disminuyendo las interrupciones inoportunas en el momento de desempeñar sus tareas diarias.

MÉTODO

Las medidas previstas para llevar a cabo la consecución de estos objetivos son:

Formación del Personal de Enfermería que va a atender al paciente y familia durante su estancia en el servicio de Medicina Interna.

Se realizará mediante charlas informativas a todo el equipo que forma parte del servicio, detallando la información explícita que se debe dar al ingreso. Esto será realizado por dos componentes del proyecto.

Realización e implantación de un manual de acogida en formato papel (díptico, tríptico o similar) como complemento a la información proporcionada al ingreso.

INDICADORES

El equipo que forma este proyecto se reunirá periódicamente para el seguimiento y control de los objetivos planteados.

Se registrará en la valoración de enfermería la entrega del manual de acogida.

Se realizará una revisión de historias clínicas cada tres meses por muestreo aleatorio, para conocer el porcentaje de realización de intervención por parte del personal y necesidad de incidir en su práctica.

Le será entregada al usuario del servicio una encuesta de satisfacción sobre la información recibida al ingreso para valorar si se ha conseguido mejorar la comunicación entre personal-paciente/familia y de esta manera disminuir la sensación de inseguridad que genera el ingreso hospitalario.

DURACIÓN

1. Realización del manual: octubre-diciembre 2016.
2. Taller formativo para el personal: enero 2017.
3. Implantación de la intervención de mejora: febrero-septiembre 2017.
4. Evaluación de resultados: septiembre 2017.

OBSERVACIONES

Ninguna

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 - 2016/0632

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DURANTE EL INGRESO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0677

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL "BRIEFING DE SEGURIDAD" EN LAS SESIONES DIARIAS DE LA UNIDAD DE HAD

Fecha de entrada: 05/03/2018

2. RESPONSABLE MARIA SEVIL PURAS
• Profesión MEDICO/A
• Centro H ROYO VILLANOVA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATIA SANZ MARTA TERESA
FITENI MERA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- En primer lugar se realizó una revisión sistemática de briefing de seguridad realizados en otras unidades, sin haber encontrado en la bibliografía revisada ningún modelo utilizado en Unidades de Hospitalización a Domicilio.
- Se elaboró un breve cuestionario estructurado mediante una lista de tareas que sirviese de guión para el briefing basándonos en la revisión realizada. Este cuestionario constaba de diez ítems en los que sólo se podía contestar sí o no y dos apartados en los que se preguntaba sobre problemas de seguridad que se habían detectado y sugerencias o cambios para mejorar la seguridad de los pacientes.
- Los ítems eran los siguientes:

¿Están todos los pacientes identificados con la pulsera
¿Están las alergias correctamente indicadas en la hoja de tratamiento?
¿Tienen todos los pacientes la nota de ingreso, consentimiento informado y hoja de tratamiento actualizada?
¿Faltaba material en la caja del botiquín domiciliario?
¿El paciente y/o cuidador principal han entendido las instrucciones?
¿Se ha constatado algún error en la medicación?
¿Se ha revisado las vías y detectado alguna flebitis?
¿Se ha detectado alguna úlcera nueva?
¿Ha habido alguna caída de paciente?
¿Se ha detectado algún problema de seguridad?

- Realización del Briefing una vez al día, a las 15 horas, coincidiendo con el cambio de turno de enfermería y de médicos en la sala de reuniones de la tercera planta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aunque se elaboró un modelo de plantilla de briefing de seguridad consensuado con todo el equipo, diversos factores impidieron su realización durante los tres meses previstos, por lo que sólo disponemos de información de 6 días.

Como causas y factores que han impedido su realización se encuentran:

- Diferente horario del personal de enfermería y el personal facultativo, siendo el cambio de turno de enfermería a las 14 y 30 h y el de facultativos a las 15h por lo que era difícil poder realizar las reuniones con el personal suficiente y habitualmente sólo se podían realizar con un facultativo y 3 enfermeras de las 6 de la unidad.
- Cambios de personal de enfermería en dos ocasiones durante el pasado año, debido a acoplamientos y traslados, con recambio de prácticamente el 100% de la plantilla, por lo que no se ha podido realizar encuesta postbriefing ya que sólo hay una enfermera que continua en el servicio de las que realizaron las encuestas, siendo el resto de personal nuevo
- En cuanto al análisis de las reuniones realizadas:
 1. En 1 caso el paciente o cuidador no había entendido las instrucciones en cuanto al control de glucemias
 2. En otro caso se habían realizado modificaciones de las dosis de insulina el fin de semana y no se habían corregido en la hoja del tratamiento del paciente
 3. En cuanto a material del botiquín del domicilio del paciente se observó en dos casos falta de material de curas (gasas, vendas), en otro caso jeringas, y en un tercer caso faltaba una heparina subcutánea
 4. No se detectó en ninguno de los casos problemas de seguridad, ni caídas ni nuevas úlceras de decúbito

Entre los cambios que se propusieron para mejorar la seguridad de los pacientes están:

- Actualizar las hojas de tratamientos de los pacientes si se realiza algún cambio de tratamiento por parte de los facultativos
- Reflejar los cambios que se hacen en fin de semana por el personal de guardia facultativo en la hoja de los pacientes
- Realizar un check-list una vez a la semana del material del botiquín que se deja en domicilio
- Elaboración por parte del personal de enfermería de una plantilla donde se anota la fecha de colocación de vías periféricas o subcutáneas, sondas y catéteres con el fin de mejorar la calidad y seguridad de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque se elaboró el briefing de seguridad es difícil poder realizarlo en los cambios de turno debido al

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0677

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL "BRIEFING DE SEGURIDAD" EN LAS SESIONES DIARIAS DE LA UNIDAD DE HAD

diferente horario de personal de enfermería y de facultativo y pensamos que sería más lógico y más práctico un mismo horario para todo el personal, ya que obliga a hacer dos cambios de turno separados con media hora de diferencia.

También los cambios de personal constantes, al no haber una plantilla fija en el servicio, conlleva una gran dificultad en la continuidad de las reuniones y realización del briefing.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/677 ===== ***

Nº de registro: 0677

Título
INCORPORACION DEL "BRIEFING DE SEGURIDAD" EN LAS SESIONES DIARIAS DE LA UNIDAD DE HAD

Autores:
SEVIL PURAS MARIA, MATIA SANZ MARTA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....: Mejorar la seguridad del paciente

PROBLEMA
La atención sanitaria en un conjunto de procesos cuyo objetivo es mejorar la salud del paciente, pero también conlleva el riesgo de que ocurran acontecimientos adversos. Desde hace años existe una gran preocupación en la comunidad médica hacia esos acontecimientos no relacionados directamente con la enfermedad y sí con el sistema sanitario, todo ello dentro del concepto de la seguridad del paciente.
La mala comunicación es muchas veces una causa frecuente de sucesos adversos en el sistema sanitario. El briefing es una herramienta que consiste en la realización de un acto de comunicación entre profesionales con un guión previo y como objetivo queremos conseguir una herramienta de seguridad del paciente en un medio en el que existe escasa experiencia sobre su aplicación como es la Unidad de Hospitalización a domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Incrementar la conciencia del personal sanitario sobre la seguridad del paciente.
2. Crear un ambiente favorable para que el personal sanitario comparta información sin miedo de represalias.
3. Integrar la notificación de temas de seguridad en el trabajo diario.
4. Reducir el riesgo de sucesos adversos y mejorar la calidad del cuidado.

MÉTODO
• Elaboración de un breve cuestionario, estructurado mediante una lista de tareas que servirá de guión para el briefing
• Realización del Briefing una vez al día, a las 15 horas, coincidiendo con el cambio de turno de enfermería y de médicos en la sala de reuniones de la tercera planta.
• Notificación de los sucesos adversos y propuestas de mejora
• Realización de una encuesta postbriefing anónima entre todo el personal de la unidad para valorar su utilidad.

INDICADORES
• Se evaluará el número de sucesos adversos notificados
• El número total de personal (enfermería y facultativos) que asisten a la reunión.
• Se realizará una encuesta postbriefing anónima a todo el personal del servicio para valorar la utilidad de esta herramienta

DURACIÓN
• Elaboración del cuestionario de Briefing hasta diciembre del 2016.
• Realización del Briefing desde enero hasta marzo del 2017 en las reuniones del personal de enfermería y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0677

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL "BRIEFING DE SEGURIDAD" EN LAS SESIONES DIARIAS DE LA UNIDAD DE HAD

médicos.

- Encuesta postbriefing anónima y análisis de 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 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 - 2016/0813

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA (A TRAVES DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO) Y ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA TERESA MATIA SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEVIL PURAS MARIA
FITENI MERA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dado que desde que la Ley General de Sanidad estableciera la atención sanitaria en dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada, la coordinación asistencial entre ambos es un reto, entre otras causas por la complejidad de las organizaciones sanitarias y la fragmentación de los servicios. En este contexto, el servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD) ofrece una atención especializada de rango hospitalario en el domicilio del paciente con las mismas garantías que la hospitalización tradicional, valorando además las características asistenciales, socioeconómicas y psicológicas del enfermo y su entorno. Por ello, y puesto que esta modalidad asistencial sirve de conexión entre el hospital y Atención Primaria, la comunicación entre ambos niveles es un pilar básico para la continuidad compartida, la cual está intrínsecamente relacionada con la satisfacción de los pacientes y su calidad de vida. Para mejorar la comunicación entre ambos niveles se han llevado una serie de actividades:

- Se han realizado reuniones informativas por el personal de HaD en los diferentes centros de salud pertenecientes a su área de cobertura del sector (Actur Norte, Actur oeste, Arrabal, La Jota, Picarral y Parque Goya) donde se ha realizado presentación del funcionamiento del servicio y medios de contacto. Tras haber contactado en varias ocasiones con el centro de salud Actur Sur no se ha podido concertar cita quedando pendiente.
- Se ha creado de una dirección de correo electrónico corporativo (hospitaldomicilioHRV@salud.aragon.es) perteneciente a HaD para contactar vía mail con dicho servicio y realización de interconsultas directas.
- Se ha mejorado la calidad del informe de alta del paciente añadiendo un teléfono de contacto directo con el servicio de HaD y el mail propiamente creado para realizar consultas específicas sobre dicho enfermo
- Por parte de enfermería se ha realizado un informe de continuidad de cuidados de Enfermería en los pacientes que lo requirieron
- Se ha utilizado la HCE para la realización de evolutivos médicos, de enfermería, escalas e informes de alta como medio común de intercambio de información médica
- De forma puntual vía telefónica se ha realizado transmisión de la información de los pacientes complejos y frágiles dados de alta del servicio de HaD a los centros de salud correspondientes, para remisión a su médico de Atención Primaria responsable

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número de reuniones informativas por el personal de HaD en los centros de salud de su área de cobertura (durante el año 2017): 6 (Actur Norte, Actur oeste, Arrabal, La Jota, Picarral y Parque Goya)
- Número de informes de alta del servicio de HaD en los que consta dirección de mail y teléfono de contacto (durante el año 2017): 100%
- Número de pacientes que dadas sus características de complejos y frágiles se es remitida información telefónica del alta a su centro de salud correspondiente (médico o enfermera) (durante el año 2017): 4
- Número de interconsultas realizadas por e-mail o teléfono desde Atención Primaria (durante el año 2017): Por mail no se ha realizado ninguna interconsulta. Por teléfono se ha contactado en varias ocasiones (no se ha cuantificado el número) desde Atención Primaria realizando ingreso directo en el servicio de HaD en 16 pacientes sin pasar por el servicio de Urgencias
- Número de encuestas con opinión satisfactoria por parte del paciente/familiares (durante el año 2017): 98.7% bueno o muy bueno (bueno: 11.1% y muy bueno: 87.6%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante el año 2017 se ha cumplido el objetivo marcado de realizar un programa de continuidad de cuidados entre Atención Especializada y Atención Primaria. Con ello, se ha mejorado la comunicación entre ambos niveles asistenciales traduciéndose en ingresos hospitalarios directos en el servicio de HaD sin tener que acceder a través del servicio de Urgencias evitando de esta manera traslados innecesarios y beneficiándose de una atención especializada de rango hospitalario en su domicilio. Esto se ha reflejado en la satisfacción del paciente calificando el servicio de forma muy favorable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/813 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0813

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA (A TRAVES DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO) Y ATENCION PRIMARIA

Nº de registro: 0813

Título
ELABORACION DE UNA PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA (HOSPITALIZACION A DOMICILIO) Y ATENCION PRIMARIA

Autores:
MATIA SANZ MARTA TERESA, SEVIL PURAS MARIA, FITENI MERA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente pluripatológico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde que la Ley General de Sanidad estableciera la atención sanitaria en dos niveles asistenciales: Atención Primaria, como primer contacto de acceso al sistema, y Atención Especializada, como apoyo y complemento de todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera, la coordinación asistencial entre ambos, es un reto al que en nuestra opinión los distintos servicios de Salud se enfrentan habitualmente. La complejidad de las organizaciones sanitarias, la fragmentación de los servicios, la amplia variabilidad de la práctica clínica y la tradicional orientación del sistema hacia los profesionales dificulta una atención integral, continuada y centrada en el paciente. El servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD) ofrece una atención especializada de rango hospitalario en el domicilio del paciente con las mismas garantías que la hospitalización tradicional, valorando además las características asistenciales, socioeconómicas y psicológicas del enfermo y su entorno. Por ello, y puesto que esta modalidad asistencial sirve de conexión entre el hospital y Atención Primaria, la comunicación entre ambos niveles es un pilar básico para la continuidad compartida, la cual está intrínsecamente relacionada con la satisfacción de los pacientes y su calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

- Garantizar la continuidad de los cuidados médicos entre Atención Especializada y Atención Primaria
- Asegurar la comunicación bidireccional, mejorar el conocimiento mutuo del trabajo y la colaboración activa entre los facultativos de los diferentes ámbitos
- Establecer sistemas de comunicación rápida y efectiva para mejorar la continuidad asistencial
- Disminuir complicaciones y evitar traslados a Urgencias o ingresos hospitalarios innecesarios
- Aumentar la seguridad y confianza de pacientes y profesionales
- Mejorar la calidad de atención del paciente/cuidador/familia
- Mejorar la identificación de pacientes con mala adhesión al régimen terapéutico, falta de conocimientos o con alto grado de dependencia con claudicación del cuidador y colaborar en la educación sanitaria mediante la participación activa de los familiares en la recuperación del enfermo

MÉTODO

- Realización de reuniones informativas por el personal de HaD en los diferentes centros de salud pertenecientes a su área de cobertura del sector 1: presentación del funcionamiento del servicio y medios de contacto
- Creación de una dirección de correo electrónico corporativo perteneciente a HaD para contactar vía mail con dicho servicio y realización de interconsultas directas
- Mejorar la calidad del informe de alta del paciente añadiendo un teléfono de contacto directo con el servicio de HaD y el mail propiamente creado para realizar consultas específicas sobre dicho enfermo
- Realización de informe de continuidad de cuidados de Enfermería en los pacientes que lo requieran
- Utilización de la HCE como medio común de intercambio de información médica
- Transmisión de la información de los pacientes complejos y frágiles dados de alta del servicio de HaD a los centros de salud correspondientes, para remisión a su médico de Atención Primaria responsable

INDICADORES

- Número de reuniones informativas por el personal de HaD en los centros de salud de su área de cobertura
- Número de informes de alta del servicio de HaD en los que consta dirección de mail y teléfono de contacto
- Número de pacientes que dadas sus características de complejos y frágiles se es remitida información del alta a su centro de salud correspondiente
- Número de interconsultas realizadas por e-mail o teléfono desde Atención Primaria
- Número de pacientes con informe de continuidad de cuidados de Enfermería
- Número de encuestas con opinión satisfactoria por parte del paciente/familiares

DURACIÓN

- Realización de reuniones informativas por el personal de HaD en los centros de salud de su área de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0813

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA (A TRAVES DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO) Y ATENCION PRIMARIA

cobertura: noviembre 2016 - febrero 2017

- Creación de una dirección de correo electrónico corporativo perteneciente al servicio de HaD: octubre-noviembre 2016

- Utilización de HCE: desde el momento actual

- Mejora del informe de alta con la adicción de mail y teléfono de contacto, realización de informe de continuidad de cuidados de Enfermería y transmisión de la información de determinados pacientes dados de alta a su centro de salud: a partir de febrero 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: 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 - 2016/0896

1. TÍTULO

IDENTIFICACION INEQUIVOCA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y REGISTRO DE ACTUACIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON PRESCRIPCION DE VACUNACION EN MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA ANTONIA BERNAD USON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL
STODUTO GARCIA MARIA PIEDAD
VARONA LOPEZ WENCESLAO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- DESARROLLO DEL PROYECTO:

1.1.- ELABORACIÓN DE FORMATO PARA EL REGISTRO DE LA CONSULTA DE VACUNACIÓN.

Diseño del formato por la Responsable del Proyecto, presentación al resto de componentes del Equipo, revisión y propuesta de modificaciones, valoración de las mismas e introducción de las consideradas adecuadas, y elaboración del formato definitivo.

Distribución de funciones de cada miembro del Equipo.

1.2.- INICIO DEL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN EL FORMATO ELABORADO.

En enero de 2017 comienzan a registrarse en el formato elaborado las actividades de enfermería en la atención de pacientes en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva.

1.3.- PERIODO DE UTILIZACIÓN DEL NUEVO FORMATO PARA VALORAR RESULTADOS.

Registro en el nuevo formato de las atenciones de enfermería en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva desde el 1 de enero de 2017, programando un estudio de valoración de resultados tras seis meses de utilización.

1.4.- ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE REGISTROS.

Estudio para la valoración de la adecuada cumplimentación de los formatos y la existencia de incidentes relacionados con el acto vacunal en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2017. Esta valoración se llevó a cabo por un evaluador externo, independiente del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.

1.5.- ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL ESTUDIO, RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

En julio se procede al análisis de los datos del estudio de evaluación de los registros y a la interpretación de los resultados y la obtención de conclusiones.

2.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Se envía por correo electrónico Tabla I

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados que se esperaba obtener con la realización de este Proyecto eran los siguientes:

1.- Garantizar la adecuada continuidad asistencial del paciente atendido en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.

2.- Minimizar los incidentes y/o eventos adversos relacionados con el acto vacunal.

3.- Disponer de un formato claro y sistemático para el registro de las actividades de la enfermera de la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.

La elaboración del formato para el registro de las actividades de enfermería y la selección de las variables a cumplimentar tenían como objetivos la consecución de la coordinación de los profesionales que intervienen en el proceso de vacunación para mejorar el control y seguimiento de los pacientes atendidos en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.

En la solicitud del Proyecto se contempló como indicador de proceso el "porcentaje de pacientes vacunados con registro completo de enfermería". No obstante, la cumplimentación inadecuada puede ser de una o varias de las vacunas administradas, por lo que se ha considerado que la obtención del "porcentaje de vacunas con registro completo de enfermería" aporta una información más completa de los registros de las actividades llevadas a cabo en la Consulta de enfermería de vacunación, por lo que se ha procedido a su análisis y se ha añadido como indicador *.

En el primer semestre de 2017 los facultativos del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova derivaron a la Consulta de enfermería para la administración de vacunas a 222 pacientes. Dos de las Historias no pudieron recuperarse en Archivos, no teniendo acceso a los registros de vacunación, por lo que los pacientes fueron excluidos del estudio. Así, el total de pacientes incluidos en el estudio fueron 220.

A seis de los pacientes no se les hizo ficha de vacunación, siendo incluidos en el estudio, y considerándose los formatos como inadecuadamente cumplimentados.

Estos seis pacientes a los que no se les abrió ficha de vacunación acudieron a la Consulta en la fase inicial de utilización del nuevo formato y coincidiendo en fechas que la enfermera que desarrolla las actividades en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva estaba disfrutando de días festivos (dos pacientes el día 3 de enero, uno el 4 de enero y tres el ocho de febrero).

Tras el estudio de adecuación en la cumplimentación de los formatos de enfermería se analizaron las siguientes variables:

- Pacientes con primera visita o sucesivas.

- Número de vacunas administradas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0896

1. TÍTULO

IDENTIFICACION INEQUIVOCA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y REGISTRO DE ACTUACIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON PRESCRIPCION DE VACUNACION EN MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

- Número de registros completos adecuadamente cumplimentados.
- Número de vacunas administradas con registro adecuado completo.
- Motivo de cumplimentación no adecuada.
- Reacciones adversas.

El resultado de los indicadores de seguimiento establecidos para valorar la consecución de los objetivos, y por tanto la efectividad del Proyecto fue el siguiente:

Estructura:

Disponibilidad de la hoja de registro en la Consulta de enfermería de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova .. Sí

Proceso:

Porcentaje de pacientes vacunados con registro completo de enfermería 81,36 %

Porcentaje de vacunas con registro completo de enfermería * 91,68 %

Resultado:

Porcentaje de pacientes con incidentes o eventos prevenibles relacionados con el acto vacunal 0 %

En lo que hace referencia a los indicadores de proceso, si consideramos que no todas las variables a cumplimentar tienen la misma importancia, y analizamos los registros y las vacunas en los que no se cumplimentaron correctamente los apartados esenciales para la identificación de las vacunas y la valoración de los posibles efectos adversos (identificación, fecha de administración lote, fecha de caducidad, vía de administración, lugar anatómico, y alergias), los porcentajes de adecuación ascienden hasta el 88,2 % (194 de 220) en el caso de los registros, y al 94,8 % (513 de 541 para las vacunas).

RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS DE VARIABLES:

Se envía por correo electrónico Tabla II

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La administración de una vacuna debe registrarse siempre en la Historia Clínica de la persona vacunada.

La calidad de los datos registrados es fundamental, sobre todo en lo concerniente a la seguridad vacunal, tanto en lo referente a la identificación exacta del preparado administrado, como del lote, para poder realizar actuaciones en el caso de reacciones vacunales determinadas o ante la necesidad de identificación de personas inmunizadas con lotes de vacunas concretos.

Por ello, con el objetivo de disponer de un soporte documental unificado para el registro de las vacunas administradas, se decidió, como parte de este Proyecto, diseñar el formato que ha estado disponible en la Consulta de enfermería de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova desde el día 1 de enero de 2017 y se ha utilizado sistemáticamente desde entonces, contribuyendo a disponer de un control exacto de las vacunas administradas.

El formato dispone de un doble registro de identificación del paciente, por una parte el nombre y por otra el Número de Historia Clínica, facilitando la identificación inequívoca.

El formato facilita la continuidad asistencial de los pacientes remitidos a Medicina Preventiva para su valoración y administración de vacunas si procede. No obstante, esta continuidad asistencial no debe limitarse a la interacción médico que prescribe / enfermera de la Consulta, sino que también debería existir una coordinación, formación e información entre los profesionales de enfermería que vayan a desarrollar funciones asistenciales en la Consulta de vacunación (más aún considerando que muchos pacientes deben acudir a la Consulta en varias ocasiones). minimizando así las probabilidades de que se produzcan situaciones como que no se abra ficha de vacunación a algunos pacientes.

Muchos de los viales de las vacunas disponen de pegatinas en las que consta el nombre comercial del preparado, el lote y la fecha de caducidad. En la mayoría de las fichas se han empleado estas pegatinas, cuya utilización contribuye a la disminución de los errores u olvidos que pueden producirse en el registro manual, sin embargo, no siempre se han usado.

A pesar de que el objetivo a conseguir es la adecuada cumplimentación de todas las variables en todos los registros, tanto el porcentaje de registros completos como de vacunas correctamente cumplimentadas puede considerarse elevado, más aún si analizamos solamente las posibles deficiencias en las variables esenciales para la identificación de las vacunas y la valoración de los posibles efectos adversos.

No se produjeron incidentes o eventos prevenibles relacionados con el acto vacunal, lo que puede hacer pensar en una adecuada prescripción y administración de las vacunas adaptadas a las características propias de cada paciente. Los efectos adversos que desarrollaron algunos pacientes tras la administración de las vacunas fueron reacciones locales (dolor, inflamación) o sistémicas leves (febrícula), atribuibles a la propia vacuna y no al acto vacunal, y remitieron a las 48-72 horas de la vacunación.

Algunas de las medidas que podrían contribuir a mejorar la cumplimentación del formato utilizado en la Consulta de enfermería de vacunación podrían ser:

- Utilización de etiquetas para registrar el nombre del paciente, evitando los posibles errores de interpretación de la letra ante nombres o apellidos similares.
- Siempre que los viales dispongan de pegatinas con el nombre comercial del preparado, el lote y la fecha de caducidad, utilizarlas para el registro de estos apartados en la ficha.
- Revisar los registros de las vacunas administradas en la visita como último paso de la atención al paciente.
- Conseguir que los profesionales de enfermería que vayan a desarrollar sus actividades de manera puntual en la Consulta de vacunaciones dispongan de la formación e información suficiente sobre la gestión de la atención integral al paciente que se lleva a cabo en esta Consulta.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0896

1. TÍTULO

IDENTIFICACION INEQUIVOCA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y REGISTRO DE ACTUACIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON PRESCRIPCION DE VACUNACION EN MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Se envían por correo electrónico los siguientes archivos:

- Cronograma de las actividades del Proyecto. (Tabla I).
- Tabla de resultados del análisis de las variables incluidas en el estudio. (Tabla II).

*** ===== Resumen del proyecto 2016/896 ===== ***

Nº de registro: 0896

Título
IDENTIFICACION INEQUIVOCA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y REGISTRO DE ACTUACIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON PRESCRIPCION DE VACUNACION EN MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
BERNAD USON MARIA ANTONIA, FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, STODUTO GARCIA MARIA PIEDAD, VARONA LOPEZ WENCESLAO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Alteraciones del sistema inmunitario
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La realización de forma correcta de todos los pasos incluidos dentro del acto vacunal es esencial y es la enfermería como principal responsable del mismo, quien tiene el papel fundamental en esta labor. La actuación del profesional de enfermería no se limita a la administración de la vacuna, sino que existen una serie de procesos relacionados que son claves para garantizar la mayor efectividad y seguridad de las vacunas (1). Todos esos procesos vinculados a la vacunación (identificación, preparación, vacunación propiamente dicha y cuidados posteriores) deben dejarse registrados (2). Asimismo, debe existir coordinación entre los distintos profesionales implicados en el proceso de vacunación.

Tras la valoración inicial por el facultativo y la prescripción de las vacunas recomendadas en su caso, el paciente pasa a la Consulta de enfermería, debiendo garantizarse la continuidad asistencial con una atención integral y adecuada a la prescripción.

Para asegurar esta continuidad asistencial y llevar a cabo el necesario registro de las vacunas administradas, en la Consulta de enfermería debe disponerse de un formato (3-5) en el que se incluyan variables referidas a la identificación del paciente y el facultativo que deriva al paciente, las vacunas administradas, las alergias conocidas y las reacciones adversas, así como la identificación de la enfermera que administra la vacuna. Este formato debe favorecer la aplicación de los principios para la administración de medicación siguiendo los "Rights of Medication Administration" (5) en los que se incluye asegurar que el paciente sea el correcto, así como la vacuna a administrar, el momento (edad, tiempo e intervalos y fecha de caducidad), la dosis, la vía de administración, el lugar y la documentación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Garantizar la adecuada continuidad asistencial del paciente atendido en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.
- Minimizar los incidentes y/o eventos adversos relacionados con el acto vacunal.
- Disponer de un formato claro y sistemático para el registro de las actividades de la enfermera de la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.

MÉTODO

Las actividades del Proyecto están encaminadas a la consecución de la coordinación de los profesionales que intervienen en el proceso de vacunación y a mejorar el control y seguimiento de los pacientes atendidos en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.

Para ello se elaborará una hoja de enfermería para el registro de datos de identificación del paciente y los profesionales que prescriben y administran, las vacunas administradas, las alergias conocidas y las reacciones adversas que puedan producirse.

La valoración de la adecuada cumplimentación de los formatos y de la existencia de incidentes o eventos adversos relacionados con el acto vacunal se llevará a cabo por un evaluador externo, independiente del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0896

1. TÍTULO

IDENTIFICACION INEQUIVOCA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y REGISTRO DE ACTUACIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON PRESCRIPCION DE VACUNACION EN MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

INDICADORES

Estructura:

Disponibilidad de la hoja de registro en la Consulta de enfermería de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova

Proceso:

% de pacientes vacunados con registro completo de enfermería

Numerador: N° pacientes con hoja de registro de enfermería correctamente cumplimentada x 100

Denominador: N° pacientes con prescripción de vacunación en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova

Resultado:

% de pacientes con incidentes o eventos adversos prevenibles relacionados con el acto vacunal

Numerador: N° pacientes con incidentes o efectos adversos prevenibles x 100

Denominador: N° pacientes con prescripción de vacunación en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova

DURACIÓN

Diciembre 2016:

Diseño y elaboración del formato de enfermería para el registro de la atención de pacientes en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva.

Enero - Junio 2017:

Estudio de seguimiento de la adecuación en la cumplimentación del registro de la hoja de enfermería.

Julio 2017:

Evaluación de los registros, análisis de resultados, obtención de indicadores y memoria del Proyecto.

Duración total del Proyecto: 8 meses.

OBSERVACIONES

1.- El acto de la vacunación: antes, durante y después. Manual de vacunas en línea de la AEP. Disponible en <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-5>

2.- Sáez López I, Aguirre Lejarcegui G, Sancho Martínez R, González Sancristóbal MI. Guía de bolsillo de vacunas. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011.

3.- Consejo Asesor de Vacunaciones de Euskadi. Manual de vacunaciones. Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2016.

4.- Manual de vacunaciones para enfermería. Andalucía 2008. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

5.- Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases.

Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, 2015.

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 - 2016/1733

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA Y SECTOR 1

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN ASPIROZ SANCHO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

EZPELETA GALINDO ANA
TIRADO ANGLÉS GABRIEL
CORRUCHAGA ARREGUI MARIA DOLORES
SANCHEZ HERNANDEZ MARIA PILAR
TERRAZA MARTIN SERGIO
DIEZ CORNELL MARCOS
RIHUETE CARO ELVIRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó un grupo multidisciplinar PROA HRV en el primer semestre de 2017.
Se presentó pública y oficialmente el día 1 de junio de 2017 (salón de actos HRV).
Se elaboró una base de datos Excel, por parte del Dr. Gabriel Tirado, en enero de 2017.
Se comenzó a introducir datos en esta nueva base, a partir de finales de enero, siendo los primeros meses incompletos. Además, se van revisando resultados y añadiendo o quitando campos cuando el tiempo lo permite.
El registro de datos corre a cargo de M^a Dolores Corruchaga (enfermera de sepsis-PROA-Microbiología) y, en su ausencia, de M^a Pilar Sánchez (enfermera de Hematología Hospital de día y también de de sepsis-PROA-Microbiología en ausencia de la titular).

En el 53% de las bacteriemias se realizó un asesoramiento PROA en la prescripción antibiótica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 3 indicadores que se deben evaluar, los resultados son:
INDICADORES PROA HRV 2017

1. Bacteriemias evaluadas / notificadas/ registradas por los miembros del equipo PROA en pacientes ingresados en el año 2017 (nº absoluto y proporción)
336 pacientes con bacteriemia evaluados a día 10 de enero de 2018. Episodios notificados y registrados.
91 % de los pacientes con bacteriemia se ingresaron en los siguientes servicios del HRV: Medicina Interna (40%), Urología (12%), Digestivo (8%), UCI (6%) y Cirugía (4%). Consta un 9% de Urgencias.
2. Bacteriemias evaluadas / notificadas/ registradas por los miembros del equipo PROA en pacientes no ingresados en el año 2017 (nº absoluto y proporción)

7 episodios de bacteriemia no se ingresaron (1,9%)

Con 376 pacientes (a día 15 de febrero de 2018), solamente 7 pacientes (1,9%) fueron dados de alta a domicilio y seguidos por PROA. 32 pacientes (8,63%) se trasladaron para ingreso al hospital N^a S^a de Gracia.

3. Pacientes con bacteriemia por Staphylococcus aureus con hemocultivos de control.
NO se pidieron hemocultivos de control en el 50% de los casos de BSARM y en el 34% de las BSASM. Una vez evaluados los resultados, en la práctica totalidad de los casos los pacientes eran -o fueron- exitus, traslados a otros centros sanitarios o tenían otras causas que lo justificaban. Se llega a la conclusión de que los hemocultivos de control en bacteriemia por S. aureus es una información que se proporciona -por parte de Microbiología, enfermería y PROA- y se conoce -por parte de los médicos responsables de los pacientes- y que probablemente en todos los casos en que no se pidió respondió a una decisión meditada.

RESULTADOS DE LAS BACTERIEMIAS POR S. aureus en 2017

- 38 pacientes con bacteriemia por Staphylococcus aureus, 26 SASM (S. aureus sensible a meticilina) y 12 SARM (S. aureus resistente a meticilina)
- Porcentaje de SARM sobre todas las bacteriemias por S. aureus en 2017: 31,6%
- Edades: Edad media: 81,1 años (rango: 67-94).
- Servicios implicados: En HRV : Medicina Interna, Urgencias y Urología(1) . HNSG (2 pacientes).
- Mortalidad en bacteriemia por SARM (BSARM) : 75% (9/12).
- No se pidieron hemocultivos de control en BSARM en 6 casos (50%) : 4 exitus y 2 casos con alta comorbilidad y edades >90 años (91 y 94). Ingresos prolongados y reingresos (HRV y HNSG). Probablemente en todos los casos en que no se pidió respondió a una decisión meditada.
- Se pidieron hemocultivos de control en 6 casos. 5 exitus y 1 alta.
- Los exitus ocurrieron en el mismo día (3), 1 día (1), 4 días (1), 6 días (1), 12 días (1), 26 días (1), 2 meses (1).
- Mortalidad en bacteriemia por SASM (BSASM) : 31% (8/26).
- Se pidieron hemocultivos de control en 2 tercios de los casos.
- No se pidieron hemocultivos de control en BSASM en 9 casos (34,6%) : De ellos: 5 exitus, un alta a domicilio de diferente CA (Guipúzcoa, con información eficaz) y 3 casos con alta comorbilidad. 2 de ellos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1733

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA Y SECTOR 1

erasn de MI HRV y otro pasó a Hematología HRV. Probablemente en todos los casos en que no se pidió respondió a una decisión meditada.

- Se pidieron hemocultivos de control en 6 casos. 5 exitus y 1 alta.
- Los exitus ocurrieron en el mismo día (1), 1 día (1), 2 días (1), 6 días (1), 8 días (1), 16 días (1), 32 días (1), 2,5 meses (1)

Por otro lado, hay otros importantes resultados:

A 10 de enero de 2018 hay 336 pacientes con bacteriemia evaluados.

• En cuanto a la epidemiología de las bacteriemias (lugar de adquisición) más de la mitad es comunitaria (52%), seguido por asociada a cuidados sanitarios ACS (30%) y por último nosocomial (18%).

• El servicio de ingreso más frecuente fue Medicina Interna (40%) seguido por: Urología (12%), Urgencias (9%), Digestivo (8%), UCI (6%) y Cirugía (4%).

• El foco más frecuente fue el urinario (41%), seguido por abdominal (22%) y respiratorio (19%). Catéter 5.5%. Solamente un 5% fue desconocido.

• La etiología más frecuente fue (datos analizados, n=271):

- o Escherichia coli (51%) : E. coli 37.3% y E. coli Bles 13.7%
- o Staphylococcus aureus 10%: S. aureus sensible a meticilina 6.3% SARM 3.3%.
- o Streptococcus pneumoniae: 7%
- o Klebsiella pneumoniae 6 %
- o Staphylococcus epidermidis 6%
- o Enterococcus faecalis, 3.3%
- o K. oxytoca 3.3%

• El tiempo del informe medio por parte de Microbiología fue (en días):

Informe preliminar, Media: 1.48, Mediana:1.0

Informe definitivo, Media: 3.03, Mediana: 3.0

En el 53% de las bacteriemias se realizó un asesoramiento PROA en la prescripción antibiótica.

Sobre todas las actuaciones realizadas:

- En el 48,2% se paso de tratamiento empírico a dirigido.
- En el 23,68% se reorientó el tratamiento empírico.
- en el 8,77% se desescaló el tratamiento antibiótico.
- en el 0,8% se recomendó la suspensión del tratamiento antibiótico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es muy buena, en cuanto a que el grupo trabaja para dar la información relevante en pacientes con infección grave (bacteriemia). Se han cumplido las expectativas y se han alcanzado unas cifras excelentes en los indicadores evaluados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1733 ===== ***

Nº de registro: 1733

Título

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA Y SECTOR 1

Autores:

ASPIROZ SANCHO CARMEN, EZPELETA GALINDO ANA, TIRADO ANGLAS GABRIEL, CORRUCHAGA ARREGUI MARIA DOLORES, SANCHEZ HERNANDEZ MARIA PILAR, TERRAZA MARTIN SERGIO, DIEZ CORNELL MARCOS, RIHUETE CARO ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1733

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA Y SECTOR 1

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes con bacteriemia y otras infecciones del torrente sanguíneo, (p. ej. candidemia) son prioritarios para los Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) porque:

- Se trata de pacientes con infecciones documentadas que, con frecuencia, asocian elevadas tasas de mortalidad (10-40%) y una morbilidad considerable en los que la utilización óptima de antimicrobianos es especialmente necesaria.
- La documentación microbiológica permite en muchos casos dirigir el tratamiento antimicrobiano empíricamente iniciado, reduciendo en muchos casos la presión antibiótica.
- Suponen una oportunidad idónea para la interacción con los prescriptores de antimicrobianos a nivel individual.
- La oferta proactiva de una actividad de asesoría especializada para el manejo de pacientes con bacteriemia se ha asociado de forma repetida a una mejora en los resultados clínicos (mortalidad) y del uso de antibióticos.
- La actividad PROA de apoyo al manejo de pacientes con bacteriemia tiene un impacto máximo en la consecución de cambios de hábitos de prescripción en el hospital

RESULTADOS ESPERADOS

- Optimizar los resultados clínicos de los pacientes con bacteriemia en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza (HRVZ).
- Mejorar la utilización de antimicrobianos en pacientes con bacteriemia del HRVZ.
- Contribuir a la formación del personal sanitario del HRVZ -especialmente a los prescriptores- en el buen uso de antimicrobianos.
- Evaluación de la repercusión de la actividad.

MÉTODO

Desarrollo del Procedimiento:

- Tarea 1.- Identificación y notificación de bacteriemias a los clínicos del PROA.
- Tarea 2. Análisis de la información disponible del episodio de bacteriemia.
- Tarea 3. Interacción con el Servicio clínico responsable del paciente con bacteriemia.
- Tarea 4. Registro de la información correspondiente al episodio.

INDICADORES

1. Bacteriemias evaluadas/ notificadas / registradas por los miembros del equipo PROA en pacientes ingresados en el HRV (nº absoluto / proporción) .
- 2.- Bacteriemias en pacientes no ingresados evaluadas/ notificadas / registradas por el equipo PROA (nº absoluto / proporción)
3. Pacientes con bacteriemia por *S. aureus* con hemocultivos de control

DURACIÓN

Primer semestre de 2017: formación de grupo PROA y presentación al hospital Royo Villanova y sector 1.

Primer semestre de 2017: elaboración de un documento sobre la actuación en las bacteriemias.

Primer semestre de 2017: Presentación en sesión de hospital (con presencia de profesionales del sector 1) del documento sobre la actuación en las bacteriemias.

Segundo semestre 2017: elaboración de un cuadro de mandos con estadísticas de actividad.

Primer trimestre 2018: elaboración y presentación de la memoria de actividad del grupo PROA en el año 2017.

OBSERVACIONES

No se ha podido incluir a dos profesionales del servicio de Urgencias (Dr. José María Ferreras y Marcos Sarrat) que forman parte activa del grupo PROA.

Por otro lado, hay profesionales de los servicios de Farmacia y Medicina Preventiva (Dra. P. Stodutto) que también intervienen de modo importante en este proyecto, y que tampoco han podido ser incluidos (solamente hay opción para 8 miembros en la solicitud oficial).

La implementación de este programa será gradual y requiere de la implicación de la dirección del centro (hospital Royo Villanova). Además, sería deseable la implicación de Atención Primaria del sector 1 (adultos y Pediatría) y del hospital Nuestra Señora de Gracia.

Se reevaluará la dedicación de los diferentes integrantes del grupo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1733

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA Y 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 - 2016/0737

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ROBERTO CABESTRE GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOLDOVA LOSCERTALES ANA
LAZARO SIERRA JAVIER
PEREZ SISAMON ANA
JIMENEZ FRANCES MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han visto 32 pacientes a lo largo del año.
Se realizó difusión al inicio del programa en los servicios afectados (neumología y cardiología), con charlas exposición del programa, motivos, objetivos y criterios de derivación. Tanto a enfermeras como a los FEA de Neumología y Cardiología.
Se realizó presentación breve en powerpoint y nota informativa de inicio del programa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Test de dependencia y motivación recogidos en el 100% de las historias.
Se valoran 32 pacientes, que generan:
20 consultas del Día D,
18 a la semana de cesación de los cuales 3 no acuden y 1 no quiere seguir
18 al mes, de los cuales 1 no quiere seguir
13 a los 3 meses, 2 no acuden y 2 habían recaído.
7 a los seis meses, 2 no acuden
5 al año, que completan tratamiento y se les da de alta como exfumadores.

Hemos ayudado a 5 fumadores a dejar de fumar completamente, supone un 16% de los pacientes atendidos.

Recogida base de datos y revisadas las historias clínicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos orgullosos de haber conseguido ayudar a 5 pacientes a dejar de fumar completamente, aunque nos gustaría mejorar este resultado.

La falta de tiempo del personal participante en este programa, ha dado como resultado la pérdida de seguimiento de muchos de estos pacientes, que no sabemos si han continuado abstinentes o no, porque no han acudido a dos consultas sucesivas (se les volvía a citar tras una falta) pero ya no se ha contactado más con ellos.
La inclusión de pacientes podría haber sido mucho mayor de haber podido dedicar tiempo, podríamos haber repetido y mejorado la difusión, sobre todo entre el personal de enfermería, pero no eramos capaces de asumirlo, por nuestra carga asistencial.
De cara al próximo año, con el apoyo de nuestra dirección de enfermería, vamos a disponer de una enfermera dedicada a tiempo completo a la deshabituación tabáquica. El tiempo dedicado a este programa se multiplicará, mejoraremos la difusión entre el personal y afinaremos los criterios de inclusión. Estamos seguros de poder aumentar la intervención y mejorar los resultados. Estudiaremos ampliar el programa a otras especialidades, en dependencia de la carga que se genere.
Retomaremos también el contacto con aquellos pacientes que realizaron un intento de cesación para ver si continúan sin fumar y en caso contrario, les animaremos a realizar un nuevo intento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/737 ===== ***

Nº de registro: 0737

Título
ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:
CABESTRE GARCIA ROBERTO, BOLDOVA LOSCERTALES ANA, LAZARO SIERRA JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0737

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

TEMAS

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

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Deshabituación tabáquica

PROBLEMA

El ingreso hospitalario brinda a los profesionales de salud una oportunidad única para ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar.
Sabemos que el 14% de los pacientes ingresados se mantiene abstinentes a las 12 semanas y un 66% que se mantienen abstinentes durante el ingreso, retoman el consumo en las 4 semanas siguientes al alta.
Nos encontramos en un momento vulnerable. Si conseguimos controlar el síndrome de abstinencia existen posibilidades actuales y futuras de abandono del hábito.
Realizando una intervención como: identificación del paciente, diagnóstico, tratamiento y monitorización del seguimiento y al alta derivación a una consulta especializada se podrían conseguir grandes resultados.
Actualmente la intervención sobre el paciente hospitalizado es mínima o inexistente.

RESULTADOS ESPERADOS

Para llevar a cabo este proyecto debemos dar información y formación a nuestros compañeros profesionales sanitarios, siendo éste uno de nuestros más valiosos objetivos.
La deshabituación es más adecuada y efectiva si es ofrecida por un experto en tabaquismo.
Pretendemos implantar un protocolo de identificación de pacientes fumadores, ingresados a cargo de nuestro servicio, para el inicio de la deshabituación durante el ingreso, llevando el seguimiento posterior desde la consulta de enfermería de terapias respiratorias. Este servicio podría ser posteriormente ampliado a otras plantas del hospital aumentando las horas de enfermería dedicadas a ello.
La historia del paciente, no suele recoger el tabaquismo como enfermedad en la anamnesis.
Trabajaremos para cambiar esta situación y que sea más fácil la captación del paciente y la intervención sobre esta enfermedad, realizando charlas para el personal médico y de enfermería.
Estando filiado como paciente fumador, será más sencillo que su médico o su enfermera en planta lo derive para intervenir, o incluso que, cualquier sanitario, al ver este dato en la historia pueda realizar una intervención.

MÉTODO

Pacientes respiratorios derivados, en una primera fase, por el servicio de Neumología. La captación la podrá realizar tanto médico como enfermera, a través de una Hoja de Consulta dirigida a Deshabituación Tabáquica. Realizaremos una intervención conductual, además de los test de dependencia y de motivación. Realizaremos una historia completa de su tabaquismo, recogiendo tiempo fumando, cantidad de paquetes año, intentos previos de cesación, motivos de fracaso anteriores... además de los datos antropométricos, IMC, coximetría, ...
Esta parte la realizará el enfermero experto en tabaquismo.
Si el paciente es receptivo a comenzar una deshabituación, plantearemos el tratamiento, conjuntamente con el neumólogo responsable de la deshabituación y de acuerdo con el médico responsable del paciente.
Realizaremos seguimiento durante el ingreso intentando detectar los problemas a los que se va a enfrentar este paciente, dándole las pautas necesarias para mantener su cesación tabáquica al alta.
Programaremos consultas de seguimiento durante, al menos, un año. Irán a cargo de la consulta de enfermería de respiratorio y del enfermero experto en tabaquismo, con la colaboración y respaldo de los neumólogos que se mantendrán informados de la evolución del paciente.

La frecuencia con la que actuaremos:

1 visita o las necesarias antes del abandono.
Máximo 1 semana tras la fecha de abandono.
15 días del abandono (posiblemente la visita de los 15 días sea telefónica, en función de la situación).
1 mes.
3 meses
6 meses
Al año.

Es posible que se precisen visitas extras, especialmente si existen recaídas o la dependencia está muy acentuada. Valoraremos también la necesidad de alguna llamada telefónica, en dependencia del caso.

Esperamos aumentar así el número de intentos de cesación, y con ello aumentamos el número de éxitos en la misma, con lo que supone para la calidad de vida del paciente y la mejora en el pronóstico de su enfermedad, además de reducir la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0737

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

frecuentación a los servicios sanitarios.

INDICADORES

Se realizarán los test de dependencia y de motivación a los pacientes fumadores ingresados en los servicios de neumología y de cardiología en los que se intervenga sobre tabaquismo y se revisará su historia un año después del alta, volviendo a realizar dichos test si siguen siendo fumadores.
Se realizarán consultas de seguimiento del proceso durante, al menos, un año, salvo abandono o recaída.

DURACIÓN

Inicio segunda quincena de octubre.

Se informará al servicio de Neumología del inicio de este proyecto de mejora. Se incidirá durante este mes de octubre y noviembre en la inclusión del tabaquismo como diagnóstico en la historia clínica y de enfermería. Se instruirá al personal de enfermería de dicho servicio en la necesidad de reflejar el tabaquismo en la historia de enfermería. También se informará a urgencias para intentar que lleguen ya filiados como fumadores a la planta. Se realizará una sesión clínica para personal de enfermería del hospital el 28 de octubre.

OBSERVACIONES

Este proyecto de mejora ya fue presentado y aprobado en la convocatoria anterior, pero no ha sido posible ponerlo en marcha hasta ahora. En estos momentos ya está a punto de comenzar a desarrollarse.

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: 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 - 2016/1470

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL DE DIA (CONTINUACION AG 2016)

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA PEREZ GIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL
ROSELL ABOS MARIA TERESA
BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El funcionamiento es fluido.

Se ha incorporado un monitor de constantes vitales financiado a través de un proyecto de resultados de costes del HD.

Se publicó en prensa la puesta en marcha de este HD

Se completa diariamente una base de datos con variables de actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actividad clínica durante 2017:

Pacientes atendidos: 535. Consultas realizadas: 1293 (50,5% hombres)

Frecuencia de visitas: 341 pacientes: 1 visita, 103 pacientes 2 visitas, 21 pacientes 3 visitas, 13 pacientes 4 visitas,3 pacientes 24 visitas, 1 paciente 61 visitas.

Visitas urgentes 106. Visitas programadas 1162.

Motivos de consulta:

Administración de fármacos (biológicos e inhalados): 24,8%, fibrobronoscopias terapéuticas: 17,8%, crisis asmáticas 14,2%, altas precoces por neumonía 9,2%, técnicas pleurales 5,8%, exacerbación EPOC 4,9%, infección respiratoria 4%, PAAF guiada por TAC 3,9%, altas precoces por EPOC agudizada 3,9%, alta precoz por agudización asmática 1,7%, alta precoz por TEP 1,5%, otros 8,8%.

24 pacientes no acudieron a la cita programada (1,9%), 2 de ellos por ingreso hospitalario, resto por otros motivos.Procedencia de las visitas: propio HD: 48,1%, CCEE 20,3%, hospitalización 17,8%, atención al paciente 7,5%, neumología intervencionista 2%, urgencias: 1,9%, MAP: 1,4%, hospitalización domiciliaria 1%.

La satisfacción de los pacientes es muy alta según encuesta

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente el análisis de costes una vez concluido el primer año de funcionamiento.

Ha habido cambios en la enfermera asignada.

En algún momento ha habido problemas de intimidad en la visita médica por la falta de espacio.

En general se está obteniendo una alta rentabilidad clínica y de satisfacción del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1470 ===== ***

Nº de registro: 1470

Título
PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL DE DIA (CONTINUACION AG 2016)

Autores:
PEREZ GIMENEZ LAURA, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, ROSELL ABOS MARIA TERESA, BRUNA LAGUNA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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 .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1470

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL DE DIA (CONTINUACION AG 2016)

PROBLEMA

Las enfermedades respiratorias consumen una enorme cantidad de recursos económicos. En España, el Hospital de día de Neumología (HDN) ha demostrado ser una herramienta eficaz en el ahorro de recursos económicos sanitarios a la vez que permite un seguimiento estrecho de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Nuestro objetivo es optimizar los recursos a nuestro alcance con el objetivo de mejorar la atención del paciente respiratorio e intentar reducir de manera significativa la demanda en los servicios de urgencias y el periodo de estancia durante el ingreso hospitalario. Por otra parte se intentara mejorar el seguimiento del paciente y la calidad de la atención del mismo. Añadir que la integración en la practica clínica de tratamientos biológicos y antibióticos de administración intrahospitalaria (omalizumab, mepolizumab, colistina, tobramicina inhalada...) genera la necesidad de crear un espacio donde poder atender a los pacientes en un entorno adecuado y administrar esos fármacos con seguridad.

RESULTADOS ESPERADOS

Ser costo-eficientes en la atención de los pacientes respiratorios crónicos
Evitar estancias hospitalarias y frecuentación de urgencias.

MÉTODO

De las actividades en desarrollo propuestas en el AG 2016 para el funcionamiento del HDN:

- Se comunicó a través de la Dirección de Atención Primaria del Sector I la puesta en marcha del HDN a los Coordinadores de los CS del Sector I.
- Se comunicó al Servicio de Urgencias la puesta en marcha del HDN.
- El primer paciente citado fue el 6 de octubre/2016.

Se publicó un artículo en El Periódico de Aragón de la puesta en marcha del HDN.

Se ha conseguido financiación para equipamiento y la realización de un análisis de efectividad y costes de la puesta en marcha del HDN por parte de laboratorios Praxis Pharma. Ferrer Internacional SA y Menarini a través de la fundación Pneumaragon de la Sociedad Aragonesa del Aparato Respiratorio (SADAR).

Oferta de servicios:

Se ha habilitado la hab 216 como espacio para HDN con 4 puestos de atención: 1 cama y 3 sillones, con conexión de oxígeno y vacío.

Horario de atención: 7:30 a 15 horas, programada o urgente.

Teléfono de atención continua para recepción de mensajes.

Actividades y procedimientos:

- Enfermedades obstructivas de las vías aéreas: EPOC, asma grave, bronquiectasias.
- Cáncer de pulmón
- Derrame pleural
- Enfermedad pulmonar intersticial
- Insuficiencia respiratoria aguda
- Altas precoces de EPOC y asma agudizados
- TEP estable y neumonía

Podremos llevar a cabo los siguientes procedimientos:

- Análisis sanguíneos y gasometría arterial
- Técnicas radiológicas simples:ECO, PAAF
- Pruebas funcionales respiratorias: pulsioximetría, espirometría, medición del pico -flujo.
- ECG
- Cuidados pre- y posttécnica invasiva
- Técnicas pleurales

Se podrán administrar fármacos vía iv e inhalada para valorar tolerancia, terapias biológicas..

Adaptación de VMNI.

INDICADORES

Resultados parciales a fecha 31 de marzo: 503 pacientes atendidos (35% para administración de tratamientos especiales, 25% por agudizaciones de patología respiratoria crónica, 20% por altas precoces (neumonías, EPOC, Asma, TEP) y 20% para realización de técnicas de Neumología Intervencionista.

La evaluación detallada procede al año de su apertura con los siguientes indicadores: actividad global, evolución temporal, comparativa con hospitalización y urgencias, indicadores de calidad (reingresos, fallecimientos, reducción de costes y satisfacción del usuario).

DURACIÓN

Se mantiene una actividad clínica estandarizada

Se registran los datos de pacientes atendidos en la base de datos creada al efecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1470

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL DE DIA (CONTINUACION AG 2016)

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1471

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA CONSULTA ASMA GRAVE EN COLABORACION CON ALR

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE ANGEL CARRETERO GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ CAMO JOSE IGNACIO
BOLDOVA LOSCERTALES ANA
JIMENEZ FRANCES MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha establecido el circuito de derivación de pacientes con Asma desde AP a Neumología a través de Interconsulta Virtual en 6 centros de salud del Sector I implantando un formulario de derivación en OMI (Actur Sur, Picarral, Parque Goya, Zuera, Arabal, La Jota). Desde enero/18 se han incorporado todos al circuito. Incorporación a la base de datos de pacientes con asma de todos los pacientes visitados en la Unidad de Asma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

consultas realizadas durante 2017: 301.
Pacientes remitidos por sospecha o diagnóstico de asma no controlado por medio de la Interconsulta Virtual y visitados en la Unidad de Asma: 12 pacientes.
De los cuales se confirmó asma en 8, se excluyó en 1 y está pendiente de confirmación en 3 pacientes.
Un paciente fue dado de alta a AP y otro a Alergología para seguimiento.
De los pacientes en seguimiento, se ha alcanzado el control en 7 y 1 sigue con mal control.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendiente establecer colaboración con alergología para los casos de asma grave con sospecha de alergia por retraso en la colaboración del Dr Pérez Camo.
Pendiente establecer circuito de consulta con ORL para control de la patología de la vía aérea superior en pacientes con asma grave.
Pendiente de recibir medidor de óxido nítrico para diagnóstico y control del asma que después de haber sido incluido en el plan de necesidades, se está tramitando como material no inventariable en la comisión de compras.
Pendiente la formación presencial en derivación de asma en 7 centros de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1471 ===== ***

Nº de registro: 1471

Título
PUESTA EN MARCHA CONSULTA ASMA GRAVE EN COLABORACION CON ALR (CONTINUACION AG 2016)

Autores:
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, PEREZ CAMO JOSE IGNACIO, BOLDOVA LOSCERTALES ANA, JIMENEZ FRANCES MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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 .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Asma es una enfermedad crónica prevalente, que afecta aproximadamente a unos 3 millones de personas en España (5% en adultos y 10% en niños)..

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1471

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA CONSULTA ASMA GRAVE EN COLABORACION CON ALR

Coste del Asma en España: 2% del gasto sanitario (unos 1480 millones) el 70% por mal control del Asma. Sabemos que solo un 30% de asmáticos están bien controlados y además, un 30% de pacientes diagnosticados de asma, no lo son, por lo que son necesarios un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados de los pacientes con Asma. Desde SEPAR y desde SEAIC, se ha potenciado la creación y acreditación de Unidades Monográficas para la atención integral de pacientes con Asma, sobre todo con Asma grave (AG) y de difícil control. En España, la creación de Unidades Monográficas de Asma ha resultado ser costo-efectiva. El HRV dispone de Alergólogos y Neumólogos formados en Asma que pueden, con una dotación adecuada de personal de enfermería y unos recursos materiales imprescindibles, poner en marcha una Unidad Conjunta que atienda de forma integral a pacientes con AG.

RESULTADOS ESPERADOS

1- Objetivo principal

Creación de una Unidad de Asma Grave (UAG) conjunta (Alergología y Neumología) en el Hospital General Royo Villanova.

2- Objetivos secundarios

Mejorar el grado de control de los pacientes con Asma.

Asegurar el diagnóstico de Asma y e identificar pacientes con diagnóstico erróneo.

Disminuir el consumo de recursos sanitarios de los pacientes con Asma.

MÉTODO

Realizadas respecto al proyecto del AG 2016:

- Actualización bibliográfica.
- Potenciación del protocolo de derivación de pacientes con Asma entre AP y AE.
- Se han realizando visitas presenciales en cuatro Centros de Salud del Sector I para su implantación a través de la Interconsulta Virtual (Actur Sur, Picarral y Parque Goya y Zuera)
- Elaborado el proyecto de Unidad de Asma Grave conjunto Neumología-Alergología.
- Obtenida financiación de la fundación Pneumaragón de la Sociedad Aragonesa de Aparato Respiratorio (SADAR) para determinar el "Impacto en el diagnóstico y control del asma de la puesta en marcha de un protocolo de derivación de pacientes asmáticos entre AP y AE" (Proyecto IMPRODA)

Oferta de servicios:

Ubicación de la consulta:

Box de pediatría.

Horario: Consulta monográfica de Asma: 11.00 a 13 h.

UAG: de 13:00 a 14:00. Casos conjuntos Neumología-Alergología.

Consulta de enfermería

Identificación inequívoca del paciente

Realización de pruebas complementarias (FeNO, espirometría) y test de control del asma (ACT) (TAI) y adherencia a inhaladores.

Educación en asma.

Consulta médica

Entrevista clínica, análisis de pruebas y tests complementarios para determinar un diagnóstico y proponer un tratamiento con plan de acción por escrito.

INDICADORES

Indicadores:

- % de pacientes en los que se excluye el diagnóstico de Asma (estimado: 30%)
- De mejora del Control del Asma

Mejoría de al menos 4 puntos en el ACT

Disminución del nº de exacerbaciones, ingresos y visitas no programadas.

Disminución de la dosis diaria de corticoides inhalados y orales.

Mejoría de la función pulmonar /FEV1)

- De satisfacción del paciente
- De costes derivados del tratamiento y de la mejora del control del Asma

DURACIÓN

Se ha puesto en marcha la Unidad de Asma de Neumología y creada base de de datos de asmáticos.

Se ha adiestrado a la enfermera de la consulta en educación al paciente, adherencia a inhaladores y realización de espirometrías.

Se ha presentado a la Dirección del Centro el proyecto IMPRODA.

Pendiente de habilitar circuito de derivación y feed-back con Alergología, de pacientes con Asma grave o con necesidad de estudio alergológico

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1471

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA CONSULTA ASMA GRAVE EN COLABORACION CON ALR

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1475

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 08/03/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL SANTOLARIA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ GIMENEZ LAURA
LAZARO SIERRA JAVIER
BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE
ANADON GALICIA EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha confeccionado un protocolo en VMNI conjunto con urgencias, disponible en la intranet. El protocolo de VMNI, fue presentado en sesión general hospitalaria. Se han realizado trípticos informativos y se han distribuido a los profesionales para su conocimiento.

Los responsables del proyecto han impartido formación sobre los equipos de ventilación a los miembros del servicio, tanto facultativos como personal de enfermería, (auxiliares y diplomados en enfermería), cuya primeras sesiones se realizaron los días 23 y 24 de octubre de 2017 en el H^a Royo Villanova. Quedan por realizar nuevas sesiones para profundizar en la monitorización y en los circuitos de derivación de los pacientes candidatos a ingreso en la UMR.

La financiación de los equipos de monitorización ha sido externa, con ayudas a proyectos de investigación avalados por la fundación Pneumaragón, sin cargo alguno al hospital. Sin embargo, el retraso en la compra e instalación de los monitores que por causas ajenas se ha producido, ha impedido cumplir con el cronograma establecido. Los monitores se han comenzado a instalar en febrero de 2018, por lo que se espera poder poner en marcha el proyecto en su totalidad a lo largo de este primer trimestre.

Se ha establecido el circuito de pacientes para el ingreso y alta de la Unidad, pendiente de aprobación por la Dirección del Hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendiente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El personal sanitario está preparado para la puesta en marcha de la unidad de monitorización respiratoria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1475 ===== ***

Nº de registro: 1475

Título
PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL, PEREZ GIMENEZ LAURA, LAZARO SIERRA JAVIER, BRUNA LAGUNA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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 ..: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1475

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

La Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) consigue tratar a pacientes con insuficiencia respiratoria mediante soporte ventilatorio fuera de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) evitando los efectos secundarios propios de la sedación, las infecciones nosocomiales y disminuyendo el coste de la asistencia e ingreso de estos pacientes. En España, el 95% de los servicios de Neumología disponen de VMNI en el paciente agudo. Las Unidades de Monitorización Respiratoria (UMR) son un paso básico y fundamental para una atención de calidad. En el HRV, los Servicios de Neumología y Urgencias han elaborado un protocolo para la atención integral de pacientes que precisan VMNI, si bien en la actualidad, los pacientes quedan ingresados en camas de hospitalización convencional, en ocasiones fuera de la planta de Neumología, lo que dificulta el control, seguimiento y atención adecuada.

RESULTADOS ESPERADOS

Poner en marcha una UMR integrada en la planta de hospitalización convencional.
Mejorar la atención sanitaria a pacientes que precisen VMNI.
Realizar un análisis de rentabilidad de la UMR.

MÉTODO

Cursos de formación avanzada en VMNI para enfermería.
Tres Neumólogos con la formación adecuada, expertos en VMNI. Uno de ellos (Dr Santolaria) con experiencia en el desarrollo de la UMR del HCU.
Aceptado por la Sociedad Aragonesa del Aparato Respiratorio (SADAR) un proyecto sobre el análisis de rentabilidad de la UMR financiado por la Industria Farmacéutica a través de la fundación Pneumaragon que permitirá equipar la UMR. Aparatos de VMNI, interfaces, capnógrafo... son cedidos por Air Liquide.
Incluir en Cartera de Servicios la Unidad de Monitorización Respiratoria del HRV.

INDICADORES

Variabes e indicadores de seguimiento
Se registrarán los pacientes que han precisado VMNI durante el periodo de un año previo a la apertura a la UMR y aquellos que han sido atendidos en la UMR en el primer año de su apertura.
De ambos grupos se recogerán las siguientes variables: diagnóstico, procedencia, pertinencia del ingreso, días de estancia, días de uso de VMNI continua, satisfacción con el dispositivo, necesidad de VMNI al alta, reingresos, mortalidad global.
Análisis estadístico:
Análisis comparativo de las variables de pacientes tratados con VMNI antes y después de la puesta en marcha de la UMR
Análisis comparativo de costes en ambos grupos.

DURACIÓN

Enero a Abril/17:
Elaboración del proyecto
Identificación de recursos disponibles y necesarios
Mayo/17 a Septiembre/17:
Formación en VMNI en Neumólogos y Enfermería
Adecuación habitación 201.
Equipamiento
Creación de la base de datos de pacientes y variables
Septiembre/17
Puesta de la Unidad y del protocolo de VMNI conjunto con Urgencias.
Identificación de problemas y corrección de errores
Septiembre/18:
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 - 2016/0344

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO CONSENSUADO CON GERIATRIA, NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA DEL SECTOR I PARA LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON DEMENCIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MARIA PEREZ TRULLEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES
MARTINEZ ROIG MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado reuniones multidisciplinarias para marcar objetivos y establecer varios puntos a partir de los cuales desarrollar el programa.

El primer acuerdo ha sido para evitar las duplicidades y cuando éstas se produzcan informar a la familia para subsanar el problema. Hemos trabajado los siguientes puntos, algunos los tenemos definidos y otros están todavía pendientes. Para ello estamos trabajando en establecer:

- o Los mismos criterios diagnósticos para evitar discrepancias.
- o Las escalas de valoración funcional, cognoscitiva, conductual y evolutivas.
- o Las pruebas con las que debe ser remitido desde AP (analítica y MMS)
- o Los tratamientos sintomáticos y específicos y respecto a estos últimos delimitar desde cuándo y hasta cuándo llevar el tratamiento. Posteriormente definiremos con qué tratamiento debemos iniciarlo
- o Dónde derivar desde Atención Primaria por primera vez:
 - ? -Mayor de 80 años y presencia de pluripatología, citar en Geriatría
 - ? -Inicio con alteraciones conductuales y/o afectivas, citar en Psiquiatría
 - ? -Resto de pacientes citar en Neurología.
- o La atención y seguimiento de determinados síntomas y tratamiento de los mismos:
 - ? Infección (urinaria y respiratoria), procesos sistémicos, etc.: Geriatría
 - ? Epilepsia, ictus, S. rígido-acinético, etc.: Neurología
 - ? Depresión, alucinaciones/delirios, alt. conducta, etc.: Psiquiatría
- o Los criterios de derivación:
 - ? -Urgente (a Serv. de Urgencias): SCA, epilepsia, ictus, infección, fiebre, TCE, alt. conductual severa
 - ? -Preferente: Cefalea, Deterioro subagudo, mayor de 60 años
 - ? -Normal: Resto

Finalmente queremos establecer charlas de formación y orientación para Atención Primaria y ocasionalmente también en Urgencias del Sector y elaborar un Protocolo consensuado entre los tres servicios y hacerlo extensivo a los diversos profesionales que prestan también atención a estos pacientes como son los médicos de Atención Primaria, Medicina Interna y Urgencias. No queremos olvidarnos de la atención al cuidador como una unidad, muchas veces indisoluble, con el paciente.

En la actualidad los componentes del equipo se encuentran en proceso de elaboración de la Guía en la que se ha consensuado la descripción del proceso:

- Definición
- Clasificación
- Manifestaciones clínicas
- Método diagnósticos
- Complicaciones: clínica y no clínicas
- Criterios de derivación: Especificidad y tiempos
- Tratamientos.
- Atención al paciente: Atención Primaria, Urgencias, Hospitalización. Enfermería
- Problemas legales
- Problemas sociales
- Documentos: Consentimiento informado, Tutela/curatela, Últimas voluntades.
- Escala de Valoración: Cognoscitivas: MMS, FAB, Moca, ADAS.
- Evolución: GDS, CDR, NPI, Depresión. Funcional : Rankin, I. Barthel, Lawton y Brody.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que no se ha realizado la elaboración definitiva de la Guía no se ha obtenido ningún resultado en lo referente a la valoración en la disminución de citas duplicadas, disminución de atención en urgencias por complicaciones, grado de satisfacción familiar que son los Indicadores establecidos.

Dentro de los resultados alcanzados hasta la fecha mencionar el consenso en los objetivos y en los criterios diagnósticos para evitar discrepancias, las escalas de valoración funcional, cognoscitiva, conductual y evolutivas, las pruebas con las que debe ser remitido desde AP (analítica y MMS), los tratamientos sintomáticos y específicos y respecto a estos últimos delimitar desde cuándo y hasta cuándo llevar el tratamiento. Dónde derivar desde MAP por primera vez, la atención y seguimiento de determinados síntomas y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0344

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO CONSENSUADO CON GERIATRIA, NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA DEL SECTOR I PARA LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON DEMENCIA

tratamiento de los mismos, los criterios de derivación: Urgente, Preferente y normal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es un Proyecto muy ambicioso tanto en la elaboración de la Guía como en la obtención de los resultados, evaluación de los Indicadores y seguimiento de los mismos así como la realización de encuestas de satisfacción, el control de las interconsultas y el tratamiento estadístico de estos Indicadores.
Por lo que se ha de sumar a los componentes del equipo de mejora: Médico de Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/344 ===== ***

Nº de registro: 0344

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO CONSENSUADO CON GERIATRIA Y PSIQUIATRIA DEL SECTOR ZARAGOZA I PARA LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON DEMENCIA

Autores:
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA, MARTINEZ ROIG MIGUEL, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: DEMENCIA
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El objetivo de este Proyecto de Calidad es elaborar una Guía consensuada, entre Neurología, Geriátrica y Psiquiatría, para la atención al paciente con demencia en el Sector I de Zaragoza.
El reconocimiento, evaluación y tratamiento de los pacientes con demencia es uno de los problemas más comunes de la asistencia a los ancianos y supone un importante coste económico tanto a nivel de pruebas complementarias, tratamiento e ingresos. Ninguna demencia debe ser considerada normal o debida a la edad. Las demencias son la quinta patología en incidencia y prevalencia, tras las enfermedades respiratorias, las cardiovasculares, el cáncer y los traumatismos y en este momento supone la 10ª causa de fallecimiento a nivel global y la 4ª en personas > 65 años. Afecta a 24 millones de personas a nivel mundial, para el 2040 se calcula que serán 80 millones. En España afecta a unas 500.000 personas y para el 2025 se estima que serán 1.200.000 personas. Este aumento del nº de pacientes se debe tanto al envejecimiento de la población, a la mayor supervivencia de las personas y al aumento de los diagnósticos de este proceso. Su prevalencia oscila entre el 5.2-14.9% de las personas > 65 años, pudiendo estimarse aproximadamente que otro 20% presentan síntomas de deterioro psíquico significativo, aunque no en grado de ser considerada una demencia. Esta prevalencia se duplica cada 5 años a partir de los 65 años. Su incidencia > 65 años es de 1.5 casos/100 sujetos/año (para EA 1/100 sujetos > 65/año). El 50% de los pacientes afectados por una demencia no son reconocidos como tales ya que el entorno tiende a minimizar los síntomas o atribuirlos a una evolución lógica unida al proceso inexorable del envejecimiento. Si se lograra retrasar el inicio de la EA 5 años su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0344

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO CONSENSUADO CON GERIATRIA, NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA DEL SECTOR I PARA LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON DEMENCIA

frecuencia disminuiría en aproximadamente un 50%.

Aunque existe una uniformidad a nivel global entre los diversos servicios que atienden a estos pacientes, esta no es total y existen disparidad de criterios o duplicidad de atenciones lo que conlleva aumento del coste de la atención a estos pacientes y duplicar o incluso triplicar consultas lo que repercute no solo en el coste y atención al paciente sino también en la sobrecarga al cuidador. Los criterios establecidos son fundamentales para la toma de decisiones y es importante que estos sean comunes con independencia de que la atención se preste en Atención Primaria, en un servicio de urgencias o a nivel de atención especializada bien en CME o en hospital y dentro del mismo en un servicio u otro.

Aunque desde hace años existe una coordinación entre los Servicios de Geriatria, Psiquiatria y Neurología del Sector Zaragoza 1 para la atención a los pacientes con demencia, con este Proyecto de Calidad queremos oficializarlo y verter las ideas en una Guía consensuada que permita no solo una atención de calidad a estos pacientes con demencia sino que sea uniforme a la hora de establecer unos criterios de tratamiento y seguimiento que redunde no sólo en una mejor asistencia sino también en una gestión más adecuada, objetiva y uniforme de los recursos existentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo será:

- Establecer un marco preciso de derivación de los pacientes con demencia a las consultas de Atención Especializada (Neurología/Geriatria/Psiquiatria).

- Determinar a que especialidad debe estar dirigido en primer lugar el paciente con demencia.

- Establecer los criterios de derivación y pruebas a realizar previas a la derivación.

- Establecer las indicaciones de pruebas a realizar en estos pacientes en función del protocolo establecido.

- Establecer la indicación de tratamiento específico para la demencia y la supresión del mismo.

- Establecer los tratamientos sintomáticos más adecuados en función de las manifestaciones clínicas.

Además queremos establecer charlas de formación y orientación para Atención Primaria y ocasionalmente también en Urgencias del Sector.

MÉTODO

Elaboración de un Protocolo consensuado entre los tres servicios y hacerlo extensivo a los diversos profesionales que prestan también atención a estos pacientes como son los médicos de Atención Primaria, Medicina Interna y Urgencias. Para ello, el Protocolo deberá incluir:

- Criterios de derivación a cada uno de los Servicios para evitar duplicidades o rederivaciones.

- Criterios de diagnóstico y Pruebas Complementarias en función fundamentalmente de la sospecha clínica, la edad y la situación cognoscitiva.

- Criterios de inicio y supresión del tratamiento específico.

- Indicaciones y tipo de tratamiento sintomático y complicaciones.

- Pautas de atención por Atención Primaria y en Urgencias.

INDICADORES

- Disminución de derivaciones inadecuadas.

- Disminución de citas duplicadas o triplicadas por el mismo motivo.

- Disminución de la atención en urgencias por complicaciones.

- Detección de problemas derivados de la atención a estos pacientes y solución del mismo.

- Grado de satisfacción del familiar.

DURACIÓN

Tan pronto como se confirme la concesión del Proyecto y hasta la elaboración definitiva del Protocolo consensuado.

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 - 2016/0995

1. TÍTULO

MANEJO DE PACIENTES CON INSOMNIO CRONICO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE CONSUELO RIOS GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTAN GUERRERO MARINA
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
MONZON MONGUILOD MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 6 sesiones de abordaje psicológico para pacientes con insomnio crónico en el HNSG, que se llevaron a cabo los 3 primeros viernes de cada mes, con una duración cada una de ellas de 90 minutos. Los pacientes rellenaron un diario de sueño y unos cuestionarios: ISI (índice de gravedad del insomnio) y PSQI (índice de calidad del sueño de Pittsburgh) basal y al final del programa. Se les entregó material con las técnicas de relajación (aportaron cada uno un PenDrive donde se les grabaron los audios de relajación)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 13 pacientes incluidos, completaron los cuestionarios ISI y PSQI basal y final 7 de ellos. Los otros 6 sólo rellenaron el basal (no acudieron a la última sesión).
Los resultados obtenidos:
ISI: 5 pacientes mejoraron de 2 a 7 puntos al finalizar
1 paciente empeoró en 3 puntos al finalizar
1 paciente mantuvo misma puntuación al finalizar
PSQI: 3 pacientes mejoraron de 1 a 5 puntos al finalizar
4 paciente empeoraron de 1 a 2 puntos al finalizar

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La reducción de las puntuaciones del ISI se tradujo en haber pasado la percepción de los pacientes de un problema de insomnio moderado a uno subclínico, y con respecto al PSQI la traducción clínica fue de una mejoría de la calidad del sueño en casi la mitad de los pacientes, mientras que en la otra el empeoramiento fue mínimo, pudiendo decir que se mantuvieron estables.
La psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) es la única que ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del insomnio crónico. El objetivo de estas técnicas es cambiar los factores que inducen a la cronificación y mantenimiento del insomnio, incluyendo factores conductuales, psicológicos y fisiológicos como el hiperarousal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/995 ===== ***

Nº de registro: 0995

Título
MANEJO DE PACIENTES CON INSOMNIO CRONICO

Autores:
RIOS GOMEZ CONSUELO, CASTAN GUERRERO MARINA, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA, CAMPELLO MORER ISABEL, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, GIMENEZ MUÑOZ ALVARO, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, MONZON MONGUILOD MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0995

1. TÍTULO

MANEJO DE PACIENTES CON INSOMNIO CRONICO

Tipo de Objetivos :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y uno de los que mayor trascendencia sanitaria y social tiene, considerándose cada vez más seriamente como un problema de Salud Pública. El paciente con insomnio se queja principalmente de su insatisfacción con la calidad y/o cantidad del sueño. El insomnio casi siempre se presenta asociado a fatiga diurna y alteraciones del humor tales como irritabilidad, disforia, tensión, indefensión o incluso estado de ánimo deprimido. Además, los pacientes con insomnio suelen presentar quejas somáticas, típicamente gastrointestinales, respiratorias, dolores de cabeza, y dolores no específicos. Varios estudios han demostrado una asociación del insomnio con un peor estado de salud en general y con la percepción de la propia salud como mala. El insomnio tiene importantes consecuencias sanitarias y económicas, además del deterioro de la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. Los insomnes consultan con más frecuencia los servicios sanitarios y consumen más fármacos respecto a las personas que no sufren insomnio. Por otra parte, es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades metabólicas, como la diabetes, y psiquiátricas, como la depresión. Asimismo, el insomnio se ha asociado con un mayor absentismo laboral, una reducción de la productividad en el trabajo y una mayor siniestralidad laboral. Los estudios ponen de manifiesto que los costes indirectos del insomnio, relacionados con la pérdida de recursos, pueden llegar a ser superiores que los directos. Alrededor del 30 % de la población sufre insomnio a lo largo de su vida y en un tercio de los casos se cronifica. La prevalencia del insomnio crónico en la población general se estima en el 9%. Durante el día, el paciente con insomnio crónico tiene problemas que afectan tanto a su salud como a su funcionamiento social y laboral. Cuando el insomnio se cronifica se asocia con una mayor comorbilidad, incluso algún estudio sugiere que el insomnio crónico no tratado puede ser uno de los factores de riesgo para desarrollar depresión mayor. En el tratamiento del insomnio crónico, sólo han demostrado eficacia dos modalidades: la psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) y los agonistas de los receptores de las benzodiazepinas. La TCC son un conjunto de técnicas de psicoterapia breve que pueden aplicarse en sesiones individuales o de grupo y entre las cuales se incluyen las siguientes: 1) técnicas de control de estímulos para reforzar la asociación cama-sueño; 2) terapia de restricción de tiempo en cama, que es especialmente efectiva para mejorar la eficiencia de sueño; 3) técnicas de relajación para reducir la tensión y los pensamientos intrusivos. La terapia cognitiva consiste en identificar los pensamientos y las expectativas ilógicas que angustian al paciente para así poder clarificarlas y corregir los pensamientos disfuncionales, que a su vez tienen claras consecuencias conductuales. Se selecciona un grupo de pacientes con insomnio crónico en la consulta monográfica de Trastornos del Sueño del HRV y se pone en marcha un programa de abordaje psicológico del insomnio. La psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) es la única que ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del insomnio crónico. El objetivo de estas técnicas es cambiar los factores que inducen a la cronificación y mantenimiento del insomnio, incluyendo factores conductuales, psicológicos y fisiológicos como el hiperarousal.

RESULTADOS ESPERADOS

- Tratamiento del insomnio para disminuir su cronificación y la comorbilidad asociada.
- Disminuir las patologías y quejas somáticas asociadas (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias, cefaleas, dolores no específicos).
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes y la percepción de su propia salud, así como su funcionamiento social y laboral.

MÉTODO

Se crea un programa de abordaje psicológico para pacientes con insomnio crónico. Se incluyen 13 pacientes (4 hombres y 9 mujeres) y se organizan 6 sesiones de psicoterapia en el HNSG. Se les administra unos cuestionarios para tener una valoración basal y otra al final del tratamiento para ver el índice de gravedad del insomnio (ISI) y la calidad del sueño (PSQI). La terapia cognitivo-conductual (TCC) incluye intervenciones psicológicas de tipo cognitivo y técnicas educativas, informando al paciente acerca de la higiene del sueño, y técnicas de tipo conductual, como la restricción del tiempo en la cama, el control de estímulos y las técnicas de relajación.

INDICADORES

- Número de pacientes que han completado el tratamiento de TCC en el HNSG.
- Resultado de los cuestionarios ISI y PSQI al finalizar el tratamiento, comparándolo con el basal.
- Grado de satisfacción por parte de los pacientes.

DURACIÓN

El programa de abordaje psicológico se desarrolla a lo largo de 2 meses y se imparten 3 sesiones/mes en el HNSG (los 3 primeros viernes de cada mes), con una duración de 90 minutos/sesión. Está coordinado por la psicóloga.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0995

1. TÍTULO

MANEJO DE PACIENTES CON INSOMNIO CRONICO

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 - 2016/1785

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE EVALUACION Y CONTROL DEL PACIENTE CON PRESBIACUSIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE NAYA GALVEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARTA VIÑALES MARIA DEL CARMEN
CASTELLOTE ARMERO AMPARO
DE FRANCISCO GARCES JOSE ENRIQUE
RIVAS RODRIGUEZ PALOMA
HERRERO EGEA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ESTABA PREVISTO INICIO EN JUNIO Y SE COMENZÓ EN SEPTIEMBRE 2017.
SE INICIÓ CON 3 REUNIONES DEL SERVICIO DE ORL, DONDE CADA FACULTATIVO ESTABLECE SU CRITERIO SOBRE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON PRESBIACUSIA (MAYORES DE 65 AÑOS CON HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL).
APARECEN DISCREPANCIAS ENTRE EL GRUPO QUE OBLIGAN A REALIZAR ESAS 3 REUNIONES.

SE REVISAN TODOS LOS DÍAS EN CONSULTA LOS PACIENTES QUE ACUDEN CON ESTAS CARACTERÍSTICAS, REFLEJÁNDOLO EN UN LISTADO.
DE ESTA POBLACIÓN, A LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES PRESCRIBE AUDÍFONO (ANTERIORMENTE O A PARTIR DE ESTA REVISIÓN), SE LES HACE REVISIÓN ANUAL EN EL SERVICIO Y, SI TODO SIGUE IGUAL, SE ENVIA INFORME AL MAP PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO.

EL PACIENTE VOLVERÁ AL SERVICIO DE ORL, NO CON REVISIÓN ANUAL (COMO HASTA EL MOMENTO), SINO SÓLO SI APARECE ALGÚN MOTIVO DE REVISIÓN . EJ. - EXTRACCIÓN DE CERUMEN, OTITIS, ...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PROYECTO NO FINALIZADO, EN FASE DE EJECUCIÓN.

NO SE HA REALIZADO TODAVÍA, VALORACIÓN DE LA REPERCUSIÓN EN LA ACTIVIDAD DEL SERVICIO.
COMO EVALUACIÓN PRELIMINAR, PARECE QUE SE DISMINUYEN CONSIDERABLEMENTE EL NÚMERO DE REVISIONES EN EL SERVICIO.
PENDIENTE DE CUANTIFICAR LOS RESULTADOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
PROYECTO, FÁCIL DE REALIZAR Y DE MÍNIMO /NULO COSTE ECONÓMICO, QUE CONLLEVARÁ LA REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE REVISIONES EN CONSULTAS DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.
EN FASE DE EJECUCIÓN.
PENDIENTE DE ESTABLECER LOS RESULTADOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1785 ===== ***

Nº de registro: 1785

Título
PROTOCOLO DE EVALUACION Y CONTROL DEL PACIENTE CON PRESBIACUSIA. PROYECTO INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017

Autores:
LABARTA VIÑALES CARMEN, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, CASTELLOTE ARMADA AMPARO, DAMBORENEA TAJADA JORGE, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, HERRERO EGEA ANA, RIVAS PALOMA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos, Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1785

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE EVALUACION Y CONTROL DEL PACIENTE CON PRESBIACUSIA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Denominamos presbiacusia a la alteración de la función auditiva relacionada con el envejecimiento. Debido al aumento de la esperanza de vida y al envejecimiento de la población, la presbiacusia se está convirtiendo en una patología con una prevalencia creciente, estimándose que afecta al 50% de los mayores de 65 años. Se ha detectado en los últimos años, un elevado aumento en el número de revisiones de pacientes con presbiacusia en la consulta de ORL lo que conlleva un elevado consumo de recursos sanitarios. Además hay gran variabilidad en el manejo de este problema entre los facultativos especialistas

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar los recursos del Sº de ORL dedicados a la atención de los pacientes con presbiacusia, al establecer criterios claros de seguimiento y alta en el servicio.

MÉTODO

Mantener reuniones en el Sº de ORL, para la creación de un protocolo de actuación consensuado.

Reuniones de seguimiento para valorar el grado de cumplimiento del protocolo.

INDICADORES

Protocolo existente en el Servicio de ORL y puesto en marcha.

DURACIÓN

Inicio: mayo/2017.
Definición del Protocolo: junio/2017
Evolución de la aplicación del proyecto: cada 3 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 - 2016/0521

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA FARMACOTERAPIA EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS. OPTIMIZACION Y SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCION

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ CASTAN LARRAZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H ROYO VILLANOVA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CADEVILLA LAFUENTE PILAR
RUIZ DE LA CUESTA MARTIN CARMEN
MIGUEL SANZ MARIA PILAR
GIMENEZ SALVADOR EVA
PEREZ LOPEZ NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una revisión y selección de fármacos de uso común en las urgencias pediátricas fundamentados ambos procesos en la Medicina Basada en la Evidencia de fuentes científicas nacionales e internacionales (Octubre-Diciembre de 2016). Se diseña una guía con posterior elaboración en formato papel (tríptico) que sirve como documento gráfico de consulta a pie de paciente (formato para llevar en bolsillo de bata) (Enero-Marzo de 2017). Se procede a la información y difusión así como distribución e información de uso entre los colectivos profesionales implicados en este tipo de asistencia clínica específica (pediatras, residentes de pediatría, médicos de familia, residentes de médico de familia, enfermería especializada y generalista) (Abril-Septiembre de 2017). En la actualidad se está finalizando el diseño de pósteres específicos de dicha farmacoterapia para su oportuna colocación en las áreas específicas asistenciales y se facilite la consulta visual a la hora de prescripción para una seguridad óptima en el manejo de fármacos en pediatría (Octubre-Febrero de 2108) y el proceso último de aplicación del proyecto de calidad incluirá la evaluación y recogida de indicadores junto con una encuesta de valoración acerca de dicha herramienta por los profesionales implicados en su uso (Marzo-Junio de 2018).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En fase de evaluación mediante la detección de errores acaecidos en la prescripción que son anotados en libro de recogida específico, así como efectos secundarios y dosificaciones inapropiadas para su posterior comparación con estándares determinados. La valoración global del proyecto será establecida para Junio de 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Herramienta de apoyo clínico de fácil uso y aplicabilidad con buena acogida entre los colectivos profesionales específicos que ejercen su uso. Cualquier avance en la mejora de la prescripción médica supone un enorme desarrollo en el ámbito de la seguridad medicamentosa que redundará en un enorme beneficio de cara al paciente a la hora de evitar errores, efectos secundarios y dosificaciones inapropiadas.

7. OBSERVACIONES.

Proyecto de calidad de gran utilidad y que favorece una consulta sencilla inmediata y rápida cuando se necesita establecer una prescripción farmacológica en paciente pediátrico que acude a urgencias. Podría ser ampliada su difusión a los puntos de atención continuada extrahospitalaria que prestan asistencia en el ámbito de la Atención Primaria.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/521 ===== ***

Nº de registro: 0521

Título
ADECUACION DE LA FARMACOTERAPIA EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS. OPTIMIZACION Y SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCION

Autores:
CASTAN LARRAZ BEATRIZ, CADEVILLA LAFUENTE PILAR, RUIZ DE LA CUESTA MARTIN CARMEN, MIGUEL SANZ MARIA PILAR, GIMENEZ SALVADOR EVA, PEREZ LOPEZ NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍAS EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0521

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA FARMACOTERAPIA EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS. OPTIMIZACIÓN Y SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prescripción de fármacos dentro de las unidades asistenciales supone una práctica habitual que debe de contener aspectos técnicos y de seguridad clínica. Las urgencias pediátricas, de manera específica, prestan asistencia a un paciente en edad infantil de manera inmediata y con un tiempo limitado, que condicionará la farmacoterapia por su peso y talla. Será necesario adecuar y optimizar la dispensación medicamentosa para reducir o minimizar errores en dosificación, vías de administración, efectos secundarios y peculiaridades específicas de los principios activos utilizados. Se trata de reducir la variabilidad y mejorar la seguridad e incrementar la calidad asistencial, durante el proceso de utilización de medicamentos en pacientes durante su edad pediátrica. Se plantea la revisión y selección de fármacos idóneos que se prescriben, elaboración de una guía así como un documento gráfico de consulta rápida a pie de paciente (tríptico) y diseño de póster que se ubicarán en las áreas asistencial específicas, en los que se recojan las características propias de los fármacos dispensados para facilitar la práctica clínica segura y óptima.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende como objetivo principal el de optimizar la farmacoterapia dentro de las urgencias pediátricas que proporcione una adecuada asistencia clínica y de calidad. Entre los objetivos secundarios podemos englobar:

- Adecuar la prescripción medicamentosa en el paciente infantil
- Reducción de la variabilidad profesional prescriptora
- Manejo seguro de fármacos
- Conocimiento de reacciones adversas y efectos secundarios así como peculiaridades propias de los principios activos.
- Minimizar errores en la administración farmacológica

MÉTODO

- Elaboración y actualización de una guía farmacológica para urgencias pediátricas plasmada en soporte gráfico (tríptico, póster) que contenga indicación, dosificación adecuada a peso y talla, vía de administración, efectos secundarios, interacciones, reacciones adversas y peculiaridades específicas de los principios activos.
- Difusión y distribución entre los colectivos susceptibles de uso (pediatras, residentes de pediatría, médicos de familia, residentes de médico de familia, enfermería especializada y generalista).
- Encuesta de valoración acerca de la utilidad de la herramienta diseñada.
- Mantener su actualización en períodos razonables (anual).

INDICADORES

- Reducción de errores de prescripción: < 5%
- Minimizar efectos secundarios farmacológicos: <10%
- Evitar dosificación inapropiada por peso y talla: <1%

DURACIÓN

- Diseño y elaboración de guía farmacológica para urgencias pediátricas: Octubre-Diciembre 2016.
- Información, difusión y distribución entre colectivos receptores: Enero-Marzo 2017
- Evaluación de prescripción adecuada basada en tríptico y póster informativos: Abril- Septiembre 2017
- Recogida de indicadores y valoración global: Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0526

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA ASOCIADA CON EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL H. ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ROGELIO SERRANO LAZARO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZUECO POLA MARIA CARMEN
ORTIZ AVILA ANA MARIA
CHENLO TONCEDA SILVIA
MEDIEL CHUECA ISMAEL
PARICIO GARCIA CRISTINA
GIMENO GIRAL MARIA PILAR
FERNANDEZ CASTRO OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el mes de octubre de 2016 se elaboró el libro de Excel con 2 hojas una para historia de enfermería al ingreso y otra para el informe de continuidad de cuidados. Conectadas mediante fórmulas del programa. Las citadas hojas constan de diversas filas como son, el resumen de historia clínica y motivo de ingreso, aspectos como, dietas alergias y los diversos dominios y clases, pero concentrados en seis grupos principales que son los que realmente trabajos en enfermería; promoción de la salud, fisiológico, cognición, Rol relaciones, autoconcepto/afrentamiento y seguridad con sus correspondientes filas en blanco para escribir los datos de la valoración realizada y los principales diagnósticos NANDA actualizados a la última edición 15/17, también es importante su extensión, la cual no debería de ser mayor de dos hojas para que nos permita elaborarlo en un solo folio por las dos caras.

Durante las 2 primeras semanas de noviembre e establecieron charlas formativas con todas las enfermeras para explicar el funcionamiento del nuevo sistema, siendo la principal base formativa la realización de las primeras historias con los pacientes, en principio durante todo el mes de noviembre de 2016 estuvieron conviviendo los dos modelos de historias de enfermería en papel e informática para que la transición de un modelo otro fuera aceptada sin resistencias y por su mayor eficacia, como así sucedió a mediados de diciembre de 2016 dejo de utilizarse el modelo manual.

Los recursos utilizados son los ya existentes y de coste cero, el ordenador de la planta el cual lleva el sistema Excel incorporado y la impresora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Número de historias de enfermería rellenas con el nuevo método.

Se rellenan el 100% de las historias de nuevo ingreso mediante este método informático desde finales de 2016. La forma de seguir el indicador es fácil se ha revisado el primer día de mes de 2017 y todos los pacientes ingresados tenían rellena la historia de enfermería informatizada.

Número de historias en las que se rellena el apartado de los dominios/patrones de salud.

Anteriormente cuando se hacía manuscrito solamente se rellenan el apartado de resumen de historia clínica y motivo de ingreso quedando la parte de patrones funcionales de salud donde no se rellena en más del 10% de los pacientes. El estándar que se marco para el proyecto era subir aun 50% Se reviso el día 15 de los meses de octubre noviembre y diciembre de 2017 la totalidad de los pacientes ingresados buscando si estaban rellenos estos apartados de los patrones funcionales se realizó una revisión de 66 historias 62 estaban rellenas en todos los apartados de patrones de salud lo que da un porcentaje del 94% muy superior al establecido en el proyecto y multiplicado casi por 10 el de antes del proyecto

Número de altas con el informe de continuidad de cuidados relleno.

Se revisan las historias de enfermería del último trimestre de 2017 (114 altas) y el 100% están rellenas cumpliéndose el estándar marcado en el proyecto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nivel de satisfacción del personal de enfermería de la unidad con el nuevo sistema de recogida de datos.

El nuevo sistema de recogida de datos y de informe de alta fue acogido desde el primer momento de forma muy satisfactoria por todo el personal de enfermería. Las historias de enfermería son más sistemáticas y organizadas, se recogen todos aquellos aspectos de patrones funcionales de la salud del paciente y que pueden ser abordados por y desde enfermería, más allá de los aspectos clínicos del paciente.

Al estar informatizada la letra se entiende perfectamente y no se depende de la caligrafía del personal de enfermería para leer las historias de enfermería.

En las reuniones de equipo se lee la totalidad de la historia del paciente siguiendo los patrones de salud y de algún modo es la guía de la atención del paciente.

En cuanto a la sostenibilidad del proyecto es total y que se lleva funcionando más de un año con este proyecto y los resultados son altamente satisfactorios.

Se evita duplicar datos y realizar las mismas preguntas ya que parte de los datos de la historia se recogen

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0526

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA ASOCIADA CON EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL H. ROYO VILLANOVA

de la hoja de ingreso elaborada por el personal facultativo, el cual de algún modo se ha contagiado y en las hojas de ingreso se recogen aspectos funcionales de la vida del paciente más allá de la situación clínica.

En el informe de alta se evita volver a escribir la situación al al ingreso y solamente se escriben aquellos aspectos que se han modificado durante su estancia en la unidad.

En cuanto a si se puede replicar, la respuesta es un sí rotundo de hecho tengo elaborada una hoja similar par a pacientes medicoquirúrgicos siguiendo las necesidades de V. Henderson, pero para ponerla en marcha haría falta el apoyo de la dirección de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/526 ===== ***

Nº de registro: 0526

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA ASOCIADA CON EL INFORME DECONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL H. ROYO VILLANOVA

Autores:
SERRANO LAZARO ROGELIO, ZUECO POLA MARI CARMEN, ORTIZ AVILA ANA MARIA, CHENLO TONCEDA SILVIA, MEDIEL CHUECA FRANCISCO ISMAEL, PARICIO GARCIA CRISTINA, GIMENO GIRAL MARIA PILAR, FERNANDEZ CASTRO OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cuando el paciente ingresa en la unidad la enfermera toma el informe elaborado por el médico como base para la cumplimentación de la historia de enfermería, la cual se realiza de forma manuscrita. Al alta se realiza el informe de continuidad de cuidados, informatizado en una hoja de Excel, en el mismo se anotan la mayor parte de los datos contenidos en al historia de enfermería, pero como estos están manuscritos hay que pasarlos a dicho informe mediante el teclado del ordenador.

La importancia y utilidad es permitir implantar un sistema informático de planes de cuidados enfermeros flexible que se puede modificar con facilidad y a coste cero con una ganancia de tiempo una mayor claridad y orden de las anotaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es asociar los dos pasos; capturar los datos del informe de urgencias, copiarlo y pegarlo una vez sintetizado y parcelado según los dominios de la salud de la NANDA 15/17 en la historia de enfermería y esta a su vez como hemos dicho anteriormente asociarlo con el informe de cuidados de enfermería.

Se facilitaría mucho el trabajo y una mayor cumplimentación tanto de los patrones/dominios de la salud de la historia de enfermería como el informe de continuidad de cuidados.

MÉTODO
Elaborar un libro de Excel con cuatro hojas una para la historia de enfermería, otra para informe de continuidad de cuidados y para un trabajo posterior una tercera y cuarta para los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0526

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA ASOCIADA CON EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL H. ROYO VILLANOVA

criterios NIC y NOC. Las dos hojas primeras de historia e informe de continuidad de cuidados serían similares y estarían asociadas mediante las formulas correspondientes en casi todo, para no tener que volver a transcribir los mismos datos, en esta última hoja quedarían dos apartados que por razones obvias no se pueden asociar que son los del destino al alta y la evolución de los diversos problemas durante el ingreso.

INDICADORES

1. Nivel de satisfacción del personal de enfermería de la unidad con el nuevo sistema de recogida de datos.

Fórmula:

Nivel de satisfacción con el nuevo sistema

Nivel de satisfacción con el anterior sistema

Fuentes de datos: Encuesta de satisfacción entre el personal de enfermería con diversas preguntas de comparativa entre este nuevo sistema y el anterior con ítems valorados de 1 a 5 de nada satisfecho a muy satisfecho.

Estándar: 80%

Comentarios: Es adecuado, cuando un nuevo sistema de trabajo se implanta tener presente al personal que lo va desarrollo para que se sientan implicados en el mismo.

2. Número de historias de enfermería rellenas con el nuevo método.

Fórmula:

Número historias de enfermería rellenas con el nuevo método.

Número total de ingresos

Fuentes de datos: Revisión de historias de enfermería al ingreso.

Estándar: 50% al ingreso y 100% al finalizar el periodo de implantación.

Comentarios: La implantación se haría de forma paulatina, perviviendo en un principio el papel y la informatización para dar seguridad al personal.

3. Número de historias en las que se rellena el apartado de los dominios/patrones de salud.Fórmula:

Número de historias en las que se rellena el apartado de los dominios/patrones de salud.

Número total de pacientes ingresados

Fuentes de datos: Revisión de historias de enfermería durante todo el ingreso y hasta la fecha de alta.

Estándar: 90%

Comentarios: Actualmente como se hace de forma manuscrita no llega al 10% el total de historias de enfermería en las cuales se rellenan los diversos apartados siguiendo los patrones de salud.

4. Número de altas con el informe de continuidad de cuidados relleno.

Fórmula:

Número de altas con el informe de continuidad de cuidados relleno.

Número de altas totales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0526

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA ASOCIADA CON EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL H. ROYO VILLANOVA

Fuentes de datos: Revisión de las historias al alta buscando el Informe de continuidad de cuidados.

Estándar: 100%

Comentarios: Actualmente el porcentaje de relleno es bastante elevado superior al 80%, es uno de los apartados que se analizan para la distribución de la productividad variable.

DURACIÓN

4

Reunión con servicio de informática para protección de los archivos de los pacientes y asegurar confidencialidad:

4

semana

Charlas con las diversas enfermeras para explicar el funcionamiento del nuevo sistema: semana 5 y 6

Puesta en marcha del programa en papel e informático: semanas 7 y 8

Puesta en marcha del programa solamente informático: a partir de la semana 9

Evaluación de los indicadores: desde la semana 7 hasta la 16

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 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 - 2016/1012

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE ANALISIS DE PROCEDIMIENTOS DE CONTENCION E INCIDENTES CRITICOS

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL MARTINEZ ROIG
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARILLA AGUILLELLA ALFONSO
ORTEGA LOPEZ MARIA CARMEN
LOZANO SORIANO ISABEL
ZUECO MARQUES MARIA DEL CARMEN
GIMENO GUIRAL PILAR
PARICIO GARCIA CRISTINA
BERNE BORDONADA LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La dinámica de funcionamiento de una unidad de ingresos Psiquiátricos origina múltiples situaciones de incidentes en los que la seguridad del paciente o del personal se ve comprometida. No solo son situaciones límite como el incendio vivido en 2015 sino también otras como intervenciones que pese a estar protocolizadas (como las contenciones físicas) no dejan de generar malestar y riesgos; son muchas y variadas las situaciones que han surgido en el primer cuatrimestre de funcionamiento del grupo y que abarcan desde las agresiones a personal hasta la actuación ante emergencias vitales pasando por otras más ligadas a la actividad cotidiana como los errores en la medicación o la actuación ante permisos y fugas. A lo largo de estos 4 meses de funcionamiento se han desarrollado 10 reuniones del grupo en las que se han abordado los siguientes temas:

- Problemas y errores en el suministro y administración de medicaciones o en el manejo del Unidosis Dudas en cuanto a la concesión de permisos
- Caídas en las duchas
- Conductas fuera de protocolo al dispararse la alarma
- Partes Judiciales que no son enviados
- Errores en el etiquetado de los volantes de analíticas y pruebas complementarias
- Agresiones a personal
- Actuación descoordinada en caso de fuga
- Pacientes ingresados sin cambiárselo contenciones sin tratamiento pautado (Excepciones a la práctica habitual)
- Que hacer cuando un familiar demanda bienes de un ingreso involuntario
- Información sobre SINASP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las resoluciones del grupo para abordar esos temas han incluido

- Propuestas para hacer mas comprensibles y claras las autorizaciones de paseo y sus horarios
- Establecer un registro de permisos
- Reglamento de actuaciones al dispararse la alarma
- Iniciar un registro de caídas
- Hacer una solicitud de mejora de los baños
- Solicitar a la ingeniero un sistema para silenciar la alarma
- Informar a Farmacia de las incidencias surgidas con las medicaciones
- Elaboración reglamento para peticiones analíticas
- Elaboración reglamento para gestión autorización judicial
- Elaboración de protocolo de fugas
- Recomendación a todos los facultativos de hacer constar en HC las excepciones a la práctica habitual y las razones que llevan a esa decisión
- Recordar que las pertenencias de paciente solo deben de ser entregadas a el o a quien el autorice
- Tomar decisiones sobre si el incidente debe ser notificado al SINASP

Respecto a los indicadores propuestos, el porcentaje de protocolos de contención monitorizados respecto al total de contenciones realizadas que se encuentran recogidas en el registro de enfermería es del 100%

Los tipos de incidentes registrados aparecen en el apartado anterior y se ha efectuado un feed back en las reuniones diarias del equipo de las propuestas surgidas del grupo así como se ha creado una carpeta con las actas y acuerdos del grupo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo estaba destinado inicialmente a examinar los procedimientos de contención, algo que ya se efectuaba de forma protocolizada en la planta y por evolución natural ha acabado destinado a analizar otras situaciones ("incidentes") que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes o del personal. Creemos que la utilidad del grupo reside en detectar áreas en las que es necesario generar protocolos o registros y que las áreas en las que ya existe este tipo de herramientas se benefician menos de estas intervenciones

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1012

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE ANALISIS DE PROCEDIMIENTOS DE CONTENCION E INCIDENTES CRITICOS

La denominación del Grupo ha sido Grupo de Incidentes - Psiquiatría y su ámbito de aplicación son las situaciones surgidas con los pacientes ingresados en la planta de Psiquiatría. Las reuniones se programan semanalmente (los martes a las 12:00), siempre sometidas a las posibilidades de asistencia del personal y a la detección de incidentes a analizar; están invitados a asistir Psiquiatras, Psicólogos, Enfermería, TCAEs y personal en formación (MIR, PIR, EIR) y el coordinador del grupo (Miguel Martínez Roig). Se considera un grupo útil y la intención es mantenerlo como grupo de mejora a lo largo de este año. La configuración multiprofesional del grupo obliga a cambios constantes por turnos y cambios en el personal pero eso también se constituye en un elemento de comunicación respecto a la actividad del grupo porque las reuniones incluye una revisión de los acuerdos tomados en reuniones previas. De forma secundaria es indudable el beneficio que tiene para la unidad en cuanto a cohesión del grupo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1012 ===== ***

Nº de registro: 1012

Título
CREACION DE UN GRUPO DE ANALISIS DE PROCEDIMIENTOS DE CONTENCION E INCIDENTES CRITICOS

Autores:
MARTINEZ ROIG MIGUEL, ARILLA AGUILELLA ALFONSO, ORTEGA LOPEZ MARIA CARMEN, LOZANO SORIANO ISABEL, CASAS LECHON ELOINA, GIMENO GUIRAL PILAR, PARICIO GARCIA CRISTINA, BERNE BORDONADA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROBLEMA
Una planta de hospitalización de psiquiatría es un espacio en el que surgen numerosos elementos que desafían las medidas de seguridad para el paciente, desde intentos autolíticos hasta episodios de heteroagresividad pasando por incidentes como el incendio sufrido hace 2 años y medio en nuestra unidad. Como parte del protocolo de contención mecánica y siguiendo las recomendaciones del manifiesto de Cartagena para eliminar las medidas coercitivas se planteó la creación de un grupo que analizará las circunstancias que han llevado a cada situación de contención, que se podía haber hecho para evitarlas y monitorizar si se ha desarrollado el protocolo correctamente. La historia reciente de la unidad con un intento grave de suicidio hace algo más de un año y el incendio de hace dos años y medio aconseja incluir este tipo de incidentes críticos en el grupo de análisis.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera que el hábito de reflexionar sobre los incidentes surgidos en la planta nos lleve a mejorar las medidas preventivas, a controlar las situaciones con más eficacia y menos riesgo para los pacientes y a desarrollar un espíritu de autocrítica constructiva.

MÉTODO
Se plantea iniciar grupos quincenales en los que se revise los incidentes surgidos en ese periodo en la planta desde la perspectiva de:
Exposición del incidente por parte del miembro del grupo que lo viviera de forma más directa
Revisión de los antecedentes de la situación: Qué llevó a la situación descrita, que se hizo bien y que se hizo mal
Monitorización de las medidas empleadas, especialmente en los casos de contención y verificación de la aplicación correcta del protocolo de contención
Exposición de recomendaciones futuras
Los incidentes a analizar serán las contenciones mecánicas realizadas y los que el personal de enfermería aporte como susceptibles de ser analizado.

INDICADORES
Porcentaje de protocolos de contención monitorizados respecto al total de contenciones realizadas que se encuentran recogidas en el registro de enfermería
Categorización del tipo de incidentes registrado ofreciendo un informe estadístico de los mismos a con la intención de definir los parámetros que un registro de incidentes debería recoger
Elaboración de un informe con las recomendaciones elaboradas a lo largo de los meses de implantación del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1012

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE ANALISIS DE PROCEDIMIENTOS DE CONTENCION E INCIDENTES CRITICOS

grupo
Exposición de las conclusiones al conjunto de personal de la planta

DURACIÓN
Se iniciarán las reuniones en Diciembre y se mantendrán hasta Mayo de 2017, se elaborarán las conclusiones en Junio de 2017

OBSERVACIONES
Este grupo se genera como experiencia piloto cerrada pero tiene la intención de convertirse gradualmente en un grupo abierto, estable a largo plazo con un responsable médico y otro de enfermería para extraer conclusiones y devolverlas al conjunto de trabajadores de la planta

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 - 2016/0443

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO JAVIER GIMENEZ CEPERO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ROYO VILLANOVA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SORIANO GODES JUAN JOSE
ROMEA TORRALBA DELIA
ZAPATER GONZALEZ CARMEN
ALGUACIL LAZARO JESUS
FERRERAS AMEZ JOSE MARIA
SANCHEZ ZAPATER MARIA ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han revisado las peticiones de urgencias de radiología abdominal simple de un trimestre de 2017. Los resultados indican que la petición de Rx simple de abdomen o seriada abdominal supone aproximadamente un 15% de la radiología simple pedida en urgencias. De este porcentaje solamente se ha solicitado informe del radiólogo en un 23%.

Llama la atención que del total de radiografías de abdomen (según los criterios de la SERAM para radiología urgente) estaban solamente indicadas un 33% de las mismas y que de este grupo solamente en la mitad se apreciaba algún hallazgo relevante (este último hecho concuerda con la bibliografía).

Se han realizado cursos a los residentes y cursos sobre el abdomen agudo en conjunción con cirugía pero no se ha evaluado su impacto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Faltan por evaluar el impacto de los cursos realizados y además quedarían por realizar en el 2018 varias actividades:

- 1.- Los cursillos-charlas de formación a nuestros compañeros de urgencias, intentando abarcar la mayor parte del personal posible, con implicación también de pediatría que tiene unas indicaciones distintas y más limitadas si cabe.
- 2.- Repartir unos test en las charlas con posibilidad de comentarios y aportaciones libres de los mismos
- 3.- Reevaluar pasado un tiempo a través de la revisión de las peticiones de un trimestre y con el mismo test a los médicos peticionarios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En conjunto se aprecia una importante área de mejora en una exploración básica de la radiología, quizá algo sobrevalorada, y que a pesar de que parezca inocua supone unas 50 veces más radiación que una radiografía de tórax.

Así de un total de unas 1.600 radiografías de un trimestre (más de un 15% de las de urgencias), se podrían haber evitado algo más de 1.000, con el coste en tiempo de personal y retraso en diagnóstico que ello supone, además de añadir radiación innecesaria al paciente (equivale a la radiación natural de aproximadamente 6 meses). Se ha observado pues que el número de peticiones para informe y el número de radiografías indicadas se aproxima bastante, aunque no en todos los casos en que se solicitó informe estaba indicada y viceversa. También se ha observado que en algunos casos donde no estaba indicada se asociaba con radiografía de tórax, como si se tratara de algún tipo de despistaje de patología abdominal, el cual tendría que evitarse.

No se ha estudiado si influye en el porcentaje de adecuación de la petición el grado de formación del peticionario (residente, adjunto de urgencias, facultativo de otra especialidad) o la disponibilidad del radiólogo para emitir un informe o consultar sobre la petición más adecuada. Quedaría abierto a un segundo estudio y a la espera de las aportaciones de nuestros compañeros peticionarios de la urgencias.

7. OBSERVACIONES.

Debido a causas organizativas externas solamente se ha podido realizar una evaluación inicial del estado actual de la situación analizando un trimestre del 2017 por lo que deseamos continuar con el proyecto en 2018.

Previo a este formulario se ha enviado recientemente otro pero con fecha equivocada ya que el proyecto se solicitó en 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0443

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/443 ===== ***

Nº de registro: 0443

Título
ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
GIMENEZ CEPERO FERNANDO JAVIER, SORIANO GODES JUAN JOSE, ROMEA TORRALBA DELIA, ZAPATER GONZALEZ CARMEN, ALGUALCIL LAZARO JESUS, SANCHEZ ZAPATER ASUNCION, FERRERAS AMEZ JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: Formación de profesionales

PROBLEMA

Pertinencia de la acción que se propone:

El servicio de Urgencias del hospital Royo Villanova recibe una afluencia creciente de pacientes, llegando a saturarse en épocas de mayor presión asistencial. El servicio de Radiología cuenta únicamente con dos salas de radiología convencional y un telemando. El personal disponible debe repartirse en las diferentes salas y demandas de todo el hospital (quirófano, uci, portátiles ...).
Dada la necesidad de respuesta efectiva en condiciones de gran presión y recursos limitados, convendría optimizar la coordinación entre ambos servicios.

Por otro lado, la dosis de radiación que recibe un paciente al realizarse una radiografía de abdomen es superior en al menos 50 veces a la de una radiografía de torax (aprox 1 mSv); esto es equivalente a 6 meses de radiación natural. Según el modelo lineal de efectos de la dosis supondría un aumento del riesgo de muerte (por cada 10mSv supone un 0,05% de exceso de muerte).

Los efectos de la radiación son mayores a menor edad del paciente, y máximos en los niños.

Análisis de la situación actual:

Cualitativamente, parece existir una baja adecuación de las peticiones de radiografía abdominal procedentes de Urgencias a las indicaciones de la SERAM, que son concisas y muy claras.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar de forma sustancial la adecuación de las peticiones de radiografía abdominal en pacientes del servicio de Urgencias del Hospital Royo Villanova.

Aumentar la seguridad de los pacientes de Urgencias, disminuyendo la radiación recibida.

Concienciar a los médicos peticionarios sobre las dosis típicas o estándar de los estudios mas comunes en radiología.

Establecer espacios de diálogo entre servicios.

MÉTODO

Valorar el total de peticiones inadecuadas en un trimestre, según peticiones recogidas en programa Indra. (Se repartirá equitativamente entre los miembros del equipo. El técnico implicará a su compañeros para conseguir todas las peticiones con datos en caso de error o problemas en el marcado de las radiografías)

Realizar un cuestionario a los peticionarios, para evaluar el grado de adecuación de las solicitudes a las indicaciones aprobadas para la radiografía abdominal urgente; y nociones sobre dosis de radiación típicas de distintas exploraciones radiológicas.(Se consensual con los miembros)

Planificar los cambios y/o acciones de mejora necesarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0443

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

En un segundo trimestre realizar:

Sesión formativa corta (30 minutos) a adjuntos de Urgencias y Pediatría, en los turnos que fuese preciso, sobre las indicaciones y dosis estándar de distintas pruebas radiológicas. Se favorecerá el intercambio de opiniones y se comentarán posibles alternativas cuando no esté indicada la radiología simple. También se ofrece formar a los residentes. (Los radiólogos del equipo)

Intentar que aparezca un flash (ventana emergente) cuando se clique la petición de rx de abdomen a un paciente para recordar las indicaciones al peticionario. (implicar a empresa encargada del PCH través de José Maria Ferreras Amez)

Probar y verificar la utilidad de las medidas propuestas, y realizar, si procede, los ajustes necesarios:

En tercer trimestre pasar el mismo cuestionario que al principio y reevaluar el numero de peticiones adecuadas a través del programa informatico indra.(los mismos responsables)

Repetir el cuarto trimestre la evaluación de la adecuación de las peticiones para ver si se mantiene el grado de adecuación, a través de indra.(mismos responsables)

INDICADORES

DE PROCESO:

- NUMERO DE MEDICOS DE URGENCIAS QUE ASISTEN A LA SESIÓN FORMATIVA / TOTAL DE MEDICOS DE URGENCIAS (MED, PED,RESIS)
- NUMERO DE MEDICOS QUE RESPONDEN AL TEST INICIAL/TOTAL DE MEDICOS DE URGENCIAS (MED, PED,RESIS)
- NUMERO DE MEDICOS QUE RESPONDEN AL TEST FINAL/TOTAL DE MEDICOS DE URGENCIAS (MED, PED,RESIS)

DE RESULTADO:

- PETICIONES DE RADIOLOGIA SIMPLE ABDOMINAL ADECUADAS A LAS RECOMENDACIONES SERAM / TOTAL DE PETICIONES DE RADIOLOGIA SIMPLE ABDOMINAL EN EL TERCER TRIMESTRE.
- LO MISMO EN EL CUARTO TRIMESTRE.
- % DE MEJORA DE LOS ACIERTOS DEL TEST FINAL VS TEST INICIAL.

DURACIÓN

Un año. Ver "método y actividades"

OBSERVACIONES

Se podrá incorporar un 8º componente o modificar algún componente según la carga de trabajo o disponibilidad de los mismos

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 - 2016/0070

1. TÍTULO

AUDIT DE LA UNIDAD DE DOLOR TORACICO (UDT) EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ROCIO ESCRICHE ROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAGUENA GARCIA ALICIA
BONED BLAS PATRICIA
BALLESTIN SOROLLA SONIA
SARASA CLAVER PILAR
CAMPOS GUTIERREZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras el establecimiento del protocolo de SCA en nuestro centro, se decidió crear una unidad virtual en la sala de observación de urgencias, UDT (Unidad de Dolor Torácico), donde los pacientes permanecen a la espera de realización de un test de provocación de isquemia por medio de interconsulta con el servicio de cardiología. Se procedió al análisis inicial de pacientes previo al inicio del proyecto, pero el abandono de varios miembros del equipo y la situación de ITL prolongada de la coordinadora no han hecho posible completar el análisis de pacientes previsto en 2017, tras la intervención con sesiones clínicas en el servicio, por lo que se ha procedido a reestructurar el equipo y el cronograma de trabajo, estableciéndose la medición de indicadores para mayo 2018, con el posterior análisis de resultados y presentación en el servicio de Urgencias (junio 2018).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se pueden presentar resultados por el momento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendientes todavía de los resultados, vemos necesaria la implicación de todo el servicio para la correcta solicitud de interconsultas, siendo positivo poder evaluar los datos recabados como estímulo en la práctica clínica diaria.

7. OBSERVACIONES.

Queda programada la medición de datos en mayo 2018 y la posterior presentación del análisis en el servicio. Así mismo, se ha propuesto una segunda medición de datos en octubre 2018, tras la presentación de resultados iniciales, para valorar posibles cambios tras la intervención con el personal.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/70 ===== ***

Nº de registro: 0070

Título
AUDIT DE LA UNIDAD DE DOLOR TORACICO (UDT) EN URGENCIAS

Autores:
ESCRICHE ROS ROCIO, BAGUENA GARCIA ALICIA, BONED BLAS PATRICIA, DE FERNANDO GROS TERESA, BALLESTIN SOROLLA SONIA, SARASA CLAVER PILAR, CAMPOS GUTIERREZ ELENA, MIÑANO OYARZABAL ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
Línea Estratégica .: Código Infarto
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad coronaria es la causa individual más frecuente de muerte en todos los países del mundo. Hace unos años se pone en marcha la iniciativa 'código infarto', que nace con la pretensión de organizar la red asistencial sanitaria aragonesa de forma que todos los pacientes con un IAMCEST sean reperfundidos priorizando la Angioplastia Coronaria Percutánea primaria (ICPp), cuando sea posible en los plazos de tiempo indicados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0070

1. TÍTULO

AUDIT DE LA UNIDAD DE DOLOR TORACICO (UDT) EN URGENCIAS

para ello.

Hace dos años trabajamos en nuestro centro, de forma conjunta entre el servicio de urgencias y el de bioquímica, en la implementación de un nuevo biomarcador cardiaco, la troponina cardiaca ultrasensible (TnT us), que en pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo permite disminuir el tiempo de diagnóstico, dada su alta sensibilidad, como ya se objetivó en los resultados presentados en dicho proyecto. En este contexto, quedaba pendiente la protocolización del manejo del Síndrome Coronario Agudo en nuestro centro, para lo que se creó un grupo de trabajo multidisciplinar entre los servicios de Urgencias, Cardiología y Cuidados Intensivos, donde se consensua el manejo de estos casos y se elabora un protocolo que fue presentado en sesiones hospitalarias el pasado mes de marzo, junto con la elaboración de trípticos simplificados para su difusión entre facultativos, diferenciándose el manejo del síndrome coronario probable, SCASEST y SCACEST.

En el síndrome coronario engloba los casos de dolor coronario de perfil isquémico, con o sin factores de riesgo cardiovascular, donde no se objetivan cambios electrocardiográficos isquémicos ni cinética enzimática positiva. Son casos que atienden a episodios de tipo anginoso donde no se objetiva traducción patológica inicial, pero cuyo perfil es sugestivo de isquemia. Para ello se decidió crear una unidad virtual en la sala de observación de urgencias, UDT (Unidad de Dolor Torácico), donde los pacientes permanecen a la espera de realización de un test de provocación de isquemia por medio de interconsulta con el servicio de cardiología. En los casos atendido en jornada prefestiva o fin de semana, se acordó el ingreso de los pacientes en planta hasta su resolución. Resulta interesante analizar los resultados de esta unidad virtual, para valorar el volumen de pacientes que, desde la implantación del protocolo, se ha podido beneficiar esta medida.

RESULTADOS ESPERADOS

- Optimización del tiempo de permanencia en urgencias de los pacientes que consultan por dolor torácico.
- Correcta gestión de la interconsulta en los casos definidos por protocolo hospitalario realizado.
- Análisis de resultados tras interconsulta con evaluación de hallazgos y medición de porcentaje de ingresos y altas domiciliarias.
- Adecuar el perfil de pacientes que consultan por dolor torácico, subsidiarios de realización de pruebas funcionales cardiológicas para filiación del proceso de forma temprana.

MÉTODO

- Revisión sistemática de los pacientes incluidos en la Unidad de Dolor Torácico en área de observación de urgencias.
- Analizar la secuencia de pacientes con permanencia en sala de observación de urgencias pendientes de interconsulta con cardiología, con tiempo medio de estancia hasta resolución del episodio, bien por medio de ingreso o alta domiciliaria.
- Evaluación de los hallazgos patológicos en las interconsultas realizadas.
- Análisis del destino de los pacientes tras permanencia en área de observación de urgencias con diagnóstico de dolor torácico.
- Evaluación de la adecuación de la solicitud de la interconsulta.

INDICADORES

- Indicador estancia media en observación
- Indicador de interconsultas a cardiología:
(Nº interconsultas a cardiología solicitadas/total de visitas a urgencias por dolor torácico)x100
- Indicador de procedimientos observación:
(Nº interconsultas a cardiología solicitadas/total de pacientes con permanencia en el área de observación de urgencias)x100
- Indicadores de destino:
(Nº pacientes con ingreso hospitalario tras interconsulta/total de interconsultas a cardiología realizadas)x100
(Nº pacientes con alta domiciliaria tras interconsulta/total de interconsultas a cardiología realizadas)x100

DURACIÓN

- Duración de un año.
- Primer análisis: diciembre 2016 (pacientes atendidos de 1/6 a 31/12/16).
- Segundo análisis: junio 2017 (pacientes atendidos de 1/1 a 31/5/17).

OBSERVACIONES

En función de los resultados obtenidos durante el análisis de pacientes, está prevista la realización de sesiones clínicas en el servicio de urgencias para actualizar el funcionamiento y desarrollo de la unidad clínica virtual en la sala de observación, con especial interés en la optimización de recursos hospitalarios y minimización de tiempos de espera en la filiación de los episodios de dolor torácico.

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 - 2016/0078

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE MANEJO Y RECURSOS TERAPEUTICOS EN ASMA AGUDIZADO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ALICIA BAGUENA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCRICHE ROS ROCIO
CALLEJAS GIL INMACULADA
CARRETERO GARCIA JOSE ANGEL
GUTIERREZ MAGDALENA SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha procedido a la realización de una Vía Clínica en Asma Agudizado, a disposición pública en la intranet, así como a la presentación de la misma a los servicios de Urgencias y Neumología de nuestro centro (Hospital Royo Villanova).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No es posible presentar resultados en el momento actual.

Se ha logrado la elaboración de un protocolo conjunto de tratamiento en asma agudizado de forma conjunta entre el servicio de Urgencias y Neurología, quedando pendiente el análisis de resultados de acuerdo con los indicadores planteados, dada la demora en la inclusión de las órdenes de tratamiento previstas y las recomendaciones al alta en el sistema informático, por el inicio de uso de un nuevo programa, Farmatools, que no ha sido ejecutado hasta hace unos meses.

Así mismo el abandono de varios miembros del equipo han comprometido el trabajo de presentación con enfermería, quedando pendiente el desarrollo de sesiones con el servicio de enfermería, así como la medición de datos planteada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de la elaboración de la Vía Clínica y la protocolización en los criterios de actuación, es fundamental la implicación del servicio de enfermería para lograr los objetivos planteados, por lo que queda pendiente la programación de sesiones con enfermería y la medición posterior de los indicadores planteados, estableciéndose un nuevo cronograma a lo largo del 2018.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/78 ===== ***

Nº de registro: 0078

Título
OPTIMIZACION DE MANEJO Y RECURSOS TERAPEUTICOS EN ASMA AGUDIZADO

Autores:
BAGUENA GARCIA ALICIA, CARRETERO GARCIA JOSE ANGEL, ESCRICHE ROS ROCIO, CALLEJAS GIL INMACULADA, PARDO VINTANEL TERESA, HERRANZ ANDRES CLARA, GUTIERREZ MAGDALENA SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
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 asma es una enfermedad crónica de las vías respiratorias cuya prevalencia ha aumentado en los últimos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0078

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE MANEJO Y RECURSOS TERAPEUTICOS EN ASMA AGUDIZADO

años. El macroestudio sobre la Carga Mundial del Asma (OMS), puso de manifiesto el incremento generacional en la prevalencia de asma en adultos, notablemente mayor en España que en el resto de países participantes, donde la prevalencia media asciende al 10,3%, afectando al 5% de población adulta y 10% de población infantil. El asma condiciona el 2% de los recursos de la sanidad pública. Estudios españoles recientes cifran los costes directos e indirectos del asma no controlada hasta en diez veces superiores a los del asma bien controlada, con un gasto medio anual de 1533€ por paciente en el Sistema Nacional de Salud español. La prevalencia de asma grave no controlada en España se estima en torno a 80.000 pacientes y entre el 3-6% de los pacientes asmáticos presentan asma refractaria a los tratamientos convencionales, representando una parte considerable de los costes de salud asociados a esta enfermedad. Las enfermedades del aparato respiratorio son la tercera causa de hospitalización en España, suponiendo un 11,5% del total de hospitalizaciones en España durante el 2014. En el Hospital Royo Villanova, se atendieron en 2015 en Urgencias a 52411 pacientes de edad adulta, de los que el 74% fueron triados como urgencia médica. El 10.5% de las urgencias médicas correspondieron a pacientes con diagnósticos neumológicos, de los que el 7.7% estaban relacionados con procesos asmáticos. Estos datos nos llevan a pensar que la patología asmática está infradiagnosticada dentro de los procesos respiratorios en nuestro entorno de trabajo. Todo ello, sumado a la disparidad de manejo actual de esta enfermedad según las últimas recomendaciones de la GEMA, nos han llevado a la realización de una vía clínica conjunta entre el servicio de Urgencias y Neumología para mejorar la calidad diagnóstica, terapéutica y asistencial en este grupo de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Estandarizar la clasificación de gravedad del paciente con asma agudizado desde su llegada a urgencias y generalizar la medición de pick-flow en triaje.
- Correcta identificación de pacientes con asma de riesgo vital.
- Disminución de estancia media en urgencias de crisis asmáticas.
- Correcto seguimiento del paciente asmático en urgencias, generalización del registro de datos en PCH y realización de evaluaciones periódicas.
- Disminución del número de ingresos de pacientes asmáticos.
- Adecuación del tratamiento según nivel de gravedad y estandarización de protocolo terapéutico, según recomendaciones de la GEMA.
- Estandarizar la entrega de un plan de cuidados al alta al paciente tras la atención urgente.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar entre servicios de urgencias y neumología.
- Elaboración de una vía clínica del asma agudizado: protocolizar manejo del paciente (cumplimentación del registro de datos y realización de pick-flow en triaje, clasificación de gravedad, estandarización de pruebas diagnósticas y tratamiento en función de gravedad, y realización de evaluaciones periódicas en urgencias).
- Incorporación de tratamiento estandarizado en PCH.
- Impartición de sesiones clínicas en urgencias a medicina y enfermería.
- Elaboración de planes de cuidados al alta a los pacientes.
- Análisis periódico de asistencia en asma.

INDICADORES

- Indicadores de seguimiento:
Estancia media de pacientes asmáticos en urgencias
Registro de datos: (Nº pacientes asmáticos con registro cumplimentado/Nº pacientes con asma agudizado atendidos en urgencias)x100
Media de evaluaciones realizadas al paciente durante estancia en urgencias.
- Indicadores de destino:
(Nº pacientes con asma agudizado hospitalizados/Nº pacientes con asma agudizado atendidos en urgencias)x100
(Nº pacientes con asma agudizado altados /Nº de pacientes con asma agudizado atendidos en urgencias)x100
- Indicador de adecuación de tratamiento:
(Nº de pacientes con asma agudizado con tratamiento adecuado a nivel de gravedad/Nº pacientes con asma agudizado tratados en urgencias)x100
- Indicador de plan de cuidados al alta:
(Nº de pacientes con asma agudizado con plan de tratamiento escrito en informe de alta/Nº pacientes con asma agudizado altados en urgencias)x100

DURACIÓN

Primera sesión clínica: octubre 2016, presentación de vía clínica en urgencias.
Sesiones clínicas con enfermería de urgencias: último trimestre 2016, estandarización de procedimientos y técnicas terapéuticas.
Primera medición: febrero 2017 (pacientes asmáticos atendidos en urgencias del 1/11/16 al 31/1/17).
Segunda sesión clínica en urgencias: primer trimestre del 2017, reforzar vía clínica.
Segunda medición: junio 2017 (pacientes asmáticos atendidos en urgencias del 1/2/17 al 31/5/17).
Tercera medición: octubre 2017 (pacientes asmáticos atendidos en urgencias del 1/6/17 al 30/9/16).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0078

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE MANEJO Y RECURSOS TERAPEUTICOS EN ASMA AGUDIZADO

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 - 2016/0544

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA UROLOGICA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ELVIRA RIHUETE CARO
· Profesión MIR
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLAGRASA GARCIA MARIA
FANTOVA ALONSO ALBERTO
ASPIROZ SANCHO CARMEN
TOYAS MIAZZA CARLA
ABRIL BAQUERO GONZALO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En noviembre de 2016 se constituyó el grupo de trabajo multidisciplinar, formado por urólogos, intensivistas, microbiólogos e internistas, miembros de la comisión de infección, profilaxis y política antibiótica (CIPPA) y del programa de optimización de uso de antimicrobianos (PROA), y se definieron los objetivos.

Entre diciembre de 2016 y marzo de 2017 se elaboró el protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía urológica, tras una revisión bibliográfica y el análisis de las resistencias en nuestro medio, actualizando también la profilaxis de la endocarditis bacteriana en urología.

En marzo de 2017 se elaboró el documento para la aplicación del protocolo.

Entre abril y mayo de 2017 se difundió el protocolo de profilaxis quirúrgica a todo el personal, médico y de enfermería, del Servicio de Urología, tanto en consultas como en hospitalización. Surgió la necesidad de elaborar un póster sobre la técnica de recogida del urocultivo en los pacientes sondados y se distribuyó tanto a nivel hospitalario como en los distintos centros de salud, donde los pacientes pueden llevar su muestra de orina antes del ingreso. Así mismo se elaboró un documento con las normas para la correcta recogida de la muestra, para evitar posibles contaminaciones de la misma.

Desde junio a noviembre de 2017 se ha ido aplicando el nuevo protocolo.

En diciembre de 2017 se han evaluado los resultados mediante un muestreo sistemático.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados se han obtenido mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes intervenidos por el Servicio de Urología entre octubre y noviembre de 2017. En este periodo se han realizado un total de 291 cirugías. En el análisis se han excluido 13 pacientes que estaban con tratamiento antibiótico pautado en el momento de la cirugía, por lo que no procede hablar de profilaxis.

1) El primer objetivo era garantizar la profilaxis antibiótica adecuada según el tipo de cirugía y paciente en al menos el 95%. Mediante el análisis de los datos, teniendo en cuenta el tipo de cirugía, así como si era necesaria la profilaxis de la endocarditis o si el paciente se había realizado un cultivo de orina prequirúrgico, se ha aplicado la profilaxis antibiótica adecuada en el 97,12% de los pacientes.

Aplicación de la profilaxis antibiótica adecuada = N° de pacientes quirúrgicos a los que se les ha aplicado el protocolo de profilaxis antibiótica/n° total de pacientes quirúrgicos = $270/278 = 0,9712$.

2) El segundo objetivo era garantizar la realización de un urocultivo a las cirugías endoscópicas programadas en al menos el 80%. Una vez realizado el protocolo, la indicación de urocultivo prequirúrgico también se extendió a las cirugías limpias-contaminadas, por lo que las incluiremos en el análisis. Mediante el análisis de los datos, se ha realizado un urocultivo prequirúrgico los 10 días previos a la cirugía el 29,62% de los pacientes.

Realización de urocultivo a todas las cirugías endoscópicas y limpias-contaminadas = N° de pacientes sometidos a cirugías endoscópicas y limpias-contaminadas con urocultivo/n° total de pacientes sometidos a cirugías endoscópicas y limpias-contaminadas = $32/108 = 0,2962$.

3) El tercer objetivo era garantizar la repetición de la dosis profiláctica si procede en al menos el 90%. Mediante el análisis de los datos, se ha repetido la dosis antibiótica profiláctica en el 100% de los pacientes.

Repetición de la dosis profiláctica si procede = N° de pacientes a los que se les ha repetido la dosis antibiótica/n° total de pacientes en los que se debería haber repetido la dosis antibiótica = $1/1 = 1$.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al ser un equipo multidisciplinar de trabajo ha llevado más tiempo del esperado la elaboración del protocolo por la incompatibilidad de agendas. Sin embargo, gracias a ello, ha habido diferentes enfoques que han ayudado a la elaboración y puesta en marcha del mismo, incluyendo la creación del póster para la recogida del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0544

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA UROLOGICA

urocultivo en el paciente sondado y su difusión, así como la creación de un folleto con las instrucciones sobre la recogida de la muestra de orina (cuándo, cómo y dónde entregarla).

Queda pendiente aún la aplicación del protocolo por parte de todo el personal; así como valorar el margen de tiempo de validez del resultado del cultivo previo a la intervención, establecido en los 10 días previos a la cirugía, de cara a no poder tener en cuenta el resultado y tener que repetirlo si el paciente se lo ha realizado antes del tiempo establecido.

Se ha aplicado la profilaxis quirúrgica adecuada a 270 (97,12%) pacientes, evitando el uso de antibióticos de amplio espectro que a la larga puedan promover bacterias multirresistentes, así como evitando 15 (5,39%) dosis antibióticas innecesarias.

7. OBSERVACIONES.

Ha sido dificultosa la comunicación entre atención especializada y hospitalaria debido a la distinta forma de trabajar y a que el laboratorio de microbiología de referencia es distinto según donde entregue la muestra el paciente (hospital o centro de salud), de manera que no hay comunicación directa en todos los casos con este servicio para la comunicación de resultados positivos de los cultivos de orina.

Se ha observado que aplicación del protocolo se ve influida por el tiempo que el paciente permanece en lista de espera, pues él mismo adelanta el cultivo prequirúrgico o no se lo realiza por olvido.

Se ha promovido, a raíz de este proyecto, desde la CIPPA del Hospital Royo Villanova la creación de protocolos similares en las demás especialidades quirúrgicas de dicho hospital de cara a crear un documento que unifique las profilaxis quirúrgicas.

Por último, y si fuese necesario se pueden adjuntar los anexos (1) protocolo de profilaxis antibiótica en urología; 2) póster de técnica de recogida de urocultivo en pacientes portadores de sonda vesical; 3) Instrucciones para la recogida de muestras de orina).

*** ===== Resumen del proyecto 2016/544 ===== ***

Nº de registro: 0544

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA UROLOGICA

Autores:
RIHUETE CARO ELVIRA, GUIOTE PARTIDO INGRID, FANTOVA ALONSO ALBERTO, VILLAGRASA GARCIA MARIA, EZPELETA GALINDO ANA, ASPIROZ SANCHO CARMEN, TOYAS MIAZZA CARLA, ABRIL BAQUERO GONZALO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las infecciones postquirúrgicas aumentan la morbilidad y la mortalidad de los pacientes. Está demostrado que el uso inteligente de la profilaxis prequirúrgica puede disminuir el número de complicaciones infecciosas postquirúrgicas y, por consiguiente, la convalecencia del paciente y la estancia media hospitalaria, además del consumo antibiótico global (importante actuación frente al alarmante aumento de las resistencias antibióticas). En estos momentos, el Servicio de Urología del Hospital Royo Villanova utiliza el mismo antibiótico de amplio espectro para todos los tipos de cirugías y pacientes, sin existir un protocolo oficial que garantice la optimización de la profilaxis.

Recientemente la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica) ha recomendado hacer obligatorios los Programas de Optimización de uso de Antibióticos (PROA) como programas de calidad asistencial basados en la formación en los hospitales y en atención primaria, además de impulsar los programas multidisciplinares de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria junto a los de uso apropiado de los antimicrobianos, a semejanza del Programa PIRASOA de Andalucía y de programas similares en Cataluña, lo que nos ha motivado para elaborar un protocolo de profilaxis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0544

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA UROLOGICA

antibiótica en cirugía urológica.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Garantizar la profilaxis antibiótica adecuada según el tipo de cirugía y paciente en al menos el 95%.
- 2.- Garantizar la realización de urocultivo a las cirugías endoscópicas programadas en al menos el 80%.
- 3.- Garantizar la repetición de la dosis profiláctica si procede en al menos el 90%.

MÉTODO

- 1.- Formación de un grupo de trabajo multidisciplinar encargado de elaborar un protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía urológica, constituido por personal médico. Responsable: Persona responsable del proyecto de calidad.
- 2.- Elaboración de un documento que guíe en la aplicación del protocolo desde el momento de inclusión en la lista de espera quirúrgica hasta la cirugía. Responsable: Persona responsable del proyecto de calidad.
- 3.- Difusión del protocolo de profilaxis quirúrgica a todo el personal, médico y de enfermería, del Servicio de Urología, tanto en consultas como en hospitalización. Responsable: Al menos 2 personas responsables de formación del servicio.
- 4.- Evaluación de resultados con carácter anual, mediante el análisis de la profilaxis quirúrgica aplicada a cada paciente. Dado el elevado nº de pacientes se realizará un muestreo sistemático. Difusión de los resultados al servicio. Responsable: Al menos 3 personas responsables de calidad del servicio.

INDICADORES

- 1.- Aplicación de la profilaxis antibiótica adecuada: N° de pacientes quirúrgicos a los que se les ha aplicado el protocolo de profilaxis antibiótica/n° total de pacientes quirúrgicos.
- 2.- Realización de urocultivo a todas las cirugías endoscópicas: N° de pacientes sometidos a cirugía endoscópica con urocultivo/n° total de pacientes sometidos a cirugía endoscópica.
- 3.- Repetición de la dosis profiláctica si procede: N° de pacientes a los que se les ha repetido la dosis antibiótica/n° total de pacientes en los que se debería haber repetido la dosis antibiótica.

DURACIÓN

- Inicio: Noviembre 2016; Finalización: Noviembre 2017.
Noviembre 2016: Constitución del grupo de trabajo y definición de los objetivos.
Noviembre-Diciembre 2016: Elaboración del protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía urológica.
Diciembre 2016: Elaboración del documento guía para la aplicación del protocolo.
Enero 2017: Difusión a todo el personal sanitario del servicio de Urología.
Febrero-Noviembre 2017: Aplicación del nuevo protocolo.
Octubre-Noviembre 2017: Evaluación de la aplicación del protocolo mediante revisión de historias clínicas.

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

*** ===== **